

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.02.2025 10:15:11
Уникальный программный ключ:
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8530

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
Факультет подготовки кадров высшей квалификации
Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
проф. Лешева Е.А.
13.02.2025

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Особенности профильной патологии в детском возрасте
наименование дисциплины

31.08.26 Аллергология и иммунология
код и наименование специальности

Врач-аллерголог-иммунолог
квалификация выпускника

Фонд оценочных средств дисциплины Особенности профильной патологии в детском возрасте, подготовлен на кафедре факультетской и паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России авторским коллективом:

№	Фамилия, Имя, Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность	Основное место работы
1	Леднева Вера Сергеевна	д.м.н., доцент	Зав. кафедрой, профессор	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
2	Ульянова Людмила Владимировна	д.м.н., доцент	профессор	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
3	Юрова Ирина Юрьевна	к.м.н.	доцент	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
4	Назарова Олеся Алексеевна	к.м.н.	доцент	Генеральный директор ГК «Здоровый ребенок»
5	Коломацкая Виктория Валерьевна		ассистент	Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии

Фонд оценочных средств дисциплины обсужден на заседании кафедры факультетской и паллиативной педиатрии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России «27» января 2025г., протокол №8.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании ЦМК подготовки кадров высшей квалификации от 13.02.2025 года, протокол № 5.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации рабочей программы дисциплины:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от «__02__» __02__ 2022 г. No __106__.
- 2) Приказ Минтруда России от __14.03__.2018 N __138N__ «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-аллерголог-иммунолог»
- 3) Общая характеристика образовательной программы по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.
- 4) Учебный план образовательной программы по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.
- 5) Устав и локальные нормативные акты Университета.

© ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

1. Соответствие компетенций планируемым результатам обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Проверяемые результаты обучения для данной дисциплины	Оценочные средства текущего контроля и промежуточной аттестации
<p>УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p>	<p>Знать: - методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации; - основы медицинской этики и деонтологии в педиатрии; - проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья. Уметь: - критически и системно анализировать, а также определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; - основы медицинской этики и деонтологии в педиатрии; - проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья. Владеть: - методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применений в профессиональном контексте; - оценивание аспектов здоровья и болезни; - использование основ медицинской этики и деонтологии в педиатрии; - владение сбором и медико-статистическим анализом информации о показателях здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья.</p>	<p>Текущий контроль: 1. Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 2. Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 3. Бронхиальная астма у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 4. Первичные иммунодефициты (ПИД): Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача.</p> <p>Промежуточная аттестация: 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача</p>
<p>ОПК-4 Способен</p>	<p>Знать: - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации</p>	<p>Текущий контроль:</p>

<p>проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>(протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;</p> <ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методика сбора анамнеза жизни и жалоб у детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методика осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - анатомо-физиологические особенности детского возраста и возрастная эволюция аллергических заболеваний; - этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитными состояниями; - методы клинической и параклинической диагностики аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению кожных проб с аллергенами и провокационных тестов с аллергенами у пациентов с аллергическими заболеваниями; - МКБ; - методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). <p>Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у детей при аллергических заболеваниях и (или) иммунодефицитных состояниях;</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - оценивать функциональное состояние иммунной системы в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 2. Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 3. Бронхиальная астма у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 4. Первичные иммунодефициты (ПИД): Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. <p>Промежуточная аттестация:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача
--	---	--

- использовать методы осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- обосновывать и планировать объем инструментального обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- обосновывать и планировать объем лабораторного обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями.

Владеть: - сбор жалоб, анамнеза жизни у детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- осмотр детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- направление детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом

	<p>стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - направление детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ). 	
<p>ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>Знать: - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;</p> <ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями - методы лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в аллергологии и клинической иммунологии; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - механизм действия аллерген-специфической иммунотерапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к применению; методы проведения; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями. <p>Уметь: - разрабатывать план лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Текущий контроль:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 2. Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 3. Бронхиальная астма у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 4. Первичные иммунодефициты (ПИД): Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. <p>Промежуточная аттестация:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача

населению по профилю "аллергология и иммунология";

- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- назначать немедикаментозное лечение детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к вакцинопрофилактике у детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- составлять индивидуальные планы вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями.

Владеть: - разработка плана лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для детей с аллергическими заболеваниями и

	<p>(или) иммунодефицитными состояниями;</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и иных методов терапии - детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначение аллерген-специфической иммунотерапии детям с аллергическими заболеваниями; - проведение вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения для детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - назначение и подбор лечебного питания детям с аллергическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	
<p>ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь населению по профилю "аллергология и иммунология"</p>	<p>Знать: - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;</p> <ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методика сбора анамнеза жизни и жалоб у детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методика осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - анатомо-физиологические особенности детского возраста и возрастная эволюция аллергических заболеваний; - этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина дифференциальная 	<p>Текущий контроль:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 2. Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 3. Бронхиальная астма у детей: Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача. 4. Первичные иммунодефициты (ПИД):

	<p>диагностика, особенности течения, осложнения и исходы аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитными состояниями;</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы клинической и параклинической диагностики аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению кожных проб с аллергенами и провокационных тестов с аллергенами у пациентов с аллергическими заболеваниями; - МКБ; - методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); - методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями - методы лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; - механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в аллергологии и клинической иммунологии; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - механизм действия аллерген-специфической иммунотерапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к применению; методы проведения; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями; 	<p>Опрос. Тест. Ситуационная (клиническая) задача.</p> <p>Промежуточная аттестация:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опрос 2. Тест 3. Ситуационная (клиническая) задача
--	---	--

- принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- методика осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- методика физикального исследования детей (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у детей при аллергических заболеваниях и (или) иммунодефицитных состояниях;

- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- оценивать функциональное состояние иммунной системы в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях;

- использовать методы осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- обосновывать и планировать объем инструментального обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- обосновывать и планировать объем лабораторного обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- разрабатывать план лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология";
- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- назначать немедикаментозное лечение детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии;
- определять медицинские показания и медицинские противопоказания к вакцинопрофилактике у детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- составлять индивидуальные планы вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- оказывать медицинскую помощь детям при неотложных состояниях, вызванных аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;

- применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

Владеть: - сбор жалоб, анамнеза жизни у детей (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- осмотр детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;

- направление детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- направление детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);

разработка плана лечения детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;

- назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и иных методов терапии - детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- назначение аллерген-специфической иммунотерапии детям с аллергическими заболеваниями;
- проведение вакцинопрофилактики детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения для детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- назначение и подбор лечебного питания детям с аллергическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- осмотр детей с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями;
- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, детям с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями (анафилактический шок, острый ангиоотек, астматический статус, обострение астмы, острая крапивница, обострение атопического дерматита);
- оценка состояния детей, требующего оказания медицинской помощи в экстренной

	<p>форме;</p> <ul style="list-style-type: none">- распознавание состояний, представляющих угрозу жизни детей, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;- применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	
--	--	--

2. Оценочные средства освоения учебной дисциплины

2.1. Текущий контроль освоения обучающимися программного материала учебной дисциплины имеет следующие виды:

Опрос (устный, письменный)

Компетенция/и: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1.

Тема: Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит.

Перечень вопросов по теме:

1. Патогенез пищевой аллергии у детей.
2. Клиническая картина, методы диагностики пищевой аллергии.
3. Принципы лечения пищевой аллергии.
4. Этиология, патогенез атопического дерматита.
5. Клиническая картина, методы диагностики атопического дерматита и детей.
6. Принципы назначения стероидной терапии у детей с атопическим дерматитом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. В целом пищевая аллергия опосредована IgE, Т-лимфоцитами или обоими этими компонентами: IgE - опосредованная аллергия имеет острое начало, обычно развивается еще в младенческие годы, встречается наиболее часто у лиц с семейным анамнезом атопии. Т-клеточно-опосредованная аллергия (например, пищевая белковая гастроэнтеропатия, целиакия) манифестирует постепенно, и протекает хронически; наиболее распространена у младенцев и детей. Аллергия, опосредованная IgE и Т-лимфоцитами (например, атопический дерматит, эозинофильная гастроэнтеропатия), имеет отсроченное начало или протекает хронически.

2. Наиболее частым проявлением у младенцев является атопический дерматит изолированно либо с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта (например, тошнотой, рвотой, диареей). У детей постарше признаки изменяются, и реагируют они в большей степени на ингаляторные аллергены с симптомами астмы и ринита (атопическое течение). К 10 годам у пациентов после приема аллергенов с пищей респираторные симптомы возникают редко, даже если кожные тесты остаются положительными. Если атопический дерматит сохраняется или появляется у детей старшего возраста или взрослых, его активность, по-видимому, в значительной степени не зависит от аллергии, опосредованной IgE, с преобладанием реакций, опосредованных Т-клетками, даже несмотря на то, что у пациентов с атопией и обширным дерматитом уровень сывороточного IgE гораздо выше, чем у пациентов с атопией, у которых нет дерматита. Диагностика: Аллерген-специфическое тестирование сывороточного IgE. Кожные пробы. Проводится исключаяющая диета (только или после кожных проб или аллерген-специфического тестирования сывороточного IgE).

3. Лечение: Пищевая элиминация. При необходимости в случаях эозинофильной энтеропатии назначаются глюкокортикоиды. Пероральная или сублингвальная иммунотерапия с целью десенсибилизации. Моноклональные антитела (омализумаб, дупилумаб)

4. Атопический дерматит поражает главным образом детей, проживающих в больших городах или странах с высоким уровнем дохода, распространенность этого заболевания за последние 30 лет увеличилась; до 20% детей и 10% взрослых из развитых стран подвержены заболеванию. У большинства людей заболевание развивается в возрасте младше 5 лет, у многих - в возрасте до 1 года; однако атопический дерматит может начаться даже в позднем взрослом возрасте. Согласно пока неподтвержденной гигиенической гипотезе, уменьшение контакта с инфекционными агентами в детстве (т.е., при более строгом соблюдении гигиены в доме) может увеличить частоту развития атопии и аутоиммунных нарушений,

направленных на собственные белки. В развитии атопического дерматита участвуют гены, кодирующие эпидермальные и иммунологические белки. Основным предрасполагающим фактором для атопического дерматита является наличие у многих пациентов мутации потери функции гена, кодирующего белок филаггрин. Филаггрин является компонентом оболочки ороговевших клеток, продуцируемым дифференцирующимися кератиноцитами. Это крайне важно для создания гигроскопического барьера рогового слоя (также называемого естественного увлажняющего фактора). Около 10% населения Европы являются гетерозиготными носителями мутаций, связанных с нарушением функции филаггрина. Наличие этих мутаций (а также более интрагенных копирующих мутаций) увеличивает риск более тяжелого атопического дерматита и более высоких уровней IgE. Мутации гена филаггрина также связаны с аллергией на арахис и астмой, даже при отсутствии атопического дерматита.

5. Атопический дерматит обычно появляется в грудном возрасте, уже в возрасте 3-х месяцев. В острой фазе высыпания имеют вид интенсивно зудящих, красных, плотных, покрытых чешуйками пятен или бляшек, которые могут эрозироваться из-за расчесов. В период хронической фазы клиническая картина представлена сухими и лихенизированными высыпаниями, которые возникают в результате расчесывания и трения кожи. Диагноз атопического дерматита ставится клинически. Полезен анамнез (например, личный или семейный анамнез аллергического риноконъюнктивита, сезонного или круглогодичного; астма). Не существует специфического лабораторного анализа для подтверждения диагноза атопического дерматита. Тем не менее, тестирование на аллергию I типа (прик-тест, скарификационная и внутрикожная проба или измерение аллерген-специфических уровней IgE и общего уровня IgE) может помочь подтвердить диагноз атопический диатез. Посев на *S. aureus* не проводят рутинно, но он может помочь определить чувствительность к системным антибактериальным препаратам при подозрении на импетиго (например, при желтоватых корках).

6. Поддерживающая терапия (включая консультации по надлежащему уходу за кожей и избеганию провоцирующих факторов). Противозудные средства. Местные кортикостероидные препараты. Ингибиторы кальциневрина местного применения. Крисaborол для местного применения. Местные ингибиторы янус-киназы (JAK) (например, руксолитиниб). Фототерапия, особенно узкополосный ультрафиолет области В. Системные иммунодепрессанты. Системные биологические агенты. Лечение суперинфекций

Компетенция/и: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1.

Тема: Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей.

Перечень вопросов по теме:

1. Этиология, патогенез аллергического риноконъюнктивита и поллиноза у детей.
2. Клиническая картина, методы диагностики аллергического риноконъюнктивита и поллиноза у детей.
3. АСИТ терапия у детей.
4. Принципы назначения иммунотерапии у детей с поллинозом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Аллергический ринит может протекать сезонно или круглогодично (круглогодичный ринит). Сезонными обычно являются аллергические риниты. По крайней мере 25% длительных (круглогодичных) ринитов не являются аллергическими. Сезонный аллергический ринит (сенная лихорадка) чаще всего возникает вследствие контакта с пылью растений, которая варьируется в зависимости от времени года и географического положения. Круглогодичный ринит является следствием круглогодичного контакта с вдыхаемыми аллергенами в помещении (например, экскрементами пылевых клещей,

компонентами хитиновой оболочки тараканов, шерстью и перхотью домашних животных) или стойкой реактивностью к пыльце растений независимо от времени.

2. У пациентов отмечаются зуд слизистых носа, глаз, ротовой полости; чихание; ринорея; заложенность носа и придаточных пазух. Обструкция придаточных пазух носа может вызывать фронтальные головные боли; вирусный или бактериальный синусит является частым осложнением аллергического ринита. Также могут иметь место кашель и одышка, в особенности если у пациента астма. Сбор анамнеза и физикальное обследование. Иногда кожные пробы и/или аллерген-специфическое тестирование сыворотки IgE-антигена.

3. АСИТ – это высокоэффективный способ терапии аллергических заболеваний, заключающийся в введении пациенту специального препарата, который содержит микродозы аллергенов. Как и у любой другой методики, у АСИТ есть определенные показания и противопоказания при назначении детям. В перечень состояний, при которых целесообразно проводить терапию, входят: круглогодичный и сезонный аллергический ринит или конъюнктивит; круглогодичная и сезонная атопическая бронхиальная астма; поллиноз. Существует два варианта проведения терапии: классический и ускоренный. Классическая схема подразумевает два этапа: инициация, в процессе которой количество аллергена постепенно увеличивают до максимально возможных значений; поддержание, в ходе которой препарат с максимальной дозировкой вводится с определенным интервалом. Первая стадия длится обычно до 4 месяцев, а вторая – от 6 месяцев до 4–5 лет. Ускоренный тип лечения используется при терапии легких форм аллергии. Он также предполагает двухэтапное проведение и отличается от классической схемы сокращенным периодом инициации – до 1, 5 месяцев.

4. Лечение сезонных и круглогодичных аллергических ринитов, как правило, сходно, хотя попытки избежания или предотвращения влияния аллергенов (например, уничтожение раздражителя – пылевого клеща или тараканов) является рекомендованным методом при круглогодичном рините. При сезонных или тяжелых стойких ринитах может помочь иммунотерапия путем проведения десенсибилизации. Антигистаминные препараты. Противоотечные препараты. Назальные кортикостероиды. Для временных или тяжелых, стойких ринитов, иногда проводится десенсибилизация.

Компетенция/и: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1.

Тема: Бронхиальная астма у детей.

Перечень вопросов по теме:

1. Этиология, патогенез бронхиальной астмы у детей.
2. Клиническая картина, методы диагностики бронхиальной астмы у детей.
3. Принципы назначения терапии у детей с бронхиальной астмой.
4. Лечение обострения бронхиальной астмы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма – многофакторное заболевание: его развитие зависит от взаимодействия различных генов и факторов внешней среды. Был зарегистрировано более чем 100 генов восприимчивости к астме. Считается, что многие из них включают обширную категорию Т-хелперов 2-го типа (TH2) и могут играть роль в воспалении. Примеры включают ген *FCER1B*, который кодирует бета-цепь высокоаффинного IgE-рецептора; гены, кодирующие определенные интерлейкины (ИЛ), такие как ИЛ-4, ИЛ-13 и рецептор ИЛ-4; гены, ответственные за врожденный иммунитет (HLA-DRB1, HLA-DQB1, CD14) и гены, участвующие в клеточном воспалении (например, гены, кодирующие гранулоцитарно-моноцитарный колониестимулирующий фактор [GM-CSF] и фактор некроза опухоли-альфа [TNF- α]). Так же ген *ADAM33* может стимулировать пролиферацию и ремоделирование гладких мышц и фибробластов дыхательных путей; это был первый локус риска астмы, обнаруженный при исследовании семейств сцепленных генов всего генома.

