

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.02.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Аллергодерматозы у детей»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра педиатрии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой педиатрии «27» июня 2018 г. (протокол №12/1)

Заведующий кафедрой Я.Ю. Иллек

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета О.Н. Любезнова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

заведующий кафедрой педиатрии
Кировского ГМУ, д.м.н., профессор Я.Ю. Иллек

к.м.н., доцент кафедры педиатрии Е.Ю. Тарасова

к.м.н., доцент кафедры педиатрии И.Ю. Мищенко

Рецензенты

Заведующий кафедрой детской хирургии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор М.П. Разин

Заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней ФГБОУ ВО "Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера", д.м.н., профессор Н.А. Аверьянова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	5
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	6
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	6
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами/практиками/ГИА	6
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	6
3.4. Тематический план лекций	7
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	7
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	7
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	8
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	8
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	8
4.2.1. Основная литература	8
4.2.2. Дополнительная литература	8
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	9
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	9
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	9
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	10
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	11
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	12

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля):

формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

Задачи изучения дисциплины: диагностика заболеваний и патологических состояний у детей; диагностика неотложных состояний; участие в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; применение основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях; формирование базовых знаний в области детской аллергологии.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Аллергодерматозы у детей» относится к блоку Б 1. Дисциплины вариативной части, дисциплины по выбору.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины, формируются при изучении дисциплин: «Общий уход за больными», «Пропедевтика детских болезней», «Факультетская педиатрия, эндокринология», «Госпитальная педиатрия», «Поликлиническая и неотложная педиатрия», «Дерматовенерология».

Знания, полученные в ходе освоения дисциплины, необходимы для прохождения ГИА.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);

физические лица - родители (законные представители) детей;

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:
медицинская.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ОК-1	способностью к	32. Основные методы сбора	У2. Анализировать,	В2. Культурой	Собеседование	Тестовые задания

		абстрактному мышлению, анализу, синтезу	и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения.	обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению.	мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения.	по ситуационным задачам, реферат.	
2	ОПК-9	способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	32. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма.	У2. Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	В2. Методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ.	Собеседование по ситуационным задачам, реферат.	Тестовые задания
3	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование по ситуационным задачам, реферат.	Тестовые задания

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единиц, 72 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 11

1	2	3
Контактная работа (всего)	48	48
в том числе:		
Лекции (Л)	12	12
Практические занятия (ПЗ)	36	36
Семинары (С)		
Лабораторные занятия (ЛР)		
Самостоятельная работа (всего)	24	24
В том числе:		
- Реферат	4	4
- Другие виды самостоятельной работы:		
Работа с историями болезни	10	10
Подготовка к занятиям	6	6
Подготовка к текущему контролю	2	2
Подготовка к промежуточному контролю	2	2
Вид промежуточной аттестации	Зачет	зачёт
Общая трудоемкость (часы)	72	72
Зачетные единицы	2	2

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела(темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-1, ОПК-9 ПК-8	«Аллергодерматозы»	1. Аллергия и аллергические заболевания. 2. Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. 3. Атопический дерматит. Диагностика и лечение. 4. Контактный дерматит. 5. Острые токсико-аллергические реакции. 6. Крапивница. 7. Синдром гипериммуноглобулинемии Е. 8. Дифференциальная диагностика аллергодерматозов.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами/практиками/ГИА

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин/практик/ГИА	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин/практик/ГИА	
		1	2
1	Государственная итоговая аттестация		+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)		Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2		3	4	5	6	7	8
1	«Аллергодерматозы»		12	36			24	72
	Вид промежуточной аттестации:	зачет						зачёт
	Итого:		12	36			24	72

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоёмкость (час)
				№ 11 сем.
1	2	3	4	5
1	1	Аллергия и аллергические заболевания	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и прогноз АД.	6
2	1	Крапивница	Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и прогноз при крапивнице.	6
Итого:				12

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоёмкость (час)
				№ 11 сем.
1	2	3	4	5
1	1	Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина.	Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина атопического дерматита	6
2	1	Атопический дерматит. Диагностика и лечение.	Диагностика и лечение атопического дерматита	6
3	1	Контактный дерматит.	Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение при контактном дерматите	6
4	1	Острые токсико-аллергические реакции.	Этиология, патогенез, клиническая картина, неотложная помощь при острых токсико-аллергических реакциях	6
5	1	Синдром гипериммуноглобулинемии Е.	Этиология, патогенез, клиническая картина при синдроме гипериммуноглобулинемии Е.	6
6	1	Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Зачётное занятие	Дифференциальная диагностика аллергодерматозов. Тестирование	4 2
Итого:				36

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	11	«Аллергодерматозы»	Работа с историями болезни	10
2			Написание реферата	4
3			Подготовка к занятиям	6
4			Подготовка к текущему контролю	2
5			Подготовка к промежуточному контролю	2
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				24

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

- методические указания для студентов по самостоятельной аудиторной работе по дисциплине «Аллергодерматозы»
- методические указания для студентов по самостоятельной внеаудиторной работе по дисциплине «Аллергодерматозы»
- учебное пособие для студентов «Диагностика и лечение атопического дерматита у детей» Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт. 2009г.
- учебное пособие для студентов «Атопический дерматит у детей раннего возраста» Иллек Я.Ю., Леушина Н.П., Тарасова Е.Ю. 2004г.
- учебное пособие для студентов «Атопический дерматит у детей раннего возраста» Леушина Н.П., Тарасова Е.Ю., 2009г.

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н. П.	2009 СПб: Питер	45	Нет
3	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013 «ГЭОТАР-Медиа»	1	+ ЭБС Консультант студента

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	нет

2	«Атопический дерматит у детей раннего возраста»	Леушина Н.П., Тарасова Е.Ю.,	2009 Киров	80	нет
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атопический дерматит у детей раннего возраста»	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, А. В. Галанина	Киров, 2007, 2008	15	ЭБС Кировского ГМУ

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

<http://www.pediatr-russia.ru/>.