В последнее время наиболее реплицированным является локус хромосомы 17q21. Этот локус содержит ген *ORMDL3*, который является геном, индуцируемым аллергеном и цитокином (IL-4/IL-13), участвующим в ремоделировании эпителиальных клеток и метаболизме сфинголипидов, имея влияние на гиперреактивность бронхов. Генетические факторы и факторы окружающей среды могут взаимодействовать между собой. Младенцы могут родиться с предрасположенностью к проаллергическому и провоспалительному типу 2 (T2) иммунным ответам (иммунные ответы, связанные с Т-хелперами 2 типа).

2. У пациентов с легкой формой бронхиальной астмы симптомы появляются только в период обострения. При более тяжелом течении заболевания и во время обострений наблюдается одышка, ощущение стеснения в груди, дистантные хрипы и кашель. Кашель может быть единственным симптомом у некоторых пациентов (кашлевой вариант бронхиальной астмы). Симптомы могут иметь циркадный ритм и ухудшаться во время сна, часто около 4 часов утра. У многих пациентов с более тяжелой бронхиальной астмой бывают ночные пробуждения (ночная астма). Клиническая оценка. Исследование функции легких. Определение диффузионной способности легких с помощью монооксида углерода (DLCO). Рентгенография грудной клетки. Аллергологические тесты. Фракция оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO).

3. К основным классам лекарственных препаратов, которые используются при лечении астмы и во время обострений астмы, относятся: Бронходилататоры (бета- или бета-2 агонисты адренергических рецепторов, антихолинергические препараты. Кортикостероиды. Модификаторы лейкотриенов. Стабилизаторы тучных клеток. Метилксантины. Иммуномодуляторы.

4. Цель лечения – уменьшение симптомов и восстановление функции легких. Лечение включает: Ингаляционные бронхолитики (бета-2-агонисты и холинолитики). Системные кортикостероиды. При обострении бронхиальной астмы пациенты самостоятельно делают 2–4 вдоха альбутерола или другого бета-агониста короткого действия (не более 3 раз с интервалом 20 минут) и по возможности измеряют пиковую скорость выдоха (ПСВ). Если лечение эффективно (уменьшение симптомов, ПСВ > 80% от исходного), госпитализация не требуется. При неэффективности лечения, выраженных симптомах, постоянном значении ПСВ < 80% необходимо следовать программе лечения, предложенной врачом, или обратиться в отделение неотложной помощи.

Компетенция/и: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1.

Тема: Первичные иммунодефициты (ПИД).

Перечень вопросов по теме:

1. Первичные иммунодефициты.
2. Синдромы первичных иммунодефицитов.
3. Гуморальный иммунодефицит.
4. Клеточный иммунодефицит.
5. Комбинированный гуморальный и клеточный иммунодефицит.
6. Дефекты фагоцитарной системы.
7. Дефицит комплемента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Эти заболевания генетически детерминированы; они могут проявляться отдельными синдромами или быть их составной частью. В 2022 году Международный союз иммунологических обществ (International Union of Immunological Societies) сообщил, что с первичными иммунодефицитами связано 485 врожденных нарушений иммунитета. Несмотря на прогресс в области генетических открытий, считается, что только от 20 до 30% существующих первичных иммунодефицитов имеют определенную генетическую мутацию. Классификация первичных иммунодефицитов проводится по основному дефицитному, отсутствующему или дефектному компоненту иммунной системы: гуморальный иммунитет,

клеточный иммунитет, сочетание гуморального и клеточного иммунитета, фагоцитирующие клетки, белки системы комплемента.

2. Синдромы первичных иммунодефицитов являются генетически predeterminedенными иммунодефицитами с иммунными и неиммунными дефектами. Неиммунные проявления часто легче распознать, чем сам иммунодефицит. Примерами служат атаксия-телеангиэктазия, гипоплазия хрящей и волос, синдром Ди Джорджи, синдром гипер-IgE и синдром Вискотта – Олдрича. Несмотря на наличие иммунодефицитов, у некоторых пациентов также развиваются аутоиммунные расстройства.

3. Гуморальный иммунодефицит (дефекты в В-клеточном звене иммунитета), являющийся причиной дефицита антител, обуславливает от 50 до 60% первичных иммунодефицитных состояний (см. таблицу Дефициты гуморального звена иммунитета [Humoral Immunity Deficiencies]). Снижение титров антител в сыворотке крови вызывает восприимчивость к бактериальным инфекциям.

4. Дефициты клеточного звена иммунитета (дефекты Т-клеток) обуславливают от 5 до 10% первичных иммунодефицитных состояний и предрасположенность к различным вирусным и грибковым инфекциям, а также к инфекциям, вызванным *Pneumocystis jirovecii*, другими оппортунистическими микроорганизмами и большинством распространенных патогенов (см. таблицу Дефициты клеточного звена иммунитета [Cellular Immunity Deficiencies]). Т-клеточные нарушения также являются причиной дефицита иммуноглобулинов, поскольку В- и Т-клеточные иммунные системы взаимозависимы.

5. Комбинированные нарушения гуморального и клеточного иммунитетов (В- и Т-клеточные дефекты) составляют около 20% первичных иммунодефицитов (см. таблицу Комбинированные дефициты клеточного и гуморального иммунитетов [Combined Humoral and Cellular Immunity Deficiencies]).

6. Дефекты в фагоцитарных клетках составляют от 10 до 15% первичных иммунодефицитов; способность фагоцитарных клеток (например, моноцитов, макрофагов, гранулоцитов, таких как нейтрофилы и эозинофилы) уничтожать патогенные микроорганизмы нарушается. Характерно развитие кожных инфекций, вызванных стафилококковыми и грамотрицательными микроорганизмами.

7. Нарушения комплемента встречаются редко ($\leq 2\%$ первичных иммунодефицитов), они включают отдельные нарушения компонентов комплемента или ингибиторов и могут быть наследственными или приобретенными. Наследственные дефициты являются аутосомно-рецессивными, за исключением дефицита ингибитора C1, являющегося аутосомной доминантой, и пропердина, который сцеплен с X-хромосомой. Такие дефицитные состояния приводят к дефективной опсонизации, фагоцитозу и лизису патогенов, равно как и к недостаточному очищению комплексов антиген – антитело.

Тест

Тема: Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

1. КУПИРОВАНИЕ СИМПТОМОВ ОСТРОГО ЭНТЕРОКОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО ПИЩЕВЫМИ БЕЛКАМИ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ДИЕТЫ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ

- 1) 48 часов
- 2) 72 часа
- 3) 24 часа
- 4) 12 часов
- 5) 1 час

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

2. МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК СОБЛЮДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ БЕЗМОЛОЧНОЙ ДИЕТЫ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 месяц
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 9 месяцев
- 5) 12 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМ АЛЛЕРГЕНОМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ СИНДРОМА ЭНТЕРОКОЛИТА, ИНДУЦИРОВАННОГО ПИЩЕВЫМИ БЕЛКАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) арахис
- 2) белок коровьего молока
- 3) белок куриного яйца
- 4) глютен
- 5) рис

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

4. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рыба
- 2) кролик
- 3) конина
- 4) индейка
- 5) перепелка

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

5. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) шоколад
- 2) арахис
- 3) помидор
- 4) апельсин
- 5) клубника

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

6. ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРОМ КАЛЬЦИНЕВРИНА (МЕСТНЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) такролимус (Протопик)
- 2) мометазонафураат (Элоком)
- 3) активированный пиритион цинка (Скин-кап)
- 4) левомиколь
- 5) гидрокортизон (локоид)

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

7. ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) лихенификация на сгибаемых поверхностях конечностей
- 2) периорбитальная гиперпигментация
- 3) кожный зуд
- 4) кератоконус
- 5) заложенность носа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

8. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1-12 месяцев
- 2) 2-11 лет
- 3) 1-2 лет
- 4) 12-14 лет
- 5) 14-17 лет

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

9. СРЕДСТВОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) наружные препараты на основе дегтя
- 2) препараты цинка
- 3) местные глюкокортикостероиды
- 4) анилиновые красители
- 5) противогрибковые препараты

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

10. ИНДЕКС SCORAD ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- 1) расчета дозировки используемых глюкокортикостероидов
- 2) оценки тяжести обострения бронхиальной астмы
- 3) оценки степени тяжести атопического дерматита
- 4) оценки интенсивности симптомов аллергического ринита
- 5) оценка контроля терапии бронхиальной астмы

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

11. УТОЛЩЕНИЕ, УПЛОТНЕНИЕ, УСИЛЕНИЕ РИСУНКА И ШЕРОХОВАТОСТЬ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- 1) корками
- 2) лихенификацией
- 3) ссадинами
- 4) чешуйками
- 5) эрозиями

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

12. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА ОТНОСЯТ

- 1) атрофию кожи
- 2) снижение иммунитета
- 3) жжение и пощипывание
- 4) зуд
- 5) привыкание

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

13. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) после 8 недель жизни
- 2) после 4 недели жизни
- 3) после 12 недель жизни
- 4) после 6 недели жизни
- 5) после 2 недели жизни

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

14. РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ЕСЛИ СТРАДАЮТ ОБА РОДИТЕЛЯ

- 1) 20%
- 2) 100%
- 3) 81%
- 4) 50%
- 5) 35%

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

15. К ОСЛОЖНЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

- 1) гипертрихоз
- 2) повышение реактивности кожи
- 3) кератодермия
- 4) ожирение
- 5) гирсутизм

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

16. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ

- 1) ксероз
- 2) кератоз
- 3) дисгидроз
- 4) экзема
- 5) алопеция

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

17. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ» НЕОБХОДИМО, КАК МИНИМУМ, НАЛИЧИЕ

- 1) трех главных и четырех дополнительных признаков
- 2) двух главных и трех дополнительных признаков
- 3) трех главных и трех дополнительных признаков
- 4) двух главных и трех дополнительных признаков
- 5) трех главных и двух дополнительных признаков

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

18. РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ЕСЛИ БОЛЕН ОДИН РОДИТЕЛЬ

- 1) 16%
- 2) 96%
- 3) 36%
- 4) 56%
- 5) 6%

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

19. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ

- 1) складки
- 2) ягодицы
- 3) лицо
- 4) ладони и подошвы
- 5) живот

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

20. СИМПТОМ ГЕРТОГА И СКЛАДКИ МОРГАНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) хронической экземы
- 2) атопического дерматита
- 3) псориаза
- 4) амилоидоза кожи
- 5) склередемы Бушке

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

21. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ I ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) фексофенадин / телфаст

- 2) клемастин / тавегил
 - 3) дезлоратадин / эриус
 - 4) цетиризин / зиртек
 - 5) лоратадин / кларитин
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

22. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ II ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) дифенгидрамин / димедрол
 - 2) мебгидропин / диазолин
 - 3) цетиризин / зиртек
 - 4) клемастин / тавегил
 - 5) хлорпирамин / супрастин
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Тема: Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

1. АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ ЗЛАКОВЫХ ТРАВ ВОЗМОЖНА ПРИ АЛЛЕРГИИ К

- 1) пшениу
- 2) яблокам
- 3) капусте
- 4) томатам
- 5) ананасу

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

2. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЫЛЬЦЫ ТОПОЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1) конце апреля
- 2) конце июня
- 3) июле
- 4) августе
- 5) начале сентября

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

3. ВХОДЯТ В СОСТАВ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СМЕСИ ДЕРЕВЬЕВ

- 1) ольха, дуб, ясень
- 2) береза, ольха, лещина
- 3) береза, дуб, ольха
- 4) береза, тополь, ольха
- 5) тополь, ясень, орешник

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

4. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ АЛЛЕРГИЗАЦИИ ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокая эозинофилия
- 2) сезонность с частыми обострениями весной и летом
- 3) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов

- 4) обострения провоцируются гипервентиляцией
 - 5) обострение длится круглый год
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

5. ИСПОЛЬЗУЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
 - 2) при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
 - 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
 - 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
 - 5) показаны для профилактики обострений в период ремиссии
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

6. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) высокая эозинофилия
 - 2) сезонность с частыми обострениями весной и летом
 - 3) аллергия чаще всего проявляется в виде кожного синдрома
 - 4) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов
 - 5) обострения провоцируются гипервентиляцией
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

7. ИСПОЛЬЗУЯ БЛОКАТОРЫ Н1ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

- 1) лучше применять на ранних стадиях заболевания
 - 2) при отсутствии эффекта следует увеличить дозу и удлинить курс
 - 3) в период ремиссии следует периодически принимать эти препараты для профилактики обострений
 - 4) при затяжном течении лучше принимать внутрь, а не местно
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

8. ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
 - 2) длительность применения должна быть не больше 2 месяцев
 - 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
 - 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
 - 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

9. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ– ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1) аллергического ринита
- 2) полипа
- 3) острого респираторного заболевания
- 4) вазомоторного ринита

5) атрофического ринита

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

10. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ – ЭТО

- 1) хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсibilизацией 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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

11. ПРИ СЕНСIBILИЗАЦИИ К ПЫЛЬЦЕ БЕРЕЗЫ ИМЕЕТСЯ ПЕРЕКРЕСТНАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА

- 1) яблоки, морковь, орехи, сельдерей
- 2) подсолнечное семя, масло
- 3) домашнюю пыль
- 4) дыню, бананы
- 5) раков, креветок

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

12. ПОЛЛИНОЗ - ЭТО

- 1) инфекционный конъюнктивит
- 2) аллергический риноконъюнктивит с сенсibilизацией к пыльце растений
- 3) аллергический риноконъюнктивит с сенсibilизацией к бытовым аллергенам
- 4) паразитоз кишечника
- 5) кожная реакция при пищевой аллергии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

13. К «МАЛЫМ» ФОРМАМ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ/АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- 1) бронхиальная астма
- 2) экзогенный аллергический альвеолит
- 3) аллергический риноконъюнктивит
- 4) острый обструктивный бронхит
- 5) острый стенозирующий ларинготрахеит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

14. НАИЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТ ИММУНОТЕРАПИИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОЛУЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:

- 1) контактного дерматита
- 2) атопического дерматита
- 3) аллергического ринита
- 4) вазомоторного ринита
- 5) лекарственногоринита

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

15. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) пищевые продукты
- 2) пыльца растений
- 3) домашняя пыль
- 4) эпидермис животных
- 5) бактерии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

16. К МЕТОДАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) скарификационные кожные тесты
- 2) пневмотахометрия
- 3) клинический анализ крови
- 4) определение общего Ig E
- 5) определение Ig M

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Тема: Бронхиальная астма у детей.