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:

презентации, слайд-лекции, видео - лекции.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор MicrosoftOffice (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор MicrosoftOffice (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор MicrosoftOffice (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус KasperskyEndpointSecurity для бизнеса – Стандартный RussianEdition. 100-149 Node 1 yearEducationalRenewalLicense от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – каб. № 1 (ДОКБ)
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 4 (поликлиника ДОКБ)
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. №3 (поликлиника ДОКБ)
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. №1 (поликлиника ДОКБ)
- помещения для самостоятельной работы – корп. №3 -414, КГМУ ; читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса, 137 (1 корпус).
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. №2 (поликлиника ДОКБ).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по обследованию больного с аллергопатологией.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей). Преподавание дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Аллергия и аллергические заболевания» и «Крапивница». На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении темы: «Аллергия и аллергические заболевания». Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонировав мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области детской аллергологии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся проводят как в устном, так и в письменном виде, а также в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней, составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам: «Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика и лечение», «Синдром гипериммуноглобулинемии Е», «Острые токсико-аллергические реакции».

- семинар-дискуссия по теме «Дифференциальная диагностика аллергодерматозов».

- учебно-ролевая игра по теме «Контактный дерматит».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Аллергодерматозы» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, подготовку к текущему контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Аллергодерматозы» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют истории болезни, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, первичного осмотра больного способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, выполнения контрольных работ, рефератов.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы,

методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Кафедра педиатрии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ У ДЕТЕЙ»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Раздел 1. Аллергодерматозы.

Тема 1.1: «Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина».

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину, современные подходы к диагностике и лечению атопического дерматита (АтД).

Задачи:

Рассмотреть основные патогенетические механизмы, запускающие и поддерживающие хроническое течение АтД; основные диагностические критерии атопического дерматита и дополнительные симптомы; цели наружной терапии; вопросы иммунореабилитации и профилактики.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику с другими дерматозами.

Изучить особенности локализации АтД при разных возрастных формах, уметь использовать результаты иммунограммы и правильно назначать патогенетическую и иммуносупрессивную терапию, особенности наружной терапии и системной фармакотерапии.

Студент должен знать:

до изучения темы (базисные знания):

- 1) Строение и функции кожных покровов. Этиология аллергических заболеваний. Механизм
- 2) реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов. Основные методы
- 3) обследования пациентов страдающих аллергическими заболеваниями. Основные методы
- 4) лечения и профилактики аллергических заболеваний

после изучения темы:

- 5) Определения АтД. Этиологические факторы, патогенез, клиническую картину,
- 6) дифференциальный диагноз, лечение и профилактику АтД. Особенности наружной терапии при атопическом дерматите.

Студент должен уметь:

Поставить и обосновать диагноз АтД, провести дифференциальную диагностику и составить программу лечения и профилактики. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Студент должен владеть:

Навыками проведения обследования больного с АтД, выявить жалобы на пастозность, кожную сыпь, шелушение кожи, опрелости, гнейс, зуд, расчёсы на коже.

При осмотре определить характерные признаки заболевания.

При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (эозинофилию в

общем анализе крови), уровень общего и специфического иммуноглобулина Е, данные иммунологических исследований.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Дать определение АтД.
2. Основные факторы риска развития АтД.
3. Роль клеток Лангерганса в развитии АтД.
4. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД.
6. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.
7. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете.
 8. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД.
 9. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете.
 10. Как используют топические стероиды в лечении АтД.
11. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий: клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

Больная Ч. 12 лет. Жалобы на постоянный зуд кожи, высыпания, раздражительность, вспыльчивость, плаксивость, нарушение сна, головные боли, повышенную утомляемость, снижение настроения.

Из анамнеза: бабушка страдала экземой. У тети бронхиальная астма. Родилась первым ребенком, в срок. Со слов матери, беременность и роды протекали без осложнений. С пяти месяцев находилась на искусственном вскармливании – почти сразу появились высыпания на коже. Наблюдалась дерматологами. Были длительные периоды относительного благополучия, когда оставался ограниченный дерматит (в области локтевых суставов, кистей). Летом всегда улучшение, обострение в сентябре—октябре. С 6 лет в мае появились явления ринита. Отмечалось обострение дерматита после употребления в пищу орехов, шоколада, яиц, цитрусовых. В 7 лет отек Квинке после употребления яблок, после этого яблоки не ела. Отмечено резкое обострение дерматита на фоне стрессовых ситуаций. Последнее ухудшение около года на фоне психотравмирующей ситуации в семье (развод родителей). Распространились кожные высыпания, беспокоит постоянный зуд, из-за этого нарушился сон. Принимала антигистаминные препараты с незначительным эффектом. Местное лечение, назначенное дерматологом (крем Адвантан), давало только кратковременное улучшение.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, на фоне участков гиперемии множественные расчесы, мелкопапулезные, везикулярные рассеянные высыпания, корочки. В области шеи, локтевых суставов, запястий выраженная лихенификация. Отеков нет. Явлений ринита, конъюнктивита нет. Слизистая полости рта и зева не изменена. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 110/70. Пульс 88 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурии нет. Стул не регулярный, склонность к запорам. Астенизирована. Настроение снижено.

Результаты клинико-лабораторного обследования: кл. ан. крови – НВ-124, Л-5,0; п.1, с.46, э.12, л.36, м.5, соэ-8 мм/час. Биохим. ан. крови: общий белок 80,0; мочевины 4,4; креатинин 89,1, холестерин 5,1; бета-липопротеиды 6,1; билирубин общ. 14,8; АЛТ-0,25; АСТ-0,34; глюкоза 4,7; серомукоид 0,10. СРБ – отрицат., р-ция Вассермана отрицат.

Ан. мочи – без особенностей.

ЭКГ: без патологии.

Рентгенография ППН – прозрачность пазух не нарушена.

ЭГДС: гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс.

Конс. ЛОР: здорова.