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

1. ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) блокаторы H₁- гистаминовых рецепторов
- 2) оксигенотерапию
- 3) β₂-адреномиметики
- 4) β-блокаторы
- 5) кромогликатNa

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

2. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РАЗВИВШЕГОСЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) интал
- 3) налкром
- 4) бета-2 адреномиметики
- 5) эуфиллин

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

3. ИЗМЕРЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА

- 1) общую емкость выдоха
- 2) жизненную емкость легких
- 3) остаточный объем легких

- 4) максимальную (пиковую) скорость выдоха
 - 5) мгновенную объемную скорость
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмоторакс
 - 2) абсцесс
 - 3) ателектаз
 - 4) булла
 - 5) подкожная эмфизема
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

5. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) афонией
 - 2) экспираторной одышкой
 - 3) инспираторной одышкой
 - 4) дизурией
 - 5) полидипсией
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

6. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА АСПИРИНОВАЯ АСТМА:

- 1) бронхоскопия
 - 2) радиоаллергосорбентный тест
 - 3) спирография, спирометрия
 - 4) кожные пробы с аллергенами
 - 5) определение Т- и В-лимфоцитов в крови
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

7. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК (FEV₁), ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ (FVC) И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА (PEF) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

- 1) степень аллергизации
 - 2) степень выраженности инфекционного процесса
 - 3) состояние иммунной системы организма
 - 4) степень бронхиальной обструкции
 - 5) степень бронхиальной рестрикции
- ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

8. АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ ФОРМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ РЕАКЦИИ ... ТИПА

- 1) цитотоксического
- 2) реагинового
- 3) замедленного
- 4) иммуннокомплексного

5) анафилактического
ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

9. ИСПОЛЬЗУЯ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- 2) частым осложнением является кандидоз слизистой
- 3) частым осложнением является нарушение прорезывания зубов
- 4) нельзя сочетать с адреномиметиками
- 5) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

10. ИСПОЛЬЗУЯ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ В2-АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- 1) нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- 2) следует давать только при наличии бронхиальной обструкции
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период полной ремиссии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

11. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ослабленным везикулярным дыханием
- 2) ночными приступами удушья с поверхностным частым дыханием, сопровождающимися выделением пенистой мокроты
- 3) наличием мелкопузырчатых незвучных влажных хрипов при аускультации
- 4) приступами удушья с затрудненным выдохом, заканчивающимися выделением стекловидной вязкой мокроты
- 5) грубым «лающим» кашлем, инспираторной одышкой

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

12. ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

- 1) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, следует увеличить дозу
- 2) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, нет смысла продолжать курс
- 3) назначается больше для купирования приступа
- 4) может усилить бронхоспазм при обострении
- 5) показаны для профилактики обострений в период полной ремиссии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

13. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эозинофильная пневмония
- 2) экзогенный аллергический альвеолит
- 3) фиброзирующий альвеолит
- 4) бронхиальная астма
- 5) ларингит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

14. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) лечебную физкультуру (ЛФК)
- 2) применение лекарственных препаратов
- 3) плавание
- 4) постановку кожных проб
- 5) занятие в основной группе по физической культуре

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

15. СПАСТИЧЕСКИЙ НАВЯЗЧИВЫЙ КАШЕЛЬ СО СВИСТЯЩИМ ОБЕРТОНОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ

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

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

16. ПОВЫШЕННЫЙ РИСК СМЕРТИ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ АССОЦИИРОВАН С:

- 1) началом астмы в раннем возрасте
- 2) наличием в роду больных аллергическими заболеваниями
- 3) атопическим дерматитом в анамнезе
- 4) передозировкой ингаляционных бета2-адреномиметиков
- 5) атопический марш

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

17. БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВЕЛИ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ С ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ И НЕ ПОЛУЧИЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ. ЭТО МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ТЕМ, ЧТО:

- 1) пробы делали в период ремиссии
- 2) пробы делали в приступный период
- 3) больной получал в это время блокаторы H-1 гистаминовых рецепторов
- 4) больной регулярно получает бета-2 адреномиметики
- 5) больной sensibilizирован пылью растений

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

18. БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРОВЕЛИ РАДИОАЛЛЕРГОСОРБЕНТНЫЙ ТЕСТ С ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ И НЕ ПОЛУЧИЛИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ. ЭТО МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ТЕМ, ЧТО:

- 1) больной не sensibilizирован пылью растений
- 2) больной получал в это время ингаляционные глюкокортикоиды
- 3) больной получал в это время блокаторы H-1 гистаминовых рецепторов
- 4) больной регулярно получает бета-2 адреномиметики
- 5) пробы делали в приступный период

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

19. СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ИММУНОТЕРАПИЮ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАЗНАЧАЮТ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА:

- 1) длительность заболевания не более 3 лет
- 2) длительность заболевания более 3 лет
- 3) течение круглогодичное
- 4) у детей не используется
- 5) нет наследственной предрасположенности

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Тема: Первичные иммунодефициты (ПИД).

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

1. МАКСИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ IgE НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ...ЛЕТ

- 1) до 4
- 2) от 5 до 6
- 3) от 12 до 14
- 4) от 20 до 40
- 5) от 60 до 80

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

2. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ И СЕКРЕТИРУЮТСЯ

- 1) Т-лимфоцитами
- 2) нейтрофилами
- 3) плазматическими клетками
- 4) макрофагами
- 5) тромбоцитами

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

3. АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) атопических заболеваниях респираторного тракта с доказанной сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам
- 2) частных респираторных заболеваниях
- 3) атопическом дерматите
- 4) отсутствии эффективности противоаллергической терапии
- 5) аллергических заболеваниях ЖКТ

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

4. ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТОЗА, СВОЙСТВЕННЫЕ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1) незавершенный
- 2) завершенный
- 3) отсроченный
- 4) полный
- 5) преждевременный

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

5. ВАЖНЕЙШИМИ ФАКТОРАМИ ЗАЩИТЫ НОВОРОЖДЕННОГО ОТ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышенный хемотаксис и высокая бактерицидность фагоцитов
- 2) высокая способность к образованию интерферона
- 3) материнские антитела (IgG), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока
- 4) более высокие по сравнению со взрослыми уровни IgM и IgA
- 5) материнские антитела (IgM), прошедшие трансплацентарно и секреторный IgA молозива и женского молока

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

6. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО К ПЛОДУ ПЕРЕХОДЯТ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ МАТЕРИ КЛАССА

- 1) А
- 2) М
- 3) G
- 4) А и М
- 5) G и E

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

7. СНИЖЕНИЕ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА Т-ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

- 1) активности гуморального иммунитета
- 2) дефицита клеточного иммунитета
- 3) дефекта классического пути активации комплемента
- 4) дефекта альтернативного пути активации комплемента
- 5) дефекта фагоцитарной системы

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

8. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЮТСЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫМИ?

- 1) эозинофилы
- 2) нейтрофилы
- 3) гепатоциты
- 4) В-лимфоциты
- 5) базофилы

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

9. КОЛИЧЕСТВО Т-КИЛЛЕРОВ/СУПРЕССОРОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ:

- 1) СД2
- 2) СД8
- 3) СД5
- 4) СД4
- 5) СД22

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

10. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОРГАНОВ ОТНОСИТСЯ К ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ?

- 1) тимус
- 2) костный мозг
- 3) селезенка
- 4) почки
- 5) печень

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

11. УРОВЕНЬ IgG В СЫВОРОТКЕ У ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С МАТЕРЬЮ

- 1) такой же
- 2) выше
- 3) существенно ниже
- 4) отсутствует (следы)
- 5) такой же или несколько выше

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

12. УРОВЕНЬ IgM В СЫВОРОТКЕ У ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С МАТЕРЬЮ

- 1) такой же
- 2) выше
- 3) ниже
- 4) очень низкий (следы)
- 5) такой же или выше

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

13. УРОВЕНЬ IgA В СЫВОРОТКЕ У ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ ПО СРАВНЕНИЮ С МАТЕРЬЮ

- 1) такой же
- 2) выше
- 3) ниже
- 4) очень низкий (следы)
- 5) такой же или выше

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

14. КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ СТАНОВЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА В СВЯЗИ С КАТАБОЛИЗМОМ МАТЕРИНСКИХ АНТИТЕЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ

- 1) 1-2 года
- 2) 3-5 лет
- 3) первого месяца жизни
- 4) 3-6 месяцев
- 5) 10-12 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ГНОЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ДЛЯ

- 1) недостаточности системы комплемента
- 2) Т-клеточных дефектов
- 3) недостаточности системы фагоцитоза
- 4) недостаточности системы В-лимфоцитов

5) транзиторной иммунной недостаточности новорожденных и детей раннего возраста
ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

16. СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А ПРИВОДИТ К СЛЕДУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ:

- 1) частым инфекциям носоглотки, дыхательных путей, ЖКТ
- 2) генерализованному кандидомикозу
- 3) возникновению злокачественных опухолей
- 4) болезням иммунных комплексов
- 5) железодефицитной анемии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

17. УРОВЕНЬ IgM В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛЫХ

- 1) к 6-8 годам
- 2) к 2-3 годам
- 3) к 4-5 годам
- 4) к 8-9 годам
- 5) к 10-12 годам

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

18. СИСТЕМА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ЗАВЕРШАЕТ РАЗВИТИЕ К ВОЗРАСТУ

- 1) 10-12 месяцев
- 2) 1-2 лет
- 3) 2-3 лет
- 4) 4-6 лет
- 5) 7-8 лет

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

19. УРОВЕНЬ IgA В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИБЛИЖАЕТСЯ К УРОВНЮ ВЗРОСЛЫХ

- 1) к 1 году
- 2) к 2-3 годам
- 3) к 5-6 годам
- 4) к 8-9 годам
- 5) к 10-12 годам

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 5

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

20. ТЕСТ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НИТРОСИНЕГО ТЕТРАЗОЛИЯ (НСТ-ТЕСТ) ПРОВОДЯТ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

- 1) недостаточности системы комплемента
- 2) Т-клеточного дефекта
- 3) нарушений системы фагоцитоза
- 4) недостаточности системы В-лимфоцитов
- 5) комбинированных Т- и В-клеточных иммунодефицитов

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач

Тема: Пищевая аллергия у детей. Атопический дерматит.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 1.

У мальчика 2-х лет, после употребления в пищу морской рыбы, ночью внезапно появились тахикардия, падение давления до 60/20 мм рт.ст.

На момент осмотра: ребенок заторможен. Холодный липкий пот. Частота дыхания 42 в минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные крепитирующие хрипы, Перкуторно – легочный звук. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 60 удара в мин, АД - 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпация, умеренная болезненность без определенной локализации, Печень +1,0 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?
2. Назовите клинические варианты анафилактического шока.
3. Алгоритм неотложной помощи.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Анафилактический шок.
2. Клинические варианты анафилактического шока: кардиально-сосудистый вариант; асфиктический вариант; церебральный вариант; абдоминальный вариант.
3. В/в адреналин 0,01 мг/кг с последующей поддерживающей длительной в/в инфузией раствора адреналина в дозе 0,5-1,0 мкг/кг/мин., до стабилизации АД. Димедрол 1-2 мг/кг.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 2.

Девочка 5 лет страдает пищевой аллергией, под Новый год без спроса съела целую плитку шоколада. Через 30 мин поднялась температура до 39,0 °С, появились боли в животе, тошнота, рвота, понос, на коже появилась обильная папулезная сыпь, которая сопровождалась сильным зудом.

ВОПРОСЫ:

1. О каком аллергическом заболевании можно думать в данном случае?
2. К какой группе аллергических заболеваний относится данное заболевание?
3. Какие общие особенности характерны для данной группы заболеваний?
4. Каковы причина и механизмы развития этого заболевания?
5. Какие меры помощи можно рекомендовать в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Крапивница, сопровождающаяся атопическим гастроэнтеритом (боли в животе, тошнота, рвота, понос).
2. Данное заболевание относится к атопиям.
3. Особенности атопий: в патогенезе атопий доказана роль генетического фактора (предрасположенности). У лиц с атопиями более высокий уровень IgE в сыворотке; атопии в 50% случаев носят семейный характер; характеризуются быстрым развитием симптомов после попадания разрешающей дозы аллергена; аллергены попадают в организм

преимущественно per os или ингаляционным путем; важную роль в патогенезе играют нейрогенные механизмы; развитию атопий способствует повышение проницаемости слизистых барьеров для антигенов (например, под действием инфекционных возбудителей).

4. Причина — поступление разрешающей дозы аллергена в сенсibilизированный организм per os. По механизму развития — это аллергическая реакция I типа по Желлу и Кумбсу. Этот тип аллергии характеризуется быстрым (от нескольких минут до получаса) развитием клиники от момента поступления разрешающей дозы специфического аллергена в сенсibilизированный организм. Аллергены свободно циркулируют в крови. Антитела IgE фиксированы на поверхности тучных клеток, базофилов (клетки-мишени 1-го порядка) и в меньшей степени — на тромбоцитах, макрофагах, гладкомышечных клетках бронхов, сосудов (клетки-мишени 2-го порядка). При повторном попадании разрешающей дозы аллергена в сенсibilизированный организм аллерген взаимодействует с IgE, фиксированными на клетках-мишенях, что сопровождается их активацией. Главную роль при этом играют тучные клетки. В них запускаются два процесса: дегрануляция, а значит, освобождение предсуществующих (первичных), т. е. тех, которые всегда есть в гранулах тучных клеток, медиаторов аллергии: гистамина, серотонина, аденозина, протеаз, кислых гидролаз, гепарина, факторов хемотаксиса нейтрофилов и эозинофилов, калликреина и др.; освобождение вновь синтезируемых медиаторов аллергии: метаболитов арахидоновой кислоты (лейкотриенов, простагландинов, тромбоксанов), фактора активации тромбоцитов.

5. Необходимо сразу устранить аллерген (шоколад): промыть желудок, ввести активированный уголь, сделать очистительную клизму. Показаны антигистаминные препараты.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 3.

Ребенок 6 месяцев, жалобы на высыпания на коже. Из анамнеза известно: ребенок от 1 беременности, протекавшей с признаками токсикоза 1 половины. До 3-х месяцев вскармливание грудное. Впервые высыпания на коже появились на 1 месяце жизни, после употребления матерью сгущенного молока и грецких орехов (с целью усиления лактации). С 3 месячного возраста ребенок на искусственном вскармливании, получал смесь «Малютка», затем НАН гипоаллергенный. Кожные высыпания периодически, усиливаются к вечеру. После введения прикормов – морковное пюре и тыквенное пюре, высыпания усилились. Получал лечение: фенистил-гель, бепантен крем, фенистил капли внутрь 10 дней.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. На коже лица, туловища и конечностей большое количество очагов сухости с гиперемией и шелушением, папулезные элементы, на волосистой части головы «молочный струп», яркая гиперемия щек и ягодиц. Голова округлой формы, потертость затылка. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие ритмичные. Живот мягкий, стул и диурез в норме.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие смеси рекомендованы ребенку?
3. План введения прикорма.
4. Назначьте лечение

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Атопический дерматит, распространенная младенческая форма, период обострения.
2. Смеси на основе гидролизата белка коровьего молока: «Алфаре – аллерджи», «Неокейт».
3. Безмолочная диета, исключить говядину, кисломолочные продукты, морковь, тыкву, персики, абрикосы.
4. Для купирования обострения: ГКС наружно (крем метилпреднизолонаацепонат 1 раз в день) 10 дней, далее пимекролимус 1-2 раза в день длительно. Антигистаминные капли внутрь (цетиризин по 5 капель 1 раз в день) 1 месяц. Использование на кожу эмолентов («Липикар – бальзам», «Мустелла», «Урьяж», «Атодерм», «Дардиа») ежедневно, длительно.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 4.

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом. Анамнез: Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности; употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. Страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией.

Объективно: Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз;
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Дополнительные методы обследования;
4. Лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Атопический дерматит, младенческий период, эритематозная форма.
2. Дифференцировать с: истинной экземой, микробной, себорейной токсикодермией, псориазом, грибковыми заболеваниями, сифилисом, ВИЧ-инфекцией.
3. Консультация аллерголога с тестированием аллергопроб, обследование ЖКТ, выявление хронических очагов инфекции.
4. В лечении гипоаллергенная диета матери, с переводом ребенка на гипоаллергенные смеси (Нирр), антигистаминные, ферменты, сорбенты, Дардия, адвантан.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 5.

На прием к врачу обратился подросток 16 лет, с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время.

Анамнез: Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении - в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

Объективно: Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз;
2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечение, иммунокоррекция.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Атопический дерматит, подростковый период, смешанная форма, распространенный.
2. Дифференцировать с: экземами, токсикодермиями, лейкозами гладкой кожи, псориазом, лимфомами, ангиитами, сифилисом, ВИЧ-инфекцией.

3. Дополнительно обследовать органы ЖКТ, консультация аллерголога, иммунолога.
4. В лечении: антигистаминные II поколения, иммунокоррекция, топические глюкокортикостероиды, эмоленты.

Тема: Аллергический риноконъюнктивит. Поллиноз у детей.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 1.

Мальчик, 10 лет, предъявляет жалобы на затрудненное дыхание, навязчивый непродуктивный кашель. Симптомы появились во время прогулки в весеннем лесу.

Ребенок рожден от 1-й беременности на 30-й недели беременности весом 1800 г. В течение двух суток находился на ИВЛ. С рождения находился на искусственном вскармливании. С 3-х месяцев отмечались проявления атопического диатеза. С 6 месяцев часто болеет респираторными заболеваниями, протекающими с обструктивным бронхитом на фоне нормальной температуры тела. Эпизоды обструкции повторяются практически ежемесячно.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Носовое дыхание затруднено, выделяемого нет. Грудная клетка в экспираторном положении. Дыхание шумное, выдох удлиненный, затрудненный. Число дыханий 38 в минуту. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца Тоны сердца удовлетворительной звучности. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, край гладкий, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л. Эр- 3,0x10¹²/л, Лейк - 4,9x10⁹/л, п/я - 1%, с - 61%, э — 9%, л - 26%, м - 3%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, относительная плотность - 1,019, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

ФВД: ЖЕЛ-88%, ОФВ1- 58%, МОС25-47%, МОС50 – 40%, МОС75 –37%.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
3. Каков наиболее вероятный причинный аллерген у данного больного?
4. Назначьте лечение пациенту.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза (аллергических изменений со стороны кожи, ежемесячное рецидивирование обструктивного синдрома), типичных клинических симптомов (экспираторная одышка), перкуторной и аускультативной симптоматики, эозинофилии в гемограмме, а также нарушение ФВД по обструктивному типу поставлен диагноз: Бронхиальная астма, вероятно атопическая, легкая персистирующая, период обострения, ДН III. Аллергический ринит, период обострения.

2. Ребенку необходимо назначить: соскоб на энтеробиоз, кал на яйца глистов, биохимическое исследование сыворотки крови (глюкоза, общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, АСТ, ЛДГ), микроскопия и посев мокроты, ЭКГ, КОС, УЗИ ГПДЗ, рентгенографию органов грудной клетки и придаточных пазух носа, общий и специфические IgE, определение антител к хламидиям, глистам, грибам. В периоде ремиссии постановка кожных проб с аллергенами.

3. Наиболее вероятный причинный аллерген – пыльца растений, поскольку приступ развился в лесу.

4. Рекомендуется назначить оксигенотерапию, ингаляционно бета2-адреномиметик (беротек), ИКС – пульмикорт, антигистаминные препараты 2 поколения, интраназальноаллергодил, затем топический гормон. В случае отсутствия положительного

эффекта, начать инфузионную терапию с введением глюкокортикоидов, эуфиллина. Базисная терапия – пульмикорт.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 2.

Ребенок 8 лет на приеме аллерголога. Вызов педиатра на дом 5 мая в связи заложенностью носа, чиханием ребенка, слезотечением. Накануне были на даче, гуляли в лесу. Наблюдался с диагнозом ОРВИ, терапия эrespалом, називином. Через неделю родители вызвали скорую помощь - у ребенка после употребления красных яблок, абрикосов уртикарные высыпания на туловище, преднизолон, антигистаминные препараты, явления крапивницы купированы.

При осмотре аллергологом через неделю состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, выраженная заложенность носа, чихание, выраженная инъектированность склер, слезотечение, зуд глаз. В легких везикулярное дыхание. При сборе анамнеза удалось выяснить, что в прошлом году приблизительно в тоже время у ребенка наблюдалась умеренная заложенность носа, чихание. Бабушка ребенка страдает бронхиальной астмой.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Собрать анамнез, какие вопросы необходимо задать матери.
3. Назначьте терапию исходя из состояния ребенка.
4. План обследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Диагноз: Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит. Крапивница.
2. Крапивница возникла в результате перекрестной аллергии, так как известны перекрестные реакции при сенсибилизации к пыльце березы, которая наиболее сильно пылит в период с 20-х чисел апреля до середины мая (в зависимости погодных условий).
3. Терапия антигистаминные препараты 2-го поколения (цетиризин) не менее месяца, в глаза 0,1% дексаметазон 2 капли 3 раза 3 дня (для купирования острых проявлений конъюнктивита), далее аллергодил 10 дней. В нос назонекс по 1 впрыску в каждую ноздрю 2 раза в течение 3-х недель. Вне сезона цветения аллергообследование (скарификационные аллергопробы или кровь на определение специфических Ig E антител к пыльцевым аллергенам). При выявлении сенсибилизации к пыльце, подтверждении Ig E-опосредованных реакций.
4. Возможно проведение АСИТ в осенне-зимний период. Подготовка к сезону цветения также включает назначение антигистаминных препаратов (зиртек, кларитин) за 2 недели до цветения, в глаза, нос препараты кромоглициевой кислоты (кромогликат, недокромил, кромоглин).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 3.

Мальчик Станислав Е., 8 лет, жалобы на слизистые выделения из носа, зуд в носу, чихание, нарушение сна, слезотечение течение последних 3-х дней. Похожее обострение наблюдалось 2 недели назад, когда ребенок находился в гостях, где была кошка. В настоящее время у мальчика в квартире живет котенок.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Методы диагностики.
3. Тактика лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Интермиттирующий аллергический ринит, средней степени тяжести. Аллергический конъюнктивит.

2. Определение Ig E сыворотки крови (по диагностической значимости сопоставимо с кожными пробами), скарификационные аллергопробы, передняя риноскопия и эндоскопия носа.

3. Устранение контакта с аллергеном (в данном случае домашнее животное). Ступенчатая медикаментозная терапия: пероральный H1-блокатор (кларитин), интраназальный H1-блокатор (азеластин) и/или деконгестант (ксилометазолин 0,05%). При отсутствии эффекта интраназальный кортикостероид (мометатазон). Вследствие развития конъюнктивита в терапию необходимо добавить кромон в виде глазных капель (кромогликат, недокромил, кромогексал).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 4.

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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Предварительный диагноз – аллергический ринит
2. План обследования: консультация ЛОР –врача, снимок придаточных пазух носа, риноцитограмма, посев на флору, консультация аллерголога.
3. Рекомендуемая терапия: назонекс 2 дозы 2 раза в день на 1 месяц, сингуляр по 5 мг в день на 1 месяц.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 5.

Ребенок 6 лет, родители обратились с жалобами на постоянное нарушение носового дыхания в течение последнего года. Отмечается улучшение состояния в летнее время, в холодное время симптомы персистируют. Из анамнеза известно – на первом году жизни отмечались распространенные проявления атопического дерматита, после года кожа очистилась. С 3 лет посещает ДДУ, болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно. В доме живет кот, ребенок спит на перовой подушке, в его комнате ковровое покрытие. Семейный аллергоанамнез: у матери атопический дерматит.

При осмотре – состояние средней тяжести, носовое дыхание затруднено, дышит ртом, поперечная складка в области переносицы, параорбитальный цианоз. Слизистая зева отечна, по задней стенке глотки стекает густая слизь, отмечается лимфоидная гиперплазия задней стенки глотки. При риноскопии – отмечается выраженный отек слизистой, особенно дна полости носа, слизистая мраморная с цианотичным оттенком, выделения густые стекловидные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС 78 в минуту. Живот мягкий, безболезнен при пальпации.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Какое заболевание может развиваться у пациента в последующем?
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТА:

1. Аллергический ринит, круглогодичный, среднетяжелое течение, обострение.

2. Типичная клиническая картина, отягощенный личный и семейный аллергологический анамнез, наличие большого количества аэроаллергенов в квартире.
3. Анализ крови клинический, рентгенография околоносовых пазух, спирография с бронхолитиком, мониторинг пиковой скорости выдоха, кожные пробы с подозреваемыми аллергенами в период ремиссии.
4. Бронхиальная астма.
5. Элиминация причинно-значимых аллергенов, неседативные антигистаминные препараты, использование увлажняющих носовых спреев, при отсутствии эффекта – назальные кортикостероиды (назонекс, авамис и др.).

Тема: Бронхиальная астма у детей.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 1.

Мальчик Витя И. 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на кашель, затрудненное дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребенка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котенком, которого взяли в дом две недели назад. Мама самостоятельно давала ребенку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затрудненное дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой помощи. Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5 °С. Ребенок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO₂ - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межреберных промежутков, над- и подключичных впадинах. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации легких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 132 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 8,1.10⁹/л, эозинофилы — 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 4,3.10¹²/л.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
4. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, дебют, обострение.
2. В приемном отделении: проведение спирографии (ОФВ₁) или определение пиковой скорости выдоха для оценки характера нарушения вентиляции и степени тяжести обострения; выполнение рентгенографии ОГК для исключения локальных изменений в легких (пневмония, ателектаз), врожденных пороков развития бронхолегочной системы. В соматическом отделении или на амбулаторном этапе: обследование для исключения глистной инвазии; ЭКГ, ЭХО-КГ для исключения врожденных пороков сердечно-сосудистой системы; осмотр ЛОР-врача для исключения анатомических причин нарушения проходимости верхних дыхательных путей; консультация врача-аллерголога для проведения обследования (определение специфических иммуноглобулинов E, кожные пробы вне

обострения для уточнения причинно значимого аллергена) и определения объема базисной терапии.

3. Титруемая кислородотерапия для устранения гипоксемии с контролем сатурации (целевые значения – более 94-98%). Бронходилатация с помощью бронхолитиков – первая цель терапии обострений: Сальбутамол (Венталин) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер или Фенотерол + Ипратропия бромид (комбинированный препарат Беродуал) 1 мл + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер. Ингаляционные глюкокортикостероиды для купирования отека слизистой\подслизистой: Будесонид 1000 мкг + 2 мл 0,9% раствора Натрия хлорида для ингаляции через небулайзер.

4. Оценка эффективности бронхолитической терапии проводится через 20 минут: уменьшение одышки; улучшение проведения дыхания при аускультации; увеличение показателей пиковой скорости выдоха на 15% и более. Показаниями к госпитализации в данном случае являются: отсутствие или недостаточный эффект после первой ингаляции бронхолитика; ухудшение состояния пациента (нарастание симптомов дыхательной недостаточности, снижение сатурации); отсутствие возможности продолжения плановой терапии дома.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 2.

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затрудненное дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребенок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приемом аллергенных пищевых продуктов отчетливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений. Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, легкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлиненным выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над легкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в легких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

ВОПРОСЫ:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней степени тяжести, приступный период, ДН 2 степени.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента: быстро развившийся приступ затрудненного дыхания на фоне нормальной температуры тела, связанный с цветением растений. Анамнеза: частые обструктивные состояния на 2 и 3 году жизни, ежемесячные

приступы затрудненного дыхания, отягощенный аллергологический, наследственный анамнез. Данных объективного исследования: синдром дыхательной недостаточности 2 степени - легкий цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности легочной ткани: коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.

3. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи: .2-агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 1,0 – 2,5 мл на ингаляцию; или комбинированные .2-агонисты короткого действия – Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид) ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчета 1 капля на кг массы тела, но не более 10 капель; - оценить состояние и решить вопрос о необходимости госпитализации. Обоснование для госпитализации: возраст пациента, тяжесть состояния, обусловленная синдромом ДН 2 степени, невозможность продолжения плановой терапии в домашних условиях. Госпитализация пациента согласно установленной маршрутизации - в педиатрическое отделение или специализированное пульмонологическое отделение стационара. В условиях стационара необходимо провести: ОАК (лейкоцитоз, изменение формулы крови, повышение СОЭ); Rg-логическое исследование органов грудной клетки (исключение пневмонического процесса).

В условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения после выписки из стационара при купировании острого приступного периода необходимо провести: аллергологическое обследование – кожные пробы с аллергенами, исследование общего и специфического IgE в сыворотке крови; исследование функции внешнего дыхания не возможно ввиду малого возраста ребенка.

4. Противовоспалительная терапия: Ингаляционные ГКС (будесонид) через небулайзер каждые 12 часов; Бронхолитическая терапия: комбинированные b2-агонисты короткого действия – Беродуал ингаляционно через небулайзер каждые 4-6 часов из расчета 1 капля/кг массы, но не более 10 капель. При отсутствии эффекта: Системные ГКС (преднизолон 2 мг/кг в/в струйно) при необходимости - повторить; Метилксантины - Эуфиллин 2,4% раствор внутривенно из расчета 4-6 мг/кг, или 0,5-1 мг/кг/час. Критерии эффективности каждого этапа терапии через 20 минут: цвет кожного покрова, частота дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, проводимость дыхания при аускультации; показатели оксигемоглобина (сатурация, %).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 3.

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу- педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.)

Ребенок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит.

В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков

дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется.

Ребенок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.
4. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжелой степени, неконтролируемая, постприступный период.

2. Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом.

Частота текущих консультаций при тяжелом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год. Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаинс). Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребенка на КЭК. Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребенком лекарственных препаратов. Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитогаммы и цитологии мокроты.

3. Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии. Вакцинация детей с тяжелой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии, иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки. Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля 1-2 раза в год.

4. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую. Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, цитрусовых, меда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника. ЛФК. Респираторная терапия (дыхательные тренажеры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж). Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год. Иглорефлексотерапия. Физиотерапия (лазеротерапия, магнотерапия, спелеотерапия). Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля. Психотерапия. Ведения «дневника самоконтроля». Образовательные программы (астма-школы). В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные игкс (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид +Формотерол, способ доставки турбухалер). При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 4.

Мальчик 4 лет, родители обратились к врачу с жалобами на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания. Анамнез заболевания: заболел неделю назад, после

смены места жительства (из благоустроенной квартиры переехал в частный дом с печным отоплением). Лечились самостоятельно микстурой от кашля, облечения не приносило. Был приглашен участковый врач. С раннего возраста отмечались проявления атопического дерматита на белки коровьего молока. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем и бронхитами. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия. Отец практически здоров, много курит. При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести. Отмечаются пятнисто-папулезные высыпания в области шеи, локтевых сгибов и в подколенных ямках. Носовое дыхание резко затруднено, кашель непродуктивный. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет ЧСС 110 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что указывает на наличие данного заболевания?
3. Какой фактор повлек за собой развитие заболевания?
4. Группа ведущих препаратов при неотложной терапии.
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1. Аллергический ринит, персистирующий, обострение. Атопический дерматит, детская форма, средней тяжести, обострение.
2. Жалобы: на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания, данные анамнеза заболевания: развитие клиники после смены места жительства, отсутствие эффекта на противокашлевую терапию, данные анамнеза жизни: наличие атопического дерматита и частые бронхиты у ребенка, отягощенный семейный анамнез (наличие у мамы аллергических заболеваний), данные объективного осмотра и физикальные признаки.
3. Заболел после смены места жительства (из благоустроенной квартиры в частный дом с печным отоплением).
4. Ингаляционные β_2 -агонисты (беродуал, сальбутамол, и др.).
5. С заболеваниями, протекающими с синдромом бронхиальной обструкции (обструктивный бронхит, муковисцидоз, врожденные пороки развития и инородные тела трахеи и бронхов и др.), острой пневмонией.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 5.

Ребенку 12 лет, в течение последних 4 лет страдает бронхиальной астмой, без базисной терапии, приступы были редкие, легкие. В последнее время дневные приступы возникают 1-2 раза в неделю при физических нагрузках, ночные приступы 3-4 раза в месяц, купируются 1-2 вдохами сальбутамола. При аускультации в легких масса сухих, свистящих хрипов, ЧДД 28 в минуту. Тест по контролю над астмой 12 баллов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.
2. Оцените уровень контроля заболевания
3. Составьте план обследования ребенка
4. Назначьте базисную терапию
5. Дайте рекомендации по созданию гипоаллергенного быта.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкая персистирующая, приступный период, ДН1-2.
2. Контроль оценить невозможно, так как не проводилась базисная терапия.

3. Spiрография с бронхолитиком, мониторинг пиковой скорости выдоха, анализ крови клинический, рентгенография органов грудной клетки, специфический Jg E, кожные пробы с аллергенами.
4. Низкие дозы ИГКС (флутиказон, беклометазон, будесонид) или антагонист лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) не менее 3 месяцев.
5. Устранить все коллекторы пыли, пуховые и перовые постельные принадлежности, домашних животных, плесневый грибок, влажность не более 60%, регулярная влажная уборка и проветривание.

Тема: Первичные иммунодефициты (ПИД).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 1.

Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл. Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное. Гипотрофия, отставание в нервно-психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?
2. План обследования.
3. Возможности иммунологической коррекции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Синдром гиперпродукции IgE .
2. Иммунограмма в динамике.
3. Заместительная иммунотерапия иммуноглобулинами для внутривенного введения, пожизненно.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 2.

Оля, 12 лет, из социально неблагополучной семьи. В 9 лет был поставлен диагноз аллергический бронхит. Лечение: сальбутамол при затрудненном дыхании, эпизодически диазолин. Последний месяц находилась в местном детском санатории, где получала пульмикорт. Жалобы на частый непродуктивный кашель, затрудненное дыхание, которые возникают практически ежедневно (особенно при физической нагрузке) и каждую ночь.

Данные объективного осмотра: кожные покровы бледные, чистые. Слизистая зева не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание проводится по всем полям, выдох удлиннен, по всем полям рассеянные сухие свистящие хрипы. Число дыханий 24 в минуту. Тоны сердца звучные. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, регулярный.

ФВД: ЖЕЛ-82%, ОФВ1 - 57%, МОС25-53%, МОС50 – 49%, МОС75 – 48%.

Проба с сальбутамолом: ЖЕЛ-89%, ОФВ1- 77%, МОС25 -71%, МОС50 – 64%, МОС75 – 52%

Рентгенограмма грудной клетки: резко повышена прозрачность легочных полей, уплощение купола диафрагмы, усиление и деформация бронхолегочного рисунка. Синусы свободны. Очаговых теней нет.

Общий Ig E крови: 1860 МЕ/мл

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените ФВД.
3. Назначьте лечение, в т.ч. базисную терапию.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза, типичных клинических симптомов (экспираторной одышки, симптомов дыхательной недостаточности), перкуторной и аускультативной симптоматики, а также типичной рентгенологической картины поставлен диагноз: Бронхиальная астма, вероятно атопическая, тяжелая, период обострения, ДНШ.
2. Нарушение ФВД по обструктивному типу, положительная проба с бронхолитиком.
3. Ингаляционно бета2-адреномиметик (беротек), ИКС – пульмикорт. Базисная терапия – ИКС в комбинации с пролонгированными β_2 -агонистами. Возможно рассмотреть вопрос о назначении ксолара.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 3.

В клинику детских болезней поступил Костя Н. 8 лет. Его родители встревожены частым развитием у ребёнка отитов, ангин, ринитов, конъюнктивитов, бронхитов, пневмоний, энтероколитов. Настоящая госпитализация связана с подозрением на развитие эндокардита и сепсиса.