Конс. гастроэнтеролога: хронический гастрит со сниженной секреторной функцией.

Дискинезия толстой кишки.

Конс. невропатолога: вегето-сосудистая дисфункция по гипотоническому типу.

Иммунный статус: Л:5,0; Лф-36%, — 1,9; фагоцитоз 74%, Тлф-61%-1,1; Влф 5%-0,09; IgA 230, IgM 110, IgG 1400, IgE- общ. 360.

Аллергологическое обследование: скарификационные тесты положительные с аллергенами из пыльцы березы +++, ольхи +++, орешника +++, дуба ++, ясеня ++, тополя +, с эпидермальными и бытовыми аллергенами – отрицательные. Сертификационные тесты с пищевыми пассивными аллергенами – орехи (грецкий, фундук, миндаль, арахис), морковь, яблоки (старкин, гольден) — положительные. Тестирование проводилось на спине.

Поставьте диагноз и назначьте лечение, и дайте рекомендации.

Диагноз: атопический дерматит, распространенная форма в стадии обострения (при выписке ремиссия). Поллиноз. Аллергический риноконъюнктивит. Сенсибилизация к пыльце деревьев. Пищевая аллергия к орехам, яблокам, моркови. Хронический гастрит со сниженной секреторной функцией. Дискинезия толстой кишки.

Лечение: индивидуальная гипоаллергенная диета, Зиртек 10 мг 1 раз в день, местная обработка кожи кремом Тридерм 2 раза в день, полиоксидоний 0,15 мкг/кг 5 инъекций с интервалом 2 дня, физиотерапия, (электросон, УФО), иглорефлексотерапия, комплексная психотерапия, лечебная релаксационная гимнастика, групповые и индивидуальные занятия с психологом. ГБО – 5 сеансов.

Рекомендации:

1. Наблюдение аллерголога по месту жительства.
2. Соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением яблок, орехов, меда, моркови, косточковых, а также продуктов гистаминолибераторов.
3. Продолжить прием задитена 1 т. х 2 раза, местно крем Унна.
4. В мае желателен выезд в другую климатическую зону.
5. Не показана фитотерапия, препараты пенициллинового ряда, никотиновая кислота, витамины группы В, рентгеноконтрастные препараты.
6. Исключить контакт с пылью, препаратами бытовой химии.
7. Частая смена нательного и постельного белья.
8. Перед оперативным вмешательством премедикация: в/в или в/м дексона 8 мг, в/м тавегил 2,0; мед. прививки только по жизненным показаниям и с той же премедикацией.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача №2

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили. Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Агу-1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-х месяцев проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «Нан» и др.), на фоне чего кожные заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения), отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластичатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 114 ударов в минуту. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах,

урчание по ходу кишечника. Печень + 3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавшими комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Нб – 104 г/л, Эр – $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8, Лейк – $11,2 \cdot 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес 1010, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 6-8 в п/з, эпителий плоский – много, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма 0,8 – 1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма 0,6 – 1,6), железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л (норма 10,4 – 14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма 63,0 – 80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма нет), IgE – 830 МЕ/л (норма до 100 МЕ/л).

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

1 Как формулируется определение АтД?

2. Какие основные факторы риска развития АтД вы знаете?

3. Какова роль клеток Лангерганса в развитии АтД?

4. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД?

5. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД?

6. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.

7. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете?

8. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД?

9. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете?

10. Как используют топические стероиды в лечении АтД?

11. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД?

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

1. При лечении atopического дерматита в последнюю очередь будут использованы:

а) антигистаминные препараты

б) седативные препараты

в) ферменты

г) системные глюкокортикоиды

2. При тяжелой форме atopического дерматита в острый период местно используют препараты:

а) не содержащие глюкокортикостероидные гормоны

б) содержащие глюкокортикостероидные гормоны в негалогенизированной форме, препятствующей системному воздействию

в) содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты

г) содержащие антибактериальные противовоспалительные средства

3. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

а) нервно-артритическом

б) лимфатико-гипопластическом

4. Проявления atopического дерматита у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:

а) IgA

б) IgE

в) IgM

Укажите все правильные ответы.

5. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

а) синдром мальабсорбции

б) желчекаменная болезнь

в) синдром внезапной смерти

- г) подагра
- д) мочекаменная болезнь

6. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:

- а) коровье молоко
- б) белок куриного яйца
- в) желток куриного яйца
- г) рыба
- д) манная крупа

7. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

- а) синдром мальабсорбции
- б) синдром внезапной смерти
- в) подагра
- г) аутоиммунные заболевания
- д) неврастенический синдром

Эталоны ответов.

- 1. г
- 2. б
- 3. а
- 4. б
- 5. б, г, д
- 6. а, б, г, д
- 7. б, г

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)
2. Илллек Я.Ю. и др. Атопический дерматит у детей раннего возраста: монография- изд. 2-е, доп. – Киров: КОГУП «Кировская областная типография», 2008.- 123 с.
3. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 384 с.

Тема 1.2: «Атопический дерматит. Диагностика и лечение».

Цель занятия: изучить современные подходы по диагностике и лечению атопического дерматита (АтД).

Задачи:

Рассмотреть основные патогенетические механизмы, запускающие и поддерживающие хроническое течение АтД; основные диагностические критерии атопического дерматита и дополнительные симптомы; цели наружной терапии; вопросы иммунореабилитации и профилактики.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику с другими дерматозами.

Изучить особенности локализации АтД при разных возрастных формах, уметь использовать результаты иммунограммы и правильно назначать патогенетическую и иммуносупрессивную терапию, особенности наружной терапии и системной

фармакотерапии.

Студент должен знать:

1) до изучения темы

Строение и функции кожных покровов. Этиология аллергических заболеваний. Механизм реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов. Основные методы обследования пациентов страдающих аллергическими заболеваниями. Основные методы лечения и профилактики аллергических заболеваний;

2) после изучения темы

Определение АтД. Этиологические факторы, патогенез, клиническую картину, дифференциальный диагноз, лечение и профилактику АтД. Особенности наружной терапии при атопическом дерматите.

Студент должен уметь:

Поставить и обосновать диагноз АтД, провести дифференциальную диагностику и составить программу лечения и профилактики. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Студент должен владеть:

Навыками проведения обследования больного с АтД, выявить жалобы на пастозность, кожную сыпь, шелушение кожи, опрелости, гнейс, зуд, расчёсы на коже.

При осмотре определить характерные признаки заболевания.

При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (эозинофилию в общем анализе крови), уровень общего и специфического иммуноглобулина Е, данные иммунологических исследований.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Диагностические критерии АтД.
2. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете.
3. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД.
4. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете.
5. Как используют топические стероиды в лечении АтД.
6. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий: клинические разборы, решение

ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

И. Андрей, 1 год 1 месяц, поступил на приём с жалобами, со слов матери, на появление высыпаний на коже, капризность, беспокойство, плохой аппетит, беспокойный сон. Из анамнеза установлено, что отец ребёнка страдает атопическим дерматитом, у матери – пищевая аллергия. Ребёнок от второй беременности, которая протекала с токсикозом в первой половине и железодефицитной анемией, по поводу чего мать лечилась амбулаторно. Роды произошли через 37 недель, протекали без осложнений. Масса тела после рождения 3500 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 9 баллов. Вакцинация БЦЖ проведена в роддоме, выписан из роддома на 5-е сутки. Грудное вскармливание получал до 2 месяцев,

после чего был переведен на смешанное вскармливание (адаптированные молочные смеси) в связи с гипогалактией у матери. Высыпания на коже стали появляться у мальчика в возрасте 2 месяцев после введения в рацион молочных смесей. В более позднем возрасте появление сыпи на кожных покровах отмечалось у ребёнка после приёма подслащенной воды и овощных соков. В анамнезе у ребёнка перенесенные ОРВИ, в возрасте 6 месяцев перенёс очаговую пневмонию. При осмотре состояние мальчика удовлетворительное, но ребёнок беспокойный и капризный. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. На коже щёк, лба, ушных раковинах, волосистой части головы, шеи, ягодиц – экзема островкового характера с элементами мокнутия, на внутренней по-верхности бёдер, коленных и локтевых сгибах – папулёзная сыпь с лихенизацией. Отмечаются многочисленные следы расчёсов на коже, красный дермографизм на непоражённых участках кожи. Затылочные, шейные и подчелюстные лимфоузлы величиной с крупную горошину, не спаянные с окружающими тканями, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Дыхание через нос свободное, в лёгких везикулярное дыхание. Пульс 120 в 1 мин, сердечные тоны ритмичные, выслушивается функциональный систолический шум на верхушке сердца. Язык «географический», живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, мягкой консистенции, селезёнка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Показатели функционального состояния эндокринных желез от 21.03.2005 г.: ТТГ – 3,5 мед/л, Т3 – 1,2 нмоль/л, Т4 – 75 нмоль/л, кортизол – 92 нг/мл, ин-сулин – 51 пмоль/л, фруктозамин – 400 мкмоль/л. Содержание пищеварительных ферментов в биосредах от 21.03.2005 г.: пепсиноген в сыворотке крови – 152 тир.ед/мл, в моче – 15 тир.ед.мл, в кале – липаза в сыворотке крови – 99 ед/мл, в моче – 76 ед/мл, в кале – 45 ед/мл; ЩФ в сыворотке крови – 170 ед/мл, в моче – 8 ед/мл, в кале – 860 ед/мл; АсАТ в сыворотке крови – 73 ед/мл, в моче – 5 ед/мл, в кале – 45 ед/мл; АлАТ в сыворотке крови – 29 ед/мл, в моче – 6 ед/мл, в кале – 44 ед/мл.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Диагноз: атопический дерматит, период обострения, распространённый, тяжёлое течение, с преобладанием пищевой аллергии.

Лечение

Диета с исключением из рациона причинно-значимых и облигатных аллергенов, наружная терапия (эмульсия и крем адвантан), фенистил, кетотифен, хилак-форте, креон, витамины (пантотенат кальция, пиридоксин, кальция пангамат, токоферола ацетат, ретинола ацетат).

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача №2

У мальчика Е. 3 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройства стула.

Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились после введения в пищу неадаптированной молочной смеси. Позже, после употребления коровьего молока, апельсинов, изменения стали распространёнными, занимали большую площадь поверхности кожи. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась чистой. Мать больного страдает контактной экземой. При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы влажные. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая оболочка полости рта чистая, язык “географический”. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 100 ударов в минуту. Живот мягкий, урчание по ходу кишечника. Печень + 1,0 см из-под реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, со слизью. Моча светлая.

Общий анализ крови: Нв – 112 г/л, Эр – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,8, Лейк – $7,2 \cdot 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 34%, э - 12%, л - 45%, м - 4%, СОЭ 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес 1010, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 6-8 в п/з, эпителий плоский – много, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Диагностика АДД.

2. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.
3. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете?
4. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД?
5. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете?
6. Как используют топические стероиды в лечении АтД?
7. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД?