При обследовании обнаружено: лейкопения за счёт значительного снижения числа лимфоцитов, в основном их Т-пула и в меньшей мере — В-лимфоцитов; уменьшение содержания в крови IgA и IgE (соответственно на 40 и 50% от нормы), уровень IgG – на нижней границе нормы; реакция лимфоцитов на фитогемагглютинин снижена.

ВОПРОСЫ:

1. Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у ребёнка? Ответ обоснуйте.
2. Каковы его возможные причины?
3. Каков механизм развития и последствия этого состояния, если судить по лабораторным данным?
4. Как Вы объясните факты снижения реакции лимфоцитов на фитогемагглютинин и значительного уменьшения содержания в крови IgA и IgE при норме IgG?
5. Какие проявления болезненного состояния ребёнка в большей мере могут являться результатом снижения уровня IgA и IgE?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Комбинированное Т- и В-иммунодефицитное состояние. Об этом свидетельствуют: частые инфекции, снижение числа лимфоцитов, в основном их Т-пула, в меньшей степени В-пула; понижена функциональная активность Т-лимфоцитов, а также содержание в крови IgA и IgE.
2. Это наследственная форма патологии. Аутосомно-рецессивный тип наследования. Синдром Луи-Бар. Снижение продукции IgA и IgE и повышение уровня фетальных белков (α -фетопротеинов) характерно для этого синдрома. Наличие фетальных белков является следствием аплазии тимуса.
- 3, 4. Состояние, развившееся у ребёнка, является следствием нарушения пролиферации и созревания Т-лимфоцитов, в том числе и Т-лимфоцитов-хелперов и, как следствие — расстройства регуляции процессов пролиферации и дифференцировки В-лимфоцитов в плазматические клетки, продуцирующие IgA и IgE (о чём свидетельствуют лабораторные данные). В связи с этим снижена реакция бласттрансформации на стимулятор этой реакции — фитогемагглютинин, а также — последующее созревание Т-лимфоцитов. Пониженный титр IgA и IgE при норме IgG обусловлен значительным селективным нарушением

транспорта ионов кальция, которые влияют на пролиферацию и созревание Т-лимфоцитов (в частности, Т-хелперов). В связи с этим создается дефицит Т-хелперов. При синдроме Луи-Бар возможны нормальные показатели Ig, у некоторых больных наблюдается гипергаммаглобулинемия.

5. Снижение содержания IgA можно объяснить, прежде всего, отсутствием плазматических клеток, синтезирующих эти АТ. Формирование анти-IgA-АТ также повышает катаболизм IgA. Склонность к респираторным заболеваниям отмечается у больных с дефицитом IgA, дефицит IgE создает неблагоприятные условия для развития некоторых форм пневмоний, энтероколитов.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 4.

Родители двухлетнего мальчика Т. обратились в клинику для обследования их ребенка. В возрасте 10 месяцев у Т. был выявлен порок развития аорты. Ребенок часто болеет инфекционными заболеваниями. Полгода назад лечился от пневмонии. Два месяца назад был диагностирован отит, который развился на фоне бронхита. С первых дней жизни периодически возникают судороги. В настоящее время лечится по поводу кандидоза, развитие которого родители связывают с длительной антибиотикотерапией. Наблюдается у эндокринолога в связи с недостаточностью паращитовидных желез. Ребенок пониженного питания, ушные раковины расположены низко, косой разрез глаз, широкая переносица, незаращение твердого и мягкого неба. При обследовании выявлена аплазия тимуса, лимфоцитопения. Дополнительные исследования показали, что в крови снижено содержание Т-лимфоцитов.

ВОПРОСЫ:

1. Какое заболевание можно предполагать?
2. Каковы причина и механизмы развития данного заболевания?
3. Как лечится данное заболевание?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Наследственный (первичный) иммунодефицит с преимущественным поражением Т-системы — синдром Ди Джорджи. Данный диагноз подтверждают частые инфекционные заболевания, наличие дефектов развития лицевого черепа, периодические судороги (гипопаратиреоз), врожденный порок аорты, аплазия тимуса, снижение содержания Т-лимфоцитов в крови.

2. Патологические изменения в 22-й паре хромосом приводят к нарушению закладки паращитовидных желез и тимуса. Заболевание характеризуется аплазией тимуса и связано с нарушениями развития тимуса в эмбриональном периоде. Тимус не может обеспечить нормальное развитие Т-клеток. В результате у пациентов с данной формой иммунодефицита страдает клеточный иммунитет. Дети с подобным иммунодефицитным заболеванием проявляют повышенную чувствительность к вирусным, грибковым и некоторым бактериальным инфекциям. У них отмечаются аномалии развития носа, рта, ушей, поскольку наследственные дефекты, как правило, бывают множественными.

3. Если пациент переживает 6-месячный возраст, в ряде случаев может наблюдаться постепенное спонтанное восстановление Т-клеточного иммунитета. Кроме того, эффективным методом лечения может оказаться трансплантация фетального тимуса. Однако в случае тяжелых пороков, делающих прогноз для жизни неблагоприятным, пересадка тимуса считается недостаточно обоснованной. Лечение пороков сердца ведется по стандартам, принятым в кардиологии, а недостаточности паращитовидных желез — по стандартам эндокринологии.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 5.

Подросток 16 лет, госпитализирован по поводу тяжелой двусторонней пневмоцистной пневмонии. Больному сделана иммунограмма:

Лейкоциты - $3,2 \times 10^9/\text{л}$, Лимфоциты - 20% (абс. число $0,64 \times 10^9/\text{л}$), НСТ спонтанный — 0,8, НСТ стимулированный — 0,8, Индекс стимуляции - 1,0

Т-система: CD3 - 52% (абсолютное число $0,33 \times 10^9$); CD4 - 24% (абсолютное число $0,15 \times 10^9/\text{л}$); CD8 - 30% (абсолютное число $0,19 \times 10^9/\text{л}$)

В-система: CD 20 - 30% (абсолютное число $1,9 \times 10^9/\text{л}$), IgA- 1,2 г/л, IgM — 0,8г/л, IgG- 9,6г/л

ЦИК - 20 ед. опт. пл. Антитела к ВИЧ положительны.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените содержание лейкоцитов, лимфоцитов?
2. Оцените состояние Т-системы лимфоцитов?
3. Оцените содержание иммуноглобулинов крови?
4. Наличие какого иммунодефицита можно предположить у больного?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТА:

1. По данным иммунограммы у больного определяется лейкопения, лимфоцитопения (абсолютная и относительная).
2. Состояние Т-системы лимфоцитов характеризуется Т-лимфоцитопенией, абсолютной недостаточностью CD4.
3. Имеет место уменьшение концентрации иммуноглобулинов.
4. Учитывая наличие антител к ВИЧ, можно предположить иммунодефицит специфической этиологии (СПИД).

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ - 0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

2.2. Промежуточная аттестация проводится в форме

Опрос (устный, письменный)

Компетенция/и: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1.

Перечень вопросов по дисциплине:

1. Поллиноз – иммунопатогенез, принципы диагностики и терапии.
2. Этиопатогенез и классификация аллергического ринита. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
3. Бронхиальная астма у детей. Классификация. Критерии диагностики. Исследование функции внешнего дыхания при бронхиальной астме у детей. Эпидемиология бронхиальной астмы у детей в России и в мире.
4. Этиология и иммунопатогенез бронхиальной астмы. Современная классификация бронхиальной астмы. Фенотипы и клиника атопической бронхиальной астмы. Аллергологическая диагностика бронхиальной астмы.
5. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы (базисная терапия, лечение приступного периода). Ступенчатая терапия бронхиальной астмы у детей. Тест-контроль.
6. Обострение бронхиальной астмы. Определение. Патогенез. Клиника, степени тяжести. Осложнения. Неотложная терапия. Профилактика.
7. Атопический дерматит. Этиология, патогенез. Особенности клинической картины и течения у детей в различные возрастные периоды. Диагностические критерии, классификация. Шкала SCORAD. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость. Специфическая диагностика пищевой аллергии.
9. Кожные аллергические пробы (капельная, тест-укол, скарификационные кожные пробы, внутрикожные аллергические пробы).
10. Анти IgE-терапия, ее место в лечении аллергических заболеваний, схемы назначения.

11. Аллергоспецифическая терапия – актуальная проблема современной клинической иммунологии и аллергологии.
12. Диспансерное наблюдение детей с бронхиальной астмой. Профилактика аллергии у детей. Вакцинация детей с аллергическими заболеваниями.
13. Иммунодефициты: виды, клиника, диагностика, лечение.
14. Первичные ИДС по Т-клеточному типу.
15. Первичные ИДС по В-клеточному типу.
16. Комбинированные первичные ИДС.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Поллиноз (пыльцевая аллергия, сенная лихорадка) — заболевание, в основе которого лежит аллергическая реакция. Оно характеризуется острым аллергическим воспалением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кожи. Реже в процесс вовлекаются пищеварительная, сердечно-сосудистая, мочеполовая и нервная системы. Этиологическим фактором, вызывающим поллиноз, является пыльца растений. Ученым известно более 250 000 растений, продуцирующих пыльцу, но только порядка 150 пыльцевых аллергенов деревьев, злаков и сорных трав достоверно вызывают поллиноз. Достоверная диагностика поллиноза зависит от тщательной интерпретации анамнеза, жалоб, результатов общего осмотра, общеклинического и аллергологического обследования. Патогенетическая и симптоматическая терапия в период обострения, которая обычно включает применение антигистаминных препаратов (Алерзин, Супрастин) и топических глюкокортикостероидов. Они снижают выраженность отека, воспалительной реакции, а так же, уменьшают количество выделений биологических жидкостей со слизистых оболочек. Аллерген-специфическая иммунотерапия причинно-значимым аллергеном, которая проводится вне периода обострения.

2. Аллергический ринит — аллергическое воспалительное заболевание слизистой носа, вызываемое клещами домашней пыли, пыльцой растений, шерстью домашних животных, грибковыми аллергенами. Ринит может иметь как круглогодичное, так и сезонное течение. Длительно существующий насморк приносит массу неудобств, а также является фактором риска для заболеваний нижних дыхательных путей (бронхиальная астма, пневмонии), поэтому при подозрении на аллергический ринит необходимо обратиться к аллергологу для выявления причинно-значимых аллергенов. Симптомы включают в себя: затруднение носового дыхания; слизистые выделения из носа; частое чихание. Для подтверждения диагноза и уточнения степени тяжести болезни необходимы дополнительные методы диагностики: консультация ЛОР-специалиста, исследование маркеров аллергии в крови (иммуноглобулин Е общий и специфический); проведение кожного тестирования с основными группами аллергенов. Лучшим лечением аллергического ринита является обнаружение и элиминация аллергена. Если же ликвидировать аллерген не удаётся, можно применять патогенетическое и симптоматическое лечение: местные антигистаминные и глюкокортикоидные капли, спреи; таблетированные антигистаминные препараты; системная десенсибилизация.

3. Астма является рецидивирующим воспалительным заболеванием легких, при котором определенные стимулы (пусковые механизмы) вызывают воспаление дыхательных путей и провоцируют их временное сужение, что приводит к затрудненному дыханию. Врач подозревает астму у ребенка с рецидивирующими эпизодами свистящих хрипов, особенно если известно, что родственники страдают астмой или аллергиями. Тем не менее, астма является лишь одной из нескольких причин свистящих хрипов. Правильно оценить тяжесть заболевания можно только до начала лечения, поскольку при эффективном лечении симптомы заболевания уменьшаются. Выделяют 4 степени тяжести бронхиальной астмы: Интермиттирующая; Легкая персистирующая; Персистирующая средней тяжести; Тяжелая персистирующая.

4. Бронхиальная астма – заболевание, характеризующееся диффузным воспалением дыхательных путей с разнообразными пусковыми механизмами, которое приводит к частично или полностью обратимому бронхоспазму. Жалобы и симптомы включают одышку, чувство стеснения в груди, кашель и хрипы. Диагноз ставится на основании данных анамнеза, объективного обследования и исследованиях функции легких. Лечение предполагает контроль пусковых механизмов и лекарственную терапию, в большинстве случаев это ингаляционные бета-2 -агонисты и ингаляционные кортикостероиды. При лечении прогноз благоприятный. Бронхиальная астма – многофакторное заболевание: его развитие зависит от взаимодействия различных генов и факторов внешней среды. Бронхиальная астма ведет к развитию: Бронхоконстрикции; Отека и воспаления дыхательных путей; Гиперреактивности дыхательных путей; Ремоделирования дыхательных путей. У пациентов с легкой формой бронхиальной астмы симптомы появляются только в период обострения. При более тяжелом течении заболевания и во время обострений наблюдается одышка, ощущение стеснения в груди, дистантные хрипы и кашель. Кашель может быть единственным симптомом у некоторых пациентов (кашлевой вариант бронхиальной астмы). Симптомы могут иметь циркадный ритм и ухудшаться во время сна, часто около 4 часов утра. У многих пациентов с более тяжелой бронхиальной астмой бывают ночные пробуждения (ночная астма). Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза и объективного обследования и подтверждается при исследовании функции легких. Важно выявить причины заболевания и исключить заболевания, которые также вызывают хрипы.

5. К основным классам лекарственных препаратов, которые используются при лечении астмы и во время обострений астмы, относятся: Бронходилататоры (бета- или бета-2 агонисты адренергических рецепторов, антихолинергические препараты); Кортикостероиды; Модификаторы лейкотриенов; Стабилизаторы тучных клеток; Метилксантины; Иммуномодуляторы. Цель лечения – уменьшение симптомов и восстановление функции легких. Лечение включает: Ингаляционные бронхолитики (бета-агонисты и холинолитики); Системные кортикостероиды.

6. Пациенты с обострением астмы оцениваются преимущественно на основе клинических критериев, но им также иногда нужно сделать определенные исследования: Пульсоксиметрию; Иногда измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ); FeNO. Цель лечения – уменьшение симптомов и восстановление функции легких. Лечение включает: Ингаляционные бронхолитики (бета-агонисты и холинолитики); Системные кортикостероиды. Более детальная информация о лечении обострений острой бронхиальной астмы включая тяжелые приступы, требующие госпитализации, описана в других разделах.

7. Атопический дерматит представляет собой хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи со сложным патогенезом, с участием генетической предрасположенности, дисфункции иммунологического и эпидермального барьера, а также факторов окружающей среды. Главным симптомом является зуд; высыпания на коже варьируют от легкой эритемы до тяжелой лихенификации и эритродермии. Диагностика включает сбор анамнеза и обследование. Лечение включает в себя рекомендации по правильному уходу за кожей, избегание провоцирующих факторов, а также местное применение кортикостероидов и иммунодепрессантов. Также важно лечение зуда и суперинфекций. В тяжелых случаях может потребоваться системная иммуносупрессивная терапия. Атопический дерматит, развившийся в детстве, часто регрессирует или его проявления значительно ослабевают во взрослом возрасте.

8. Пищевая аллергия – чрезмерно выраженный иммунный ответ на пищевые компоненты, обычно белки. Проявления пищевой аллергии очень разнообразны и могут включать атопический дерматит, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, а также анафилаксию. Диагноз ставится на основании анамнеза, порой на основе аллерген-специфического тестирования сыворотки IgE, кожных проб и/или исключающей

диеты. Лечение прежде всего заключается в исключении пищевых продуктов, запускающих аллергическую реакцию, и при необходимости назначается кромолин перорально.

9. Кожные аллергологические пробы - это один из методов, используемый при диагностике аллергических заболеваний с целью выявления причиннозначимого аллергена. При каких заболеваниях назначают аллергологические пробы: Аллергический ринит (проявляется насморком). Аллергический конъюнктивит (проявляется зудом, покраснением глаз, слезотечением). Бронхиальная астма (проявляется заложенностью в груди, кашлем, удушьем, одышкой). Атопический дерматит (проявляется сыпью). Лекарственная аллергия. Как проводится исследование: для кожных тестов используют стандартизированные растворы аллергенов (трав, пыльцы, эпидермиса животных, пищи, лекарств), промышленного производства. Скарификационный метод - на чистую кожу предплечья наносят капли аллергенов, через них одноразовым скарификатором наносят царапины (размером 5 мм. Прик- тест - на чистую кожу предплечья наносят капли аллергенов, через них одноразовыми иглами делают легкие уколы (глубиной 1 мм). За один раз ставят не более 15 проб с аллергенами. Если в месте нанесения аллергена на коже появилось покраснение или отек, значит у человека есть аллергия на это вещество. Кожные тесты, в зависимости от вида аллергена, оценивают через 20 минут, 5-6 часов, 1-2 суток и выдают список, в котором указываются результаты: отрицательный; слабоположительный; положительный; сомнительный.