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

1. Термин «экссудативно-катаральный диатез» следует использовать для:

- а) обозначения диагноза кожного заболевания
- б) констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления
- в) обозначения семейной предрасположенности к аллергии
- г) термин устарел и его не следует использовать в практике педиатра

2. Основным механизмом псевдоаллергической реакции связан с:

- а) повышенной продукцией специфических IgE-антител
- б) повышением активности медиаторов аллергии
- в) повышенной возбудимостью тучных клеток и выделением гистамина
- г) увеличением популяции Т-супрессоров
- д) уменьшением субпопуляции Т-хелперов

3. Выраженным гистаминолибераторным эффектом обладают все нижеперечисленные препараты, кроме:

- а) атропина
- б) полимиксина
- в) бисептола
- г) рентгено-контрастных препаратов

4. Пищевыми продуктами, обладающими выраженным либераторным эффектом, считаются:

- а) цитрусовые, клубника и шоколад
- б) молоко и говядина
- в) яйца и творог
- г) яблоки и сливы

5. К атопическому поражению кожи у детей грудного возраста относится:

- а) пеленочный (контактный) дерматит
- б) атопический дерматит
- в) себорейный дерматит
- г) гнейс
- д) контагиозное импетиго

6. У грудных детей поражение кожи с преимущественной локализацией на щеках, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах называется:

- а) себорейный дерматит
- б) атопический дерматит
- в) чесотка
- г) эксфолиативный дерматит Риттера

7. Показанием к использованию антимикотических мазей является:

- а) атопический дерматит
- б) чесотка
- в) гнейс
- г) кандидоз кожи
- д) эксфолиативный дерматит Риттера

8. Специфическая иммунотерапия (СИТ) пищевой аллергии включает:

- а) лечение желудочно-кишечного тракта
- б) назначение антигистаминных препаратов
- в) дробное введение "виновного" антигена
- г) назначение иммуномодуляторов

9. Антигистаминные препараты наиболее эффективны при:

- а) атопическом дерматите
- б) псевдоаллергических реакциях
- в) цитотоксических реакциях
- г) контактном дерматите
- д) иммунокомплексных заболеваниях

Эталоны ответов.

1.б 2.в 3.а 4.а 5.б

6.б 7.г 8.в 9.б

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.

2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)

2. Иллек Я.Ю. и др. Атопический дерматит у детей раннего возраста: монография- изд. 2-е, доп. – Киров: КОГУП «Кировская областная типография», 2008.- 123 с.

3. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 384 с.

Тема 1.3:«Контактный дерматит».

Цель занятия: изучить этиологию, патогенеза, клиническую картину, современные подходы к диагностике и лечению контактного дерматита.

Задачи:

Рассмотреть основные патогенетические механизмы контактного дерматита; основные диагностические критерии контактного дерматита; цели наружной терапии.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику с другими дерматозами.

Изучить особенности наружной терапии и системной фармакотерапии.

Студент должен знать:

1) до изучения темы (базисные знания): гистологическое строение кожи, слизистых оболочек, придатков кожи; патофизиология процессов воспаления, иммунного ответа, аллергической реакции, классификация морфологических элементов, методика обследования больного дерматологического профиля.

2) после изучения темы: классификация аллергодерматозов и особенности их течения, принципы диагностики и дифференциальной диагностики аллергодерматозов, тактика врача и принципы терапии аллергодерматозов.

Студент должен уметь:

Поставить и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику и составить программу лечения и профилактики. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Владеть:

- Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.

- Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.

- Оформлением медицинской документации - карта стационарного больного и история развития ребёнка.
- Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным аллергодерматозами детям.
- Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с аллергопатологией при неотложных состояниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Дерматиты.
2. Этиология, патогенез, классификация.
3. Особенности течения и диагностики.
4. Принципы лечения.
5. Оказание первой помощи. Профилактика.
6. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства.
7. Принципы наружной терапии.

2. Практическая работа. *Выполнение практических заданий: клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:*

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

На прием обратилась девочка в возрасте 14 лет с жалобами на высыпания в области обеих кистей. Болеет около двух недель. Свое заболевание связывает с применением косметического крема, который ранее никогда не использовала. Объективна в области тыльных поверхностей кистей и боковых поверхностей пальцев отмечается гиперемия без четких границ, единичные папуло-везикулезные элементы, умеренно выраженная инфильтрация, мелко-пластинчатое шелушение.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Диагноз: контактный дерматит.

Лечение

Исключить контакт с причинно-значимым аллергеном, наружная терапия (крем адвантан).

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача № 2

Мать девочки 6-и месяцев обратилась к участковому педиатру с жалобами на беспокойство, плаксивость, раздражительность ребёнка, появление опрелостей в кожных складках и покраснение кожи щёк после употребления виноградного сока.

Из анамнеза: Ребёнок от III беременности (первая закончилась родами, вторая – выкидышем). Матери 30 лет, страдает бронхиальной астмой, во II-й половине беременности переболела ОРВИ. Во время беременности не придерживалась строгой диеты (иногда употребляла клубнику, цитрусовые, шоколад, кофе). Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3900 г, длиной тела 52 см. На естественном вскармливании. У папы – аллергический ринит. У бабушки по линии матери – нейродермит. Дома живёт кошка.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Масса тела = 9 кг. Кожные покровы бледно – розовые. На коже щёк лёгкая гиперемия и отёчность, сопровождающиеся лёгким шелушением. Гнейс вокруг большого родничка. Большой родничок 2*2 см. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, в области паховых складок – опрелости. Отмечается пастозность и снижение тургора мягких тканей.

Пальпируются периферические лимфоузлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД = 32 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС = 122 уд/мин. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах, урчание по ходу кишечника. Печень + 3 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Девочка хорошо поворачивается с живота на спину. Подползает к игрушке. Свободно берёт игрушки из разных положений. Произносит слоги “ма” и “ба”. Но со слов мамы ещё не может самостоятельно брать пищу губами с ложки при кормлении.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Как формулируется определение контактного дерматита.
2. Этиология, патогенез, классификация дерматитов.
3. Особенности течения и диагностики.
4. Принципы лечения контактных дерматитов.
5. Оказание первой помощи. Профилактика.
6. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства.
7. Принципы наружной терапии.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

1. В результате какого внешнего воздействия может развиваться простой контактный дерматит.

- а) контакта с домашними животными;
- б) похода в солярий;
- в) использования синтетических моющих средств; г) ношения пластмассовой бижутерии.

2. Большее значение в развитии контактного аллергического дерматита придаётся.

- а) экзогенному контакту с аллергеном;
- б) сенсibilизации к микроорганизмам;
- в) генерализации инфекции в организме;
- г) эндогенным факторам, стрессам.

3. К токсидермиям не относится.

- а) фиксированная эритема;
- б) йододерма;
- в) бромодерма;
- г) дерматит Дюринга;
- д) синдром Лайелла.

4. Для острого простого контактного дерматита характерно.

- а) мокнутие по типу «серозных колодцев»;
- б) отечная эритема, точечные везикулы;
- в) отечная эритема, везикулы, трансформирующиеся в пузыри.

5. Аллергический контактный дерматит характеризуется всем перечисленным, кроме.

- а) развития сенсibilизации;
- б) монотипной сыпи;
- в) наличия парных узелковых элементов;
- г) полиморфной сыпи.

6. Назовите стадию, не характерную для развития простого контактного дерматита.

- а) эритематозная;
- б) отечно-буллезная;
- в) атрофии;
- г) некротически-язвенная;
- д) регресса клинических проявлений.

7. С каким заболеванием целесообразно проводить диф. диагностику контактного

аллергического дерматита.

- а) простым контактным дерматитом
- б) угревой болезнью
- в) витилиго
- г) туберкулезом кожи.

8. В терапии ограниченного простого контактного дерматита ведущими препаратами являются.

- а) системные кортикостероиды;
- б) витамины;
- в) иммуномодуляторы;
- г) средства наружной терапии;
- д) методы физиотерапии.

9. Аллергический контактный дерматит может проявляться.

- а) эритемой;
- б) бугорками;
- в) некрозом;
- г) узлами в подкожной клетчатке.

10. Для хронически протекающего простого контактного дерматита характерно формирование.

- а) инфильтрированной эритемы, лихенификации, трещин;
- б) атрофии;
- в) петехий;
- г) депигментации.

11. Какой из перечисленных препаратов является наиболее эффективным при аллергическом контактном дерматите.

- а) мазь с ихтиолом;
- б) мазь с нафталином;
- в) кортикостероидная мазь;
- г) водно-цинковая взвесь;
- д) 1% салициловый крем.

12. При осложнении контактных дерматитов вторичной пиодермией к основному лечению добавляют.

- а) кортикостероиды;
- б) антибактериальные препараты;
- в) антипротозойные препараты;
- г) противогрибковые препараты

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)
2. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 384 с.

Тема 1.4: «Острые токсико-аллергические реакции».

Цель занятия: способствовать формированию системы теоретических и практических знаний в области детской аллергологии.

Задачи:

Изучить механизм аллергических реакций. Возрастные особенности аллергической предрасположенности. Изучить характер кожных проявлений и локализацию в различные возрастные периоды. Изучить клинические проявления, иммуногенетические параметры, иммунные, эндокринные и ферментные нарушения у детей с аллергодерматозами. Назначить комплексное лечение с учетом сопутствующей патологии.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику.

Студент должен знать:

1) до изучения темы

- Классификация и патогенез аллергических реакций.
- Пищевые аллергены, предрасполагающие факторы.
- Стадии аллергических реакций.
- Клинические признаки аллергии. Объективные данные.
- Клинико-лабораторные обследования.
- Принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии.

2) после изучения темы

- Диагностика аллергических заболеваний.
- Алергологический анамнез, его значение для диагностики, особенности.
- Современные схемы лечения аллергодерматозов.
- Синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона. Лечение лекарственной аллергии.

Профилактика.

- Инсектная аллергия.

Студент должен уметь:

1. Собрать анамнез;
2. Провести клиническое обследование больного;
3. Провести инструментальное, лабораторное обследование больного (АД, ЧСС, после улучшения – общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ);
4. Провести дифференциальную диагностику между нозологическими формами острых аллергических реакций;
5. Владеть методикой и техникой введения лекарственных средств, рассчитывать дозы и разведение лекарственных препаратов;
6. Определить дальнейшую тактику ведения больного (госпитализация в соматическое отделение, отделение реанимации, амбулаторное лечение);

Владеть:

- Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.
- Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.
- Оформлением медицинской документации - карта стационарного больного и история развития ребёнка.
- Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным аллергодерматозами детям.
- Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с алергопатологией при неотложных состояниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1 Роль генетических факторов и окружающей среды в иммунопатогенеза аллергии.
- 2.Современные представления об аллергии и атопии. Атопия как системное заболевание.
3. Типы и основные стадии иммунологических реакции.
4. Современные аспекты алергологической диагностики. Скрининговые методы в оценке аллергии. Элиминационные и провокационные пробы в алергологии. Виды кожных проб.
5. Современные принципы противоаллергического терапии и иммунологических методов

лечения в аллергологии.

6. Медикаментозная аллергия: клинические проявления токсико-аллергических реакций.

7. Особенности клинических проявлений патологических реакций на медикаменты. Лечение и профилактика.

8. Анафилактический шок: иммунопатогенез, клиника, неотложная помощь.

2. Практическая работа. *Выполнение практических заданий: клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:*

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

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. Ваш предполагаемый диагноз? Предложите схему лечения

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Диагноз: Крапивница, ангионевротический отек (Квинке).

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).

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 — антигистаминные второго поколения. При неэффективности указанной терапии назначают преднизолон, 1-2 мг/(кг/сут).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ (до поступления в отделение реанимации):

1. Прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена.

2. При возможности наложить жгут выше места введения медикамента или обколоть место введения препарата 0,1 % раствором адреналина или норадреналина в дозе 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора.

3. Провести венепункцию/венесекцию и начать в/в введение препаратов: при необходимости в/в капельно: дофамин (доза индивидуальна) от 300 до 700 мкг/мл (макс. 1500 мкг/мл) с постепенным снижением, длительность определяется гемодинамическими показателями. Введение ГКС (гидрокортизон 250 мг в/в капельно, преднизолон 90-120 в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.) При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст.

могут быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл] Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе. Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с интервалом 5-10 минут). Оксигенация Коррекция КЩС Терапия острой дыхательной недостаточности, перевод на ИВЛ и транспортировка больного в реанимацию Симптоматическая терапия Госпитализация в реанимационное отделение после проведения комплекса неотложных лечебных мероприятий. Для оказания квалифицированной помощи больному в анафилактическом шоке необходим набор лекарственных средств и специальные приборы (противошоковый набор).