10. Анти-IgE-терапия способствует снижению частоты обострений бронхиальной астмы на 77%, а также обращений за экстренной медицинской помощью, в том числе отсутствию потребности в стационарном лечении по поводу астмы. На фоне лечения улучшаются показатели функции легких, в том числе у детей с низкими показателями бронхиальной проходимости даже после приема бронхолитиков. Доза ингаляционных глюкокортикостероидов на фоне лечения омализумабом снижена у 75% больных в 1,5-2,5 раза. Переносимость лечения у всех детей удовлетворительная, ни у кого из больных не отмечено серьезных нежелательных явлений, связанных с препаратом, а также каких-либо системных побочных эффектов. Анти-IgE-терапия является хорошей альтернативой применению у детей с тяжелой атопической бронхиальной астмой высоких и сверхвысоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов.

11. Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ, аллерген-иммунотерапия, АИТ, «прививка от аллергии») — метод лечения аллергии, заключающийся в десенсибилизации организма к небольшим дозам аллергена. Используются инъекции, таблетки и сублингвальные спреи. АСИТ облегчает симптомы аллергических астмы, ринитов и конъюнктивитов, негативных реакций на пыльцу деревьев, цветение растений, плесень, пылевых клещей, перхоть животных и яд насекомых. Лечение с помощью АСИТ имеет две фазы. Накопительная: АСИТ принимается в виде спреев, уколов или таблеток 1—2 раза в неделю с постепенным повышением дозы препарата. Как правило, эта фаза длится 1—2 месяца и зависит от индивидуального восприятия пациентом введенного ему аллергена. Поддерживающая. Начинается после получения желаемого эффекта. В этот период промежуток между введением аллергенов становится больше — от 2 до 4 недель. Продолжительность АСИТ для достижения максимального эффекта составляет 3—5 лет. Но значительное улучшение пациенты испытывают уже в первый год лечения.

12. Пульмонолог 1 раз в год (по показаниям чаще). Аллерголог 2 раза в год. Педиатр: при контролируемой БА - не реже 1 раза в 3 месяца. Дети с полной или неполной ремиссией 2 раза в год. При тяжелой БА - не реже 1 раза в 1 месяц. После приступа – ребенок осматривается не менее 2 раз в течение 3 суток (при легком и среднетяжелом приступе), далее в течение месяца – не менее 2 раз. Вакцинопрофилактика. Иммунизация проводится детям в периоде стойкой ремиссии длительностью 7-8 недель при достижении контроля заболевания. Иммунизация противопоказана в период обострения БА независимо от степени тяжести обострения. Вакцинация проводится на фоне базисной терапии. Детям с тяжелой астмой оправдано при проведении вакцинации увеличить на 30-50% дозу ИГКС и

рекомендовать при необходимости усилить бронхолитическую терапию. Ребенок, получающий аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ), может быть вакцинирован только по строгим эпидемиологическим показаниям АДС, АДС-М, вакциной против полиомиелита через 2-4 недели после введения очередной дозы аллергена с последующим продолжением АСИТ через 4-5 недель после вакцинации. Детям с бронхиальной астмой необходима прививка от гриппа, а также их дополнительно рекомендуют вакцинировать против пневмококка и гемофильной палочки типа b.

13. Иммунодефицитные состояния связаны или предрасполагают пациентов к осложнениям различного рода, в том числе к инфекциям, аутоиммунным нарушениям, лимфомам и другим онкозаболеваниям. Первичные иммунодефициты генетически определены и могут быть наследственными заболеваниями; вторичные иммунодефициты - приобретенные и более распространены. Оценка иммунодефицита включает в себя историю болезни, медицинский осмотр и исследование иммунных функций. Выбор исследования может различаться в зависимости от следующих факторов: Если есть подозрение на первичный или вторичный иммунодефицит. При первичном иммунодефиците наблюдается недостаток компонента иммунной системы

14. Дефициты клеточного звена иммунитета (дефекты Т-клеток) обуславливают от 5 до 10% первичных иммунодефицитных состояний и предрасположенность к различным вирусным и грибковым инфекциям, а также к инфекциям, вызванным *Pneumocystis jirovecii*, другими оппортунистическими микроорганизмами и большинством распространенных патогенов (см. таблицу Дефициты клеточного звена иммунитета [Cellular Immunity Deficiencies]). Т-клеточные нарушения также являются причиной дефицита иммуноглобулинов, поскольку В- и Т-клеточные иммунные системы взаимозависимы. Наиболее распространенными нарушениями Т-клеток являются: Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек. Синдром Ди Джорджи. X-сцепленный лимфопролиферативный синдром. Дефицит ассоциированного с зета-цепью белка 70 (ZAP-70). Первичные дефекты естественных клеток-киллеров, которые встречаются очень редко, могут стать причиной предрасположенности к вирусным инфекциям (в частности, герпесвирусной инфекции) и опухолям. Вторичные дефекты естественных клеток-киллеров могут наблюдаться у пациентов с различными другими первичными или вторичными иммунодефицитами, часто у пациентов с раком или аутоиммунным заболеванием, а также у тех, кто принимает определенные лекарства.

15. Гуморальный иммунодефицит (дефекты в В-клеточном звене иммунитета), являющийся причиной дефицита антител, обуславливает от 50 до 60% первичных иммунодефицитных состояний (см. таблицу Дефициты гуморального звена иммунитета [Humoral Immunity Deficiencies]). Снижение титров антител в сыворотке крови вызывает восприимчивость к бактериальным инфекциям. Наиболее распространенным В-клеточным нарушением является. Селективный IgA дефицит. Селективный дефицит IgA является наиболее распространенным В-клеточным заболеванием, но у многих пациентов он протекает бессимптомно. Общий переменный иммунодефицит (CVID) является наиболее распространенным симптоматическим иммунодефицитом. Для диагностической оценки дефицита гуморального иммунитета см. Подходы к лечению пациентов с подозрением на иммунодефицит и таблицу Специальные и расширенные лабораторные тесты для определения иммунодефицита.

16. Комбинированные нарушения гуморального и клеточного иммунитета (В- и Т-клеточные дефекты) составляют около 20% первичных иммунодефицитов. Наиболее важной формой является Тяжелый комбинированный иммунодефицит (ТКИД). При некоторых формах комбинированного иммунодефицита (например, при дефиците пурипнуклеозидфосфорилазы), уровни Ig являются нормальными или повышенными, но из-за недостаточного функционирования Т-клетки, образование антител нарушается. Информацию о диагностической оценке комбинированных нарушений гуморального и

клеточного иммунитета см. в таблице Специфические и расширенные тесты на иммунодефицит.

Тест

Выберите один правильный вариант ответа. Номер правильного варианта ответа укажите цифрой.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

1. ОТНОСИТСЯ К СОБСТВЕННО АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

- 1) поллиноз
- 2) инфекционно-аллергический миокардит
- 3) идиопатический фиброзирующий альвеолит
- 4) миастения
- 5) наследственный ангиоотек

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

2. КРАПИВНИЦА - ЭТО

- 1) острое инфекционное воспаление кожи и подлежащих тканей
- 2) гиперемия и мокнутие в области щек у детей раннего возраста
- 3) лихенификация в области локтевых и подколенных ямок у детей старшего возраста
- 4) уртикарные зудящие элементы, усиливающиеся при расчесывании кожи
- 5) папулезные парные сильно зудящие элементы на кистях рук, в области живота

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

3. ОТНОСЯТ К КЛЕТКАМ-МИШЕНЯМ АЛЛЕРГИИ I ПОРЯДКА

- 1) эозинофилы
- 2) нейтрофилы
- 3) гладкомышечные клетки
- 4) базофилы
- 5) тромбоциты

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

4. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ И СЕКРЕТИРУЮТСЯ

- 1) Т-лимфоцитами
- 2) нейтрофилами
- 3) плазматическими клетками
- 4) макрофагами
- 5) тромбоцитами

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

5. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЫЛЬЦЫ ТОПОЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В

- 1) конце апреля
- 2) конце июня
- 3) июле
- 4) августе
- 5) начале сентября

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

6. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) индейка
- 2) рыба
- 3) конина
- 4) кролик
- 5) говядина

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

7. КЛЕЩ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ

- 1) вызывает сенсibilизацию у предрасположенных к аллергии лиц, что приводит к развитию аллергических респираторных заболеваний
- 2) является переносчиком инфекционных заболеваний
- 3) размножается при влажности ниже 30%
- 4) устойчив к высоким температурам
- 5) устойчив к низким температурам

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

8. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕН СЕНСIBILИЗАЦИЕЙ:

- 1) пылью растений
- 2) солями тяжелых металлов
- 3) антигенами бактериальных капсул
- 4) бытовой пылью
- 5) пищевыми аллергенами

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

9. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) аллергия на химические и биологические вещества
- 2) пищевая аллергия
- 3) лекарственная аллергия
- 4) бытовая аллергия
- 5) пыльцевая аллергия

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

10. ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПЕДИАТРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) 5 лет с момента последнего обострения
- 2) 3 лет с момента последнего обострения
- 3) до 18 лет
- 4) 1 год с момента последнего обострения
- 5) 2 года с момента последнего обострения

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

11. КРАТНОСТЬ ОСМОТРА ВРАЧОМ ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- 1) 2 недели
- 2) 3 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) месяц
- 5) 2 месяца

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

12. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С БА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ 1 РАЗ В

- 1) 12 месяцев
- 2) 2 года
- 3) 3 месяца
- 4) месяц
- 5) 6 месяцев

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

13. ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЕТ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПЕДИАТРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) 5 лет с момента последнего приступа
- 2) 3 лет с момента последнего приступа
- 3) до 18 лет
- 4) 1 год с момента последнего приступа
- 5) 2 года с момента последнего приступа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

14. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реагиновый
- 2) иммунокомплексный
- 3) Т-клеточно-опосредованный
- 4) аутоаллергическая реакция
- 5) цитотоксический

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

15. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ АЛЛЕРГЕНОВ ЧЕРЕЗ

- 1) несколько секунд
- 2) 20-40 минут
- 3) 6 часов
- 4) 24 часа
- 5) 48-72 часа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

16. ПРИЧИНОЙ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) коллапс
- 2) асфиксия

- 3) отек легких
- 4) отек мозга
- 5) острая почечная недостаточность

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

17. ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА АСТМЫ У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) блокаторы H₁- гистаминовых рецепторов
- 2) оксигенотерапию
- 3) β₂-адреномиметики
- 4) β-блокаторы
- 5) кромогликат Na

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

18. НЕМЕДЛЕННУЮ ГЕНЕРАЛИЗОВАННУЮ РЕАКЦИЮ ПО АНАФИЛАКТОИДНОМУ ТИПУ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) рентгеноконтрастные вещества
- 2) β-лактамы антибиотики
- 3) гетерогенные сыворотки
- 4) вакцины
- 5) бактериофаги

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

19. ПАТОГЕНЕЗ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСНОВАН НА АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

- 1) крапивница
- 2) хронические неспецифические заболевания легких
- 3) гиперплазия тимуса
- 4) сахарный диабет
- 5) пиелонефрит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

20.ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРОМ КАЛЬЦИНЕВРИНА (МЕСТНЫЙ ИММУНОМОДУЛЯТОР) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) такролимус (Протопик)
- 2) мометазона фуоат (Элоком)
- 3) активированный пиритион цинка (Скин-кап)
- 4) левомиколь
- 5) гидрокортизон (локоид)

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

21. ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ РАЗВИВШЕГОСЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) интал
- 3) налкрот

4) бета-2 адреномиметики

5) эуфиллин

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

22. ИЗМЕРЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА

1) общую емкость выдоха

2) жизненную емкость легких

3) остаточный объем легких

4) максимальную (пиковая) скорость выдоха

5) мгновенную объемную скорость

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

23. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ АЛЛЕРГИЗАЦИИ ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) высокая эозинофилия

2) сезонность с частыми обострениями весной и летом

3) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов

4) обострения провоцируются гипервентиляцией

5) аллергические проявления могут возникать после уборки в квартире

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

24. ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕК (FEV1), ФОРСИРОВАННАЯ ЖИЗНЕННАЯ ЕМКОСТЬ (FVC) И МАКСИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ ВЫДОХА (PEF) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ

1) степень аллергизации

2) степень выраженности инфекционного процесса

3) состояние иммунной системы организма

4) степень бронхиальной обструкции

5) степень бронхиальной рестрикции

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

25. ОТНОСЯТ К СРЕДСТВАМ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

1) седуксен

2) панангин

3) лазикс

4) преднизолон

5) гидрокортизон

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

26. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пневмоторакс

2) абсцесс

3) ателектаз

4) булла

5) подкожная эмфизема

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

27. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) афонией
- 2) экспираторной одышкой
- 3) инспираторной одышкой
- 4) дизурией
- 5) полидипсией

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

28. ИСПОЛЬЗУЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период ремиссии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

29. НЕОБХОДИМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

- 1) бронхоскопия
- 2) посев мокроты
- 3) спирография
- 4) биохимический анализ крови
- 5) определение Т- и В-лимфоцитов в крови

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

30. АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ ФОРМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ РЕАКЦИИ ... ТИПА

- 1) цитотоксического
- 2) реактивного
- 3) замедленного
- 4) иммуннокомплексного
- 5) анафилактического

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

31. ИСПОЛЬЗУЯ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- 2) частым осложнением является кандидоз слизистой
- 3) частым осложнением является нарушение прорезывания зубов
- 4) нельзя сочетать с адrenomиметиками
- 5) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

32. ИСПОЛЬЗУЯ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ В2-АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- 1) нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- 2) следует давать только при наличии бронхиальной обструкции
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период полной ремиссии

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

33. ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- 1) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, следует увеличить дозу
- 2) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, нет смысла продолжать курс
- 3) назначается для купирования приступа
- 4) нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- 5) может усилить бронхоспазм при обострении

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

34. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АСПИРИНОВАЯ АСТМА

- 1) сцинтиграфия легких
- 2) радиоаллергосорбентный тест
- 3) спирография, спирометрия
- 4) кожные пробы с аллергенами
- 5) определение Т- и В-лимфоцитов в крови

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

35. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ослабленным везикулярным дыханием
- 2) ночными приступами удушья с поверхностным частым дыханием, сопровождающимися выделением пенистой мокроты
- 3) наличием мелкопузырчатых незвучных влажных хрипов при аускультации
- 4) приступами удушья с затрудненным выдохом, заканчивающимися выделением стекловидной вязкой мокроты
- 5) грубым «лающим» кашлем, инспираторной одышкой

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

36. ОТНОСЯТ К ТЯЖЕЛЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА

- 1) крапивницу
- 2) поллиноз
- 3) атопический дерматит
- 4) анафилактический шок
- 5) аллергический васкулит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

37. ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) лихенификация на сгибательных поверхностях конечностей
- 2) периорбитальная гиперпигментация
- 3) кожный зуд
- 4) кератоконус
- 5) заложенность носа

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

38. ДЕТСКАЯ ФОРМА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 1-12 месяцев
- 2) 2-11 лет
- 3) 1-2 лет
- 4) 12-14 лет
- 5) 14-17 лет

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

39. РЕБЕНКУ С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА, ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ СМЕСЬ

- 1) кисломолочную
- 2) адаптированную молочную
- 3) безлактозную
- 4) на основе козьего молока
- 5) на основе полного гидролиза белка

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

40. ОБСТРУКТИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эозинофильная пневмония
- 2) экзогенный аллергический альвеолит
- 3) фиброзирующий альвеолит
- 4) бронхиальная астма
- 5) ларингит

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 4

Компетенция: ПК-1, ОПК-5, ПК-1

41. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) лечебную физкультуру (ЛФК)
- 2) применение лекарственных препаратов
- 3) плавание
- 4) постановку кожных проб
- 5) занятие в основной группе по физической культуре

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

42. ПРОДУКТОМ, ЧАСТО СТАНОВЯЩИМСЯ ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) индейка

- 2) рыба
- 3) конина
- 4) кролик
- 5) говядина

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 2

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

43. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МАЗКОВ – ОТПЕЧАТКОВ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1) аллергического ринита
- 2) полипа
- 3) острого респираторного заболевания
- 4) вазомоторного ринита
- 5) атрофического ринита

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

44. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧЕЩЕ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) антибактериальные препараты
- 2) антигистаминные препараты
- 3) антикоагулянты
- 4) антиагреганты
- 5) гормональные препараты

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

45. ОТНОСЯТ К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1) определение углеводов кала
- 2) копрологию
- 3) элиминационно-провокационные пробы
- 4) определение pH кала
- 5) эндоскопическое исследование

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

46. СИНДРОМ ЛУИ-БАР ЭТО

- 1) синдром «гипоплазии хрящей и волос»
- 2) X-сцепленная гипогаммаглобулинемия с дефицитом гормона роста
- 3) синдром атаксии-телеангиозктазии
- 4) нарушение адгезивных свойств фагоцитов
- 5) циклическая нейтропения

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 3

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

47. СИНДРОМ ДИ-ДЖОРДЖИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- 1) Т-иммунодефицита
- 2) В-иммунодефицита
- 3) дефицита иммуноглобулина А
- 4) дефицита компонентов комплемента
- 5) дефицитом фагоцитоза

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

48. У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ: РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ГНОЙНО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В СЕПТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС. О КАКОМ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ МОЖНО ДУМАТЬ?

- 1) болезнь Брутона
- 2) синдром Ди-Джорджи
- 3) синдром Вискотта- Олдрича
- 4) синдром Луи-Бар
- 5) дефицит комплемента

ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

49. РЕБЕНКУ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ СИНДРОМА ВИСКОТТА- ОЛДРИЧА. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЭТОМ СИНДРОМЕ:

- 1) снижение иммуноглобулина М и повышение иммуноглобулина А
- 2) снижение уровня IgA
- 3) повышение уровня IgG
- 4) снижение уровня IgG
- 5) повышение уровня IgM
- 6) ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ПК-1

50. РЕБЕНОК 7 МЕСЯЦЕВ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ НАБЛЮДАЛИСЬ - РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ПИОДЕРМИЯ, ТРИЖДЫ ПНЕВМОНИЯ, ПОСЛЕДНЯЯ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ. О КАКОМ ВРОЖДЕННОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ МОЖНО ДУМАТЬ?

- 1) инфантильный летальный агранулоцитоз
- 2) врожденная иммунологическая нейтропения
- 3) прогрессивный септический гранулематоз
- 4) синдром Брутона
- 5) синдром Вискотта- Олдрича
- 6) ЭТАЛОН ОТВЕТА: 1

Перечень ситуационных (клинических) задач, кейс-задач

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 1.

У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечение не получала.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинён. ЧД - 30 ударов в 1 минуту. Над легкими коробочный перкуторный звук, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС - 106 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи – нет, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребенку.
4. Предложите вариант базисной терапии у данной больной.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, легкая интермиттирующая форма, период обострения.
2. Пациенту рекомендовано: исследование показателей внешнего дыхания; общий и специфические IgE.
3. Ингаляции через небулайзер раствора Сальбутамола, в случае отсутствия эффекта провести ингаляцию суспензии Будесонид.
4. При очень редких обострениях возможно ведение больного без применения базисной терапии. При учащении обострений – низкие дозы ИГКС.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 2.

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.

Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом дереве 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель, курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы необильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегченных слов, понимает запрет, самостоятельно пьет из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щек и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание – повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 122 в

минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под реберной дуги. Ребенок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC – 4,6x10¹²/л, HGB – 118 г/л, MCV – 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – 10,8x10⁹/л, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-желтый цвет, PH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.

Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребенка.
5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребенка в 1 год.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Диагноз: Атопический дерматит, младенческая форма, легкой степени тяжести, период неполной ремиссии. Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%).

2. Атопический дерматит поставлен на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приемом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов. Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии.

3. Рекомендации: а) режим 5; б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребенка; в) регулярное закаливание ребенка; г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5), д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.

4. План наблюдения на год: а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов; б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока; в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет; г) профилактика ОРВИ.

5. Если в анамнезе нет указаний на аллергическую реакцию немедленного типа на белок куриного яйца и аминокликозиды. Ребенок относится к группе риска на поствакцинальные осложнения, в период вакцинации - гипоаллергенная диета, профилактика ОРВИ, антигистаминные препараты, контроль реакции первые 30 минут. Реакция Манту в 1 г., через 72 часа вакцинировать от краснухи, кори, эпидемического паротита.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 3.

Больная С. 11 лет осмотрена врачом-педиатром участковым на дому с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, сегодня лекарственные средства не принимали.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путем кесарева сечения. Асфиксия 1 степени. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила прием препарата около 3 месяцев назад. В период приема ингаляционных кортикостероидов (ИКС) отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции Сальбутамола (со слов мамы). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы

удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла Дитек, Сальбутамол, Эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД - 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС - более 120, АД -130/90 мм рт. ст.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Представьте тактику неотложной терапии.
3. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии.
4. Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение. Приступный период.
2. Высокие дозы ингаляционных β_2 -агонистов и антихолинэргических препаратов через небулайзер каждые 20 минут в течение часа, ГКС в ингаляциях - Будесонид.
3. Комбинированные лекарственные препараты: Будесонид + Формотерол или Флутиказон + Сальметерол.
4. Не рекомендуется использовать при приступе БА у детей: антигистаминные препараты, седативные препараты, фитопрепараты, горчичники, банки, муколитики (трипсин, химотрипсин).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 4.

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье, молоко, цитрусовые). Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребёнку после стихания обострения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма, период обострения.
2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребенка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребенка.
3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулинов Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.
4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.
5. Да, данный ребенок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 5.

Мальчик 4 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. С 2 лет, после поступления в детский сад, стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год) с субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировала бригада врачей скорой помощи внутривенным введением преднизолона 60 мг, 2,4% раствора эуфиллина 3 мл. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу рыбы, шоколада, цитрусовых, красных яблок.

Семейный анамнез: у деда по отцовской линии – аллергический ринит, у матери - экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 37,8°C отмечались сухой кашель, насморк. В связи с появлением одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД - 38 в 1 минуту. Слизистая зева слегка гиперемирована, зернистая. Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются диффузные свистящие сухие и редкие разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС - 120 уд/мин.

Общий Ig E крови: 620 МЕ/мл

Общий анализ крови: Нb-124 г/л. Эр- $4,6 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 51%, э-8%, л-28%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, прозрачность - полная, относительная плотность

- 1,018, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка и его обогащение в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Показана ли аденэктомия данному ребенку.
3. Назначьте лечение пациенту.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза (рецидивирование обструктивного синдрома), типичных клинических симптомов (экспираторная одышка), перкуторной и аускультативной симптоматики, эозинофилии в гемограмме, гипериммуноглобулинемия, а также типичной рентгенологической картины поставлен диагноз: бронхиальная астма, атопическая, легкая интермиттирующая, период обострения, ДН II. Гипертрофия аденоидов II-III степени.
2. Показана, если будет не эффективна консервативная терапия.
3. Рекомендуются назначить эrespал внутрь, интраназально виброцил, ингаляционно бета2-адреномиметик (вентолин), лазолван, ИКС – пульмикорт, затем топический гормон. Возможно использование в комплексном лечении лазеротерапии. Базисная терапия – сингуляр, назонекс.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача б.

К врачу-педиатру участковому обратилась мама с ребенком 12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него.

Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкие бесцветные выделения из обеих половин носа. Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными.

Объективно: носовое дыхание затруднено. Передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки. После введения в полость носа каплей 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, отечность слизистой оболочки уменьшилась.

Ребенку проведен общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 10%, нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ – 11 мм/час. Риноцитограмма: эозинофилы – 15%.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Аллергический ринит, интермиттирующая форма. Легкая степень тяжести.
2. Острый ринит, эозинофильный ринит, вазомоторный ринит, вирусный ринит.
3. Диагноз «аллергический ринит» установлен на основании: анамнеза (обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными, кратковременное улучшение на фоне сосудосуживающих капель); жалоб (приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него); осмотра (передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки, после

введения в полость носа каплей 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, набухлость слизистой оболочки уменьшилась); лабораторного обследования (эозинофилия 10% в ОАК и 15% в риноцитограмме). Интермиттирующая форма установлена на основании того, что данные жалобы наблюдаются менее 4 дней в неделю и менее 4 недель в год. Степень тяжести установлена на основании того, что нет нарушения состояния пациента.

4. Исключить контакт с животными. Интраназальные глюкокортикостероиды. Антигистаминные препараты 2 поколения. Барьерная профилактика (Назалев, Аквамарис сенс, Превалин).

5. Общий и специфический IgE. Кожные скарификационные пробы. Консультация врача аллерголога-иммунолога.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 7.

Оля, 12 лет, из социально неблагополучной семьи. В 9 лет был поставлен диагноз аллергический бронхит. Лечение: сальбутамол при затрудненном дыхании, эпизодически диазолин. Последний месяц находилась в местном детском санатории, где получала пульмикорт. Жалобы на частый непродуктивный кашель, затрудненное дыхание, которые возникают практически ежедневно (особенно при физической нагрузке) и каждую ночь.

Данные объективного осмотра: кожные покровы бледные, чистые. Слизистая зева не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание проводится по всем полям, выдох удлиннен, по всем полям рассеянные сухие свистящие хрипы. Число дыханий 24 в минуту. Тоны сердца звучные. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, регулярный.

ФВД: ЖЕЛ-82%, ОФВ₁- 57%, МОС₂₅-53%, МОС₅₀- 49%, МОС₇₅- 48%.

Проба с сальбутамолом: ЖЕЛ-89%, ОФВ₁- 77%, МОС₂₅-71%, МОС₅₀- 64%, МОС₇₅- 52%

Рентгенограмма грудной клетки: резко повышена прозрачность легочных полей, уплощение купола диафрагмы, усиление и деформация бронхолегочного рисунка. Синусы свободны. Очаговых теней нет.

Общий Ig E крови: 1860 МЕ/мл

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените ФВД.
3. Назначьте лечение, в т.ч. базисную терапию.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза, типичных клинических симптомов (экспираторной одышки, симптомов дыхательной недостаточности), перкуторной и аускультативной симптоматики, а также типичной рентгенологической картины поставлен диагноз: Бронхиальная астма, вероятно атопическая, тяжелая, период обострения, ДНII.

2. Нарушение ФВД по обструктивному типу, положительная проба с бронхолитиком.

3. Ингаляционно бета2-адреномиметик (беротек), ИКС – пульмикорт. Базисная терапия – ИКС в комбинации с пролонгированными β₂-агонистами. Возможно рассмотреть вопрос о назначении ксолара.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 8.

Мальчик, 10 лет, предъявляет жалобы на затрудненное дыхание, навязчивый непродуктивный кашель. Симптомы появились во время прогулки в весеннем лесу.

Ребенок рожден от 1-й беременности на 30-й недели беременности весом 1800 г. В течение двух суток находился на ИВЛ. С рождения находился на искусственном вскармливании. С 3-х месяцев отмечались проявления атопического диатеза. С 6 месяцев часто болеет

респираторными заболеваниями, протекающими с обструктивным бронхитом на фоне нормальной температуры тела. Эпизоды обструкции повторяются практически ежемесячно. Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Носовое дыхание затруднено, выделяемого нет. Грудная клетка в экспираторном положении. Дыхание шумное, выдох удлиненный, затрудненный. Число дыханий 38 в минуту. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца удовлетворительной звучности. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, край гладкий, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный.

Общий анализ крови: Нв-108 г/л. Эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 61%, э - 9%, л - 26%, м - 3%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 120,0 мл, относительная плотность - 1,019, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

ФВД: ЖЕЛ-88%, ОФВ₁- 58%, МОС₂₅-47%, МОС₅₀ - 40%, МОС₇₅ - 37%.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
3. Каков наиболее вероятный причинный аллерген у данного больного?
4. Назначьте лечение пациенту.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза (аллергических изменений со стороны кожи, ежемесячное рецидивирование обструктивного синдрома), типичных клинических симптомов (экспираторная одышка), перкуторной и аускультативной симптоматики, эозинофилии в гемограмме, а также нарушение ФВД по обструктивному типу поставлен диагноз: Бронхиальная астма, вероятно атопическая, легкая персистирующая, период обострения, ДН III. Аллергический ринит, период обострения.

2. Ребенку необходимо назначить: соскоб на энтеробиоз, кал на яйца глистов, биохимическое исследование сыворотки крови (глюкоза, общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, АСТ, ЛДГ), микроскопия и посев мокроты, ЭКГ, КОС, УЗИ ГПДЗ, рентгенографию органов грудной клетки и придаточных пазух носа, общий и специфические IgE, определение антител к хламидиям, глистам, грибам. В периоде ремиссии постановка кожных проб с аллергенами.

3. Наиболее вероятный причинный аллерген – пыльца растений, поскольку приступ развился в лесу.

4. Рекомендуется назначить оксигенотерапию, ингаляционно бета2-адреномиметик (беротек), ИКС – пульмикорт, антигистаминные препараты 2 поколения, интраназально аллергодил, затем топический гормон. В случае отсутствия положительного эффекта, начать инфузионную терапию с введением глюкокортикоидов, эуфиллина. Базисная терапия – пульмикорт.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 9.

Девочка 6 лет. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, на тыльной поверхности кожи стоп – лихенификация. Язык "географический", заеды в углах рта. Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД - 34 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой средне- ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -96 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: Нв-118 г/л. Эр- $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких малоструктурны. Легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо включить в план обследования.
3. Назначьте лечение пациенту.
4. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении после выздоровления.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. На основании анамнеза, типичных клинических симптомов (экспираторной одышки, аллергических изменений со стороны кожи), перкуторной и аускультативной симптоматики, эозинофилии в гемограмме, а также типичной рентгенологической картины поставлен диагноз: Бронхиальная астма, атопическая, легкая интермиттирующая, период обострения, ДН_{II}. Атопический дерматит, стадия неполной ремиссии, детская форма, распространенный, легкое течение.

2. Ребенку необходимо провести: общий анализ крови, мочи, соскоб на энтеробиоз, кал на яйца глистов, биохимическое исследование сыворотки крови (глюкоза, общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид, АСТ, ЛДГ), микроскопия и посев мокроты, исследование показателей внешнего дыхания, ЭКГ, КОС, УЗИ ГПДЗ, общий и специфические IgE, определение антител к хламидиям, глистам, грибам.

3. Оксигенотерапия, бронхо- и муколитическая терапия (ингаляции с помощью небулайзера раствора беродуала, лазолвана), противовоспалительная терапия (ингаляции пульмикорта), антигистаминные препараты 2 поколения, симптоматическая терапия, средства по уходу за атопической кожей.

4. Диспансерное наблюдение в поликлинике до 18 лет с проведением коррекции базисной терапии (кромогексал или сингуляр, зиртек, средства по уходу за атопической кожей).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 10.

Мать с ребенком 3,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С раннего возраста страдает атопическим дерматитом. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма. С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3 летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3–4 раза в год на фоне

острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки. При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура 36,7 °С. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, сухая, легкий цианоз носогубного треугольника. На коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области подколенных ямок и локтевых суставов имеются участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулезные элементы, следы расчесов. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в легких проводится во все отделы, жесткое, с удлиненным выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 120 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозу лекарственного препарата и путь доставки.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма атопическая, легкое персистирующее течение, обострение. Атопический дерматит, детский, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, ограниченный, легкий.

2. Диагноз «бронхиальная астма» установлен на основании жалоб больного на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку; клинко-анамнестических данных о возникновении приступов бронхообструкции при контакте с аллергенами и воздействии неспецифических триггеров, о признаках бронхообструкции при осмотре (приступообразный кашель спастического характера, экспираторная одышка, дистантные хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое дыхание с удлиненным выдохом, масса сухих свистящих и единичные влажные хрипы в легких), о наличии признаков дыхательной недостаточности (одышка с участием вспомогательной мускулатуры, цианоз носогубного треугольника, снижено соотношение ЧСС и ЧД). Диагноз «атопический дерматит» установлен на основании клинко-анамнестических данных: в анамнезе имеются указания на наличие атопического дерматита с раннего возраста, при осмотре выявлены изменения кожи – сухость, в области подколенных ямок и локтевых сгибов участки гиперемии, лихенификации кожи, единичные папулезные элементы, следы расчесов).

3. Рекомендуется: исследование уровня специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови (к пищевым, бытовым, эпидермальным аллергенам) для выявления сенсibilизации к определенным видам аллергенов и составления рекомендаций по их элиминации; оценка воспаления дыхательных путей (уровень оксида азота в выдыхаемом воздухе, эозинофилы в мокроте) – для подтверждения эозинофильного воспаления дыхательных путей; определение сатурации O₂ – для оценки степени тяжести дыхательной недостаточности.

4. Короткодействующий β₂-агонист (Сальбутамол) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или через небулайзер (100 мкг на ингаляцию от 2 до 4 раз или 1 мл раствора для небулайзера+2 мл 0,9% р-ра Натрия хлорида). Возможно использование

комбинированного препарата (Фенотерол+Ипратропия бромид) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или через небулайзер (10 капель раствора для небулайзера+2 мл 0,9% р-ра Натрия хлорида).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 11.