Минимальная противошоковая аптечка: 1. ампульные растворы: адреналина 0,1%, норадrenalина 0,2%, мезатон 1%. супрастин 2%, тавегил 0,1%. эфедрина гидрохлорида 5%, эуфиллина 2,4%, строфантина К 0,05%, коргликона 0,06%, кофеина 10%, кордиамина, 11 глюкозы 40% и 5% (500 мл – стерильной), хлорида натрия (0,9%), преднизолона (30 мг), дексаметазона (4 мг), гидрокортизона (по 5 мл – для в/в введения), пенициллиназы (100 тыс ЕД). 2. Инструменты: воздуховод для дыхания — рот в рот, портативный аппарат для искусственного дыхания, система для в/в инфузии (одноразовая стерильная), шприцы (20 мл, 10 мл, 1 мл) и стерильные иглы к ним, жгут резиновый, ротаторасширитель, языкодержатель и металлический держатель для тампонов. 3. Спирт этиловый 80% - 100 мл, марлевые тампоны (для удаления слизи).

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача № 2

Ребенку 5 месяцев. У мамы бронхиальная астма, у брата частые риниты. В течение последних 10 дней у ребёнка после употребления апельсинового сока появились пятнисто-везикулярные высыпания на коже, беспокоит зуд кожи. При осмотре: на туловище имеются остаточные элементы сыпи (единичные пятна, корочки, расчесы), мокнутие в паховых складках.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Значение генетических факторов и окружающей среды в развитии аллергических реакций.
 2. Современные представления об аллергии и атопии. Атопия как системное заболевание.
 3. Типы и основные стадии иммунологических реакции.
 4. Современные аспекты аллергологической диагностики. Скрининговые методы в оценке аллергии. Элиминационные и провокационные пробы в аллергологии. Виды кожных проб.
 5. Современные принципы противоаллергического терапии и иммунологических методов лечения в аллергологии.
 6. Медикаментозная аллергия: клинические проявления токсико-аллергических реакций.
 7. Особенности клинических проявлений патологических реакций на медикаменты. Лечение и профилактика.
 8. Анафилактический шок: иммунопатогенез, клиника, неотложная помощь.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

1. Ребенку 5 лет для лечения пневмонии сделали инъекцию пенициллина. Через 40 минут на теле ребенка возникла крапивница, появился зуд кожи. Какой механизм аллергии в данном случае?
 - A. Реагиновый
 - B. Цитотоксическая реакция
 - C. Реакция Артюса
 - D. Клеточная иммунная реакция
 - E. Псевдоаллергический

2. У девушки 17 лет после переохлаждения возникли сильные боли в правой половине головы и лице. Через 2 дня появились пузырьчатые высыпания на передней поверхности

волосистой части головы, впоследствии во лбу, верхнем веке. Чувствительность в участке высыпаний снижена. О каком заболевании следует подумать?

- A. Дерматит
- B. Псориаз
- C. Герпетический ганглионит
- D. Невралгия тройничного нерва
- E. Аллергия

3. 70-летний больной хроническим обструктивным бронхитом страдает также сердечной недостаточностью, которую лечит диуретиками и сердечными гликозидами, глаукомой и аденомой предстательной железы. ЧСС - 90/мин., АД - 140/95 мм рт. ст. Какой бронхолитик следует назначить больному ?

- A. Астмопент
- B. Сальбутамол
- C. Атровент
- D. Эуфиллин
- E. Интал

4. У девушки 16 лет, которая страдает хроническим синуситом, развилась, острая форма артрита. Врач назначил лечение ацетилсалициловой кислотой. В анамнезе склонности к аллергическим реакциям у больной не было. Внезапно после введения препарата у больной развился бронхоспазм. Наиболее вероятным патогенетическим механизмом бронхоконстрикции является:

- A. Адренергический дисбаланс
- B. Инфекционно зависимый
- C. Имунопатологичный
- D. Первично измененная реактивность бронхов
- E. Атопический

5. У больного Н., 18 лет появился сухой надрывный кашель и ангионевротический отек. Пациент болен гипертонической болезнью II ст. Принимает каптопресс с метопрололом и коринфар-ретард Как оценить выше указаны симптомы?

- A. Побочные эффекты коринфару-ретарду
- B. Побочные эффекты каптопрессу. Побочные эффекты метопрололу

6. Больная 15 лет, в течение месяца беспокоит кашель, повышение температуры до 38,0 градусов. В анамнезе – аскаридоз. На R – грамме обнаружен гомогенный отдельный инфильтрат без четких контуров. В анализе крови – эозинофилы 55 %. Какой наиболее достоверный диагноз?

- A. Очаговая пневмония
- B. Туберкулез легких
- C. Хронический бронхит, обострение
- D. Эозинофильный инфильтрат (синдром Лефлера)
- E. Опухоль легких

7. Больная жалуется на лихорадку, сухой кашель, ощущение першения в горле и за грудиной, ощущение недостатка воздуха, которые появились после переохлаждения. Получала фервекс. В анамнезе отсутствуют данные о заболевании легких. Температура тела 37°C, I легочный тон с коробковым оттенком, дыхание везикулярное с сухими рассеянными и влажными среднего и большого калибра хрипами. Выдох продленный. Диагноз?

- A. Медикаментозный бронхоспазм
- B. Острый трахеобронхит
- C. Обструктивный бронхит
- D. Пневмония
- E. Бронхоэктатическая болезнь

8. Больную, которой 17 лет, тревожит боль в животе после приема еды, ночью, которая уменьшается после дефекации, диарея после употребления цельного молока. Об-но: живот мягкий, сдутый, чувствительный при пальпации в зоне Поргеса. Печень, селезенка не увеличены. При колоноскопии - гиперемия слизистой оболочки толстой кишки. Какой диагноз является наиболее вероятным?

- A. Неспецифический язвенный колит.
- B. Хронический энтерит.

- С. Функциональная диарея.
- Д. Лактазная недостаточность
- Е. Целиакия.

9. Ребенку 5 лет для лечения пневмонии сделали инъекцию пенициллина. Через 40 минут на теле ребенка возникла крапивница, появился зуд кожи. Какой механизм аллергии в данном случае?

- А. Реагиновый
- В. Цитотоксическая реакция
- С. Реакция Артюса
- Д. Клеточная иммунная реакция
- Е. Псевдоаллергический

10. Пациенту, которого укусила собака, с профилактической целью была введена сыворотка. Через 7 дней у него развились симптомы сывороточной болезни? Лихорадка, крапивница, отек и боли в суставах, увеличились лимфатические узлы. Что лежит в основе механизма сывороточной болезни?

- А. Циркуляция иммунных комплексов
- В. Выработке иммуноглобулинов Е
- С. Выработке иммуноглобулинов G
- Д. Т-лимфоциты
- Е. Макрофаги

Эталоны ответов:

1А, 2С, 3А, 4Е, 5С, 6D, 7А, 8D, 9А, 10А

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)
2. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 384 с.

Тема 1.5: «Синдром гипериммуноглобулинемии Е».

Цель занятия: изучить этиологию, патогенеза, клиническую картину, современные подходы к диагностике и лечению синдрома гипериммуноглобулинемии Е.

Задачи:

Рассмотреть основные патогенетические механизмы синдрома гипериммуноглобулинемии Е;; цели наружной терапии; вопросы иммунореабилитации и профилактики.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику.

Изучить особенности проявлений синдрома гипериммуноглобулинемии Е, уметь использовать результаты иммунограммы и правильно назначать терапию, изучить особенности наружной терапии и системной фармакотерапии.

Студент должен знать:

1) до изучения темы

Строение и функции кожных покровов. Этиология аллергических заболеваний. Механизм реакций гиперчувствительности немедленного и замедленного типов. Основные методы обследования пациентов страдающих аллергическими заболеваниями. Основные методы лечения и профилактики аллергических заболеваний

2) после изучения темы

Этиологические факторы, патогенез, клиническую картину, дифференциальный диагноз, лечение синдрома гипериммуноглобулинемии Е.

Студент должен уметь:

Провести дифференциальную диагностику и составить программу лечения синдрома гипериммуноглобулинемии Е. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Владеть:

- Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.
- Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.
- Оформлением медицинской документации - карта стационарного больного и история развития ребёнка.
- Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным аллергодерматозами детям.
- Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с аллергопатологией при неотложных состояниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Первичные иммунодефициты: классификация, принципы лечения.
2. Первичные дефекты развития Т-клеточного звена. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
3. Первичные дефекты развития гуморального иммунитета. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
4. Комбинированные иммунодефициты. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
5. Другие первичные нарушения иммунной системы. Клинические проявления. Диагностика. Принципы ведения больных.
6. Минорные иммунологические дефекты. Клинические проявления. Принципы корректирующей терапии.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий: клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

Ребенок родился от первой физиологически протекавшей беременности в сроке гестации 39 нед с массой тела 3800 г. Привит БЦЖ в роддоме. Находился на грудном вскармливании до трех месяцев. В возрасте 1 мес у мальчика отмечались проявления младенческой формы атопического дерматита на лице в области щек в виде гиперемии, макуло-папулезных высыпаний. Мать ребенка умерла в возрасте 35 лет от лимфомы, наблюдалась с 11-летнего возраста по поводу синдрома гипериммуноглобулинемии Е (IgE крови 1 500 МЕ/мл). Впервые ребенок госпитализирован в клинику в возрасте 3 мес с жалобами на кашель, одышку, высыпания на лице. Диагностированы респираторная инфекция, острый

обструктивный бронхит, атопический дерматит, младенческая форма. Повторно мальчик госпитализирован в возрасте 6 мес с диагнозом «правосторонняя очаговая негоспитальная пневмония», которая сопровождалась проявлениями бронхиальной обструкции. Параклинически у мальчика отмечалась эозинофилия крови 16–18 %, нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты $14,6 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 4 %, сегментоядерные нейтрофилы 62 %). При проведении иммунологического обследования выявлен повышенный уровень IgE — 678,5 МЕ/мл. У ребенка был заподозрен гипер-IgE-синдром. В возрасте 2 лет 8 мес диагноз был подтвержден. Уровень IgE в крови составил 15 114 МЕ/ml при норме до 100 МЕ/ml. В дальнейшем у ребенка отмечались рецидивирующие респираторные заболевания с симптомами бронхообструкции, рецидивирующие пневмонии (до 2 раз в течение 1 года), отиты (2–4 раза в год). Заболевания, как правило, протекали на фоне нормальной температуры тела, изредка сопровождалась повышением температуры до 37,4 °С. Наблюдались стрептостафилодермия кожных покровов, кандидоз полости рта. Обращали на себя внимание фенотипические признаки у ребенка (рис. 1): выпуклый лоб, глубоко посаженные глаза, широкая переносица, прогнатизм. В физическом развитии ребенок не отставал от сверстников. Рецидивирующие бронхолегочные заболевания, пневмонии, протекавшие с синдромом бронхиальной обструкции, требовали исключить формирование у ребенка пневмоцеле, характерного для гипер-IgE-синдрома. В возрасте 3 года 8 мес мальчику проведена компьютерная томография органов грудной клетки. Выявлен фиброз паренхимы обоих легких в сегментах S5 и левого легкого в сегменте S8.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Диагноз: гипер-IgE-синдром. Наличие у ребенка классической триады симптомов (гипериммуноглобулинемия E, рецидивирующие пневмонии, протекающие без повышения температуры тела, стрептостафилодермия кожных покровов, эозинофилия) в сочетании с типичными фенотипическими особенностями позволяют предположить аутосомно-доминантный тип наследования синдрома Джоба в данном клиническом