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 10 лет появился приступ удушья - затрудненное дыхание, кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что больной в течение 4 последних лет наблюдается с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое персистирующее течение, контролируемая. Получает базисную терапию – Серетид. В течение последних 10 дней базисная терапия не проводилась. Накануне (вчера вечером) развился приступ удушья. Применение Сальбутамола (2-кратно с перерывом в 4 часа) дало кратковременный эффект. Из анамнеза жизни: в раннем возрасте у ребенка были проявления атопического дерматита, у матери ребенка - рецидивирующая крапивница.

Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное синдромом дыхательной недостаточности. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 60% от нормы. Сознание ясное. Кожа бледная, температура тела – 36°C. Дистантные хрипы. Вынужденное положение – ортопноэ. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 30 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук; аускультативно дыхание ослаблено, в нижних отделах не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ритмичные. ЧСС – 120 в минуту. АД – 110/50 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный, печень увеличена на 1 см. Селезенка не увеличена.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите критерии и необходимость госпитализации в данной клинической ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое персистирующее течение, приступный период – обострение средней степени тяжести, ДН 2 степени.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента: приступ удушья на фоне нормальной температуры тела; анамнеза: отягощенный аллергологический анамнез, ранее установленный диагноз «бронхиальная астма»; прекращение накануне за 10 дней базисной терапии; данных объективного исследования: снижение ПСВ до 60%, синдром дыхательной недостаточности 2 степени – бледность кожного покрова, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности легочной ткани: ортопноэ, коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.
3. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи: β₂-агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 2 мл на ингаляцию; или комбинированные β₂-агонисты короткого действия – Фенотерол + Ипратропия бромид ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчёта 10-15 капель на одну ингаляцию. Оценить эффективность терапии через каждые 20 минут в течение 1 часа на основании: цвета кожного покрова, частоты дыхания, улучшения проведения дыхания при аускультации, повышения показателя ПСВ. Решить вопрос о необходимости госпитализации.
4. Госпитализация не показана, если: через 20-30 минут и в течение 1 часа наблюдения за ребенком отмечен положительный эффект от бронхолитической терапии; есть возможность в домашних условиях проводить лечение (наличие небулайзера, аэрозольного ингалятора со

спейсером для β_2 -агонистов); исходно у пациента – контролируемое течение астмы, отсутствие применения системных ГКС, положительный эффект от применения β_2 -агонистов короткого действия (Сальбутамола) перед вызовом врача; хорошая приверженность к проведению лечения со стороны законных представителей ребенка.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 12.

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу- педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.)

Ребенок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется.

Ребенок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.
4. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, тяжелой степени, неконтролируемая, постприступный период.
2. Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом. Частота текущих консультаций при тяжелом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год. Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаинс). Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребенка на КЭК. Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребенком лекарственных препаратов. Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитогаммы и цитологии мокроты. Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии. Вакцинация детей с тяжелой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии, иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки.

Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы. Рекомендации и определение адекватной переносимой физической нагрузки, возможно, совместно с врачом ЛФК. Обучение пациентов самостоятельному контролю заболевания. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля 1-2 раза в год.

3. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую. Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, цитрусовых, меда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника. ЛФК. Респираторная терапия (дыхательные тренажеры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж). Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год. Иглорефлексотерапия. Физиотерапия (лазеротерапия, магнитотерапия, спелеотерапия). Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля. Психотерапия. Ведения «дневника самоконтроля». Образовательные программы (астма-школы).

4. В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные игкс (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид +Формотерол, способ доставки турбухалер). При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 13.

У девочки 12 лет 2 ч назад после употребления в пищу шоколада с орехами появился сильный зуд кожи, генерализованные уртикарные высыпания, отек век и верхней губы, кистей рук. Родилась в срок, без асфиксии. С двухмесячного возраста была переведена на искусственное вскармливание. В грудном возрасте отмечены кожные проявления аллергического диатеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Изредка болела простудными заболеваниями. В дальнейшем никаких проявлений аллергического дерматоза не было. У отца девочки — бронхиальная астма. Больная госпитализирована.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Предложите схему лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Крапивница, ангионевротический отек (Квинке).
2. Данный случай — типичный вариант аллергической реакции немедленного типа, развившийся вскоре после употребления в пищу высокоаллергенных продуктов (шоколад, орехи). Уртикарный характер сыпи (розовые зудящие папулезные элементы с тенденцией к слиянию) свидетельствует о крапивнице. Отечность кистей рук, совпадающая по времени с появлением сыпи, свидетельствует о развитии у ребенка ангионевротического отека с типичной локализацией (лицо, кисти) по типу Квинке, характерного для аллергической реакции немедленного типа. Об аллергической природе этого состояния свидетельствует и анамнез: дерматоз в грудном возрасте и отягощенная наследственность (отец девочки болен бронхиальной астмой).
3. Лечение. Неотложные мероприятия включают назначение солевого слабительного и очистительной клизмы для выведения антигенов из организма ребенка с последующим назначением адсорбента (активированный уголь по 0,5 г 4 раза в день). Одновременно парентерально вводят антигистаминные препараты (1 мл 2 % раствора супрастина внутримышечно). После стихания клинических проявлений — кларитин. Целесообразно ввести внутривенно 4 мл 10 % раствора хлорида кальция. В последующие дни ребенку назначают внутрь глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день. При нарастающей интоксикации

проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию — гемодез, 10 мл/(кг•сут). При неэффективности указанной терапии назначают преднизолон, 1-2 мг/(кг•сут). Местно, для уменьшения зуда, 1 % спиртовой раствор ментола.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 14.

Ребенок 6 месяцев, жалобы на высыпания на коже. Из анамнеза известно: ребенок от 1 беременности, протекавшей с признаками токсикоза 1 половины. До 3-х месяцев вскармливание грудное. Впервые высыпания на коже появились на 1 месяце жизни, после употребления матерью сгущенного молока и грецких орехов (с целью усиления лактации). С 3 месячного возраста ребенок на искусственном вскармливании, получал смесь «Малютка», затем НАН гипоаллергенный. Кожные высыпания периодически, усиливаются к вечеру. После введения прикормов – морковное пюре и тыквенное пюре, высыпания усилились. Получал лечение: фенистил-гель, бепантен крем, фенистил капли внутрь 10 дней.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. На коже лица, туловища и конечностей большое количество очагов сухости с гиперемией и шелушением, папулезные элементы, на волосистой части головы «молочный струп», яркая гиперемия щек и ягодиц. Голова округлой формы, потертость затылка. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие ритмичные. Живот мягкий, стул и диурез в норме.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие смеси рекомендованы ребенку?
3. План введения прикорма.
4. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Атопический дерматит, распространенная младенческая форма, период обострения.
2. Смеси на основе гидролизата белка коровьего молока: «Алфаре – аллерджи», «Неокейт».
3. Безмолочная диета, исключить говядину, кисломолочные продукты, морковь, тыкву, персики, абрикосы.
4. Для купирования обострения: ГКС наружно (крем метилпреднизолонаацепонат 1 раз в день) 10 дней, далее пимекролимус 1-2 раза в день длительно. Антигистаминные капли внутрь (цетиризин по 5 капель 1 раз в день) 1 месяц. Использование на кожу эмолентов («Липикар – бальзам», «Мустелла», «Урьяж», «Атодерм», «Дардиа») ежедневно, длительно.

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 15.

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затрудненное дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребенок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приемом аллергенных пищевых продуктов отчетливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, легкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлиненным выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над легкими – коробочный звук.

Аускультативно дыхание в легких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая средней степени тяжести, приступный период, ДН 2 степени.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб пациента: быстро развившийся приступ затрудненного дыхания на фоне нормальной температуры тела, связанный с цветением растений. Анамнеза: частые обструктивные состояния на 2 и 3 году жизни, ежемесячные приступы затрудненного дыхания, отягощенный аллергологический, наследственный анамнез. Данных объективного исследования: синдром дыхательной недостаточности 2 степени - легкий цианоз носогубного треугольника, экспираторная одышка, увеличение ЧД до 50%, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, дистантные хрипы, физикальные признаки повышенной воздушности легочной ткани: коробочный звук, ослабление дыхания диффузное.
3. В данной ситуации необходимо оказание неотложной помощи: β_2 -агонисты короткого действия - Сальбутамол с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера 1,0 – 2,5 мл на ингаляцию; или комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – Беродуал (Фенотерол + Ипратропия бромид) ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчета 1 капля на кг массы тела, но не более 10 капель; - оценить состояние и решить вопрос о необходимости госпитализации. Обоснование для госпитализации: возраст пациента, тяжесть состояния, обусловленная синдромом ДН 2 степени, невозможность продолжения плановой терапии в домашних условиях. Госпитализация пациента согласно установленной маршрутизации - в педиатрическое отделение или специализированное пульмонологическое отделение стационара. В условиях стационара необходимо провести: ОАК (лейкоцитоз, изменение формулы крови, повышение СОЭ); Rg-логическое исследование органов грудной клетки (исключение пневмонического процесса). В условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения после выписки из стационара при купировании острого приступного периода необходимо провести: аллергологическое обследование – кожные пробы с аллергенами, исследование общего и специфического IgE в сыворотке крови; исследование функции внешнего дыхания не возможно ввиду малого возраста ребенка.
4. Противовоспалительная терапия: Ингаляционные ГКС (будесонид) через небулайзер каждые 12 часов; Бронхолитическая терапия: комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – Беродуал ингаляционно через небулайзер каждые 4-6 часов из расчета 1 капля/кг массы, но не более 10 капель. При отсутствии эффекта: Системные ГКС (преднизолон 2 мг/кг в/в струйно) при необходимости - повторить; Метилксантины - Эуфиллин 2,4% раствор внутривенно из расчета 4-6 мг/кг, или 0,5-1 мг/кг/час. Критерии эффективности каждого этапа терапии через 20 минут: цвет кожного покрова, частота дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, проводимость дыхания при аускультации; показатели оксигемоглобина (сатурация%).

Компетенция: ПК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1

Задача 16.

Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл. Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное. Гипотрофия, отставание в нервно-психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?
2. План обследования.
3. Возможности иммунологической коррекции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Синдром гиперпродукции IgE.
2. Иммунограмма в динамике.
3. Заместительная иммунотерапия иммуноглобулинами для внутривенного введения, пожизненно.

Критерии оценивания тестовых заданий и пересчет полученных результатов в 5-балльную систему:

- «Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста
- «Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста
- «Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста
- «Неудовлетворительно» - количество положительных ответов 70% и менее максимального балла теста

Оценивание заданий закрытого типа с одним правильным ответом: Выбран правильный ответ - 1 балл. Неправильный ответ - 0 баллов.

Критерии по оценке письменных и устных ответов обучающихся. С целью контроля и подготовки обучающихся к изучению новой темы в начале каждого занятия педагогическим работником проводится устный опрос по выполненным заданиям предыдущей темы.

Критерии оценки:

правильность ответа по содержанию задания (учитывается количество и характер ошибок при ответе);

полнота и глубина ответа (учитывается количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

осознанность ответа (учитывается понимание излагаемого материала);

логика изложения материала (учитывается умение строить целостный, последовательный рассказ, грамотно пользоваться специальной терминологией);

рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи (учитывается умение использовать наиболее прогрессивные и эффективные способы достижения цели);

своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе (учитывается способность грамотно и с пользой применять наглядность и демонстрационный опыт при устном ответе);

использование дополнительного материала;

рациональность использования времени, отведенного на задание (не одобряется затянутость устного ответа во времени).

Оценка «отлично» выставляется, если обучающийся:

полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; демонстрирует понимание материала, может обосновать свои суждения,

применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

излагает материал последовательно и правильно.

Оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «отлично», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует знание и понимание основных положений данного задания, но:

излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся демонстрирует незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «неудовлетворительно» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФГБОУ ВО
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Дисциплина «Особенности профильной патологии в детском возрасте»
Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология

Билет к зачёту No 1

Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1:

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный прием к врачу- педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. (Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.)

Ребенок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объем форсированной ЖЕЛ за 1 сек. – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на легочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется.

Ребенок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β_2 -адреномиметики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Составьте план диспансерного наблюдения.
3. Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребенком.
4. Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребенку, назовите способ доставки препаратов?

Зав. кафедрой _____ Леднева В.С. « ____ » _____ 202 ____ г.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФГБОУ ВО
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Дисциплина «Особенности профильной патологии в детском возрасте»
Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология

Билет к зачёту No 2

Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1:

К врачу-педиатру участковому обратилась мама с ребенком 12 лет с жалобами на приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из него.

Болеет 3 года, ранее обращалась к врачу, который рекомендовал капать в нос раствор Називина. После введения капель состояние улучшилось, однако затем без видимой причины вновь возникали приступы чихания, слезотечение, нарушение носового дыхания и жидкие бесцветные выделения из обеих половин носа. Обострения болезни нередко возникают при нахождении в одном помещении с домашними животными.

Объективно: носовое дыхание затруднено. Передние отделы носовой полости заполнены водянистым секретом, слизистая оболочка набухшая, цианотична, местами на ней видны сизые и бледные участки. После введения в полость носа каплей 0,1% раствора Називина носовое дыхание улучшилось, отечность слизистой оболочки уменьшилась.

Ребенку проведен общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 10%, нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, СОЭ – 11 мм/час. Риноцитограмма: эозинофилы – 15%.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план лечения пациента.
5. Составьте план обследования пациента.

Зав. кафедрой _____ Леднева В.С. « ___ » _____ 202 ___ г.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФГБОУ ВО
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Дисциплина «Особенности профильной патологии в детском возрасте»
Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология

Билет к зачёту No 3

Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1:

В детскую поликлинику в отделение оказания неотложной педиатрии поступил вызов: у мальчика 3,5 лет появилось затрудненное дыхание, сильный нарастающий кашель.

При посещении ребенка на дому дежурным врачом-педиатром отделения было выяснено, что данные признаки появились внезапно на фоне нормальной температуры тела с появления сухого приступообразного кашля и затем затруднения дыхания.

Из анамнеза заболевания установлено следующее: на 2 и 3 году жизни ребенок до 3 раз в год переносил острый обструктивный бронхит, по поводу чего лечение проводилось в стационаре. За последний год приступы удушья возникают ежемесячно, провоцируются физической нагрузкой и затем самостоятельно купируются. Связь с приемом аллергенных пищевых продуктов отчетливо не прослеживается. Данное состояние развернулось в период цветения растений.

Наследственный анамнез: у матери мальчика хроническая экзема.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела 36,6 °С. Бледность, легкий цианоз носогубного треугольника. Слышны дистантные хрипы, дыхание через нос затруднено, одышка с удлиненным выдохом до 40 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Кожа бледная, слизистые чистые. Перкуторно над легкими – коробочный звук. Аускультативно дыхание в легких ослаблено диффузно, рассеянные сухие свистящие хрипы, преимущественно на выдохе. Тоны сердца ритмичные, средней громкости. ЧСС – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 1 см.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика и обоснование действий врача-педиатра отделения неотложной помощи в данной клинической ситуации.
4. Назовите виды медикаментозной терапии купирования синдрома бронхиальной обструкции на госпитальном этапе для данного пациента и критерии эффективности терапии.

Зав. кафедрой _____ Леднева В.С. « ___ » _____ 202 __ г.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФГБОУ ВО
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Дисциплина «Особенности профильной патологии в детском возрасте»
Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология

Билет к зачёту No 4

Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1:

Девочка 6 лет. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела 36,7°C. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, на тыльной поверхности кожи стоп – лихенификация. Язык "географический", заеды в углах рта. Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД - 34 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой средне- ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -96 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: Нв-118 г/л. Эр- $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $5,8 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких малоструктурны. Легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо включить в план обследования.
3. Назначьте лечение пациенту.
4. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении после выздоровления.

Зав. кафедрой _____ Леднева В.С. « ___ » _____ 202 ___ г.

Билеты для промежуточной аттестации

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФГБОУ ВО
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Кафедра факультетской и паллиативной педиатрии
Дисциплина «Особенности профильной патологии в детском возрасте»
Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология

Билет к зачёту No 5

Задача для проверки уровня сформированности деятельностного и мотивационного компонента компетенции (ВЛАДЕТЬ) УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ПК-1:

Мальчик Витя И. 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на кашель, затрудненное дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребенка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котенком, которого взяли в дом две недели назад. Мама самостоятельно давала ребенку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затрудненное дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой помощи. Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приемном отделении: состояние тяжелое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5 °С. Ребенок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO₂ - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межреберных промежутков, над- и подключичных впадинах. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации легких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии легких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 132 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - 8,1.10⁹/л, эозинофилы — 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - 4,3.10¹²/л.

ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите и обоснуйте тактику неотложных мероприятий.
4. Проведите оценку эффективности неотложной терапии и определите показания к госпитализации данного пациента.

Зав. кафедрой _____ Леднева В.С. « ___ » _____ 202 ___ г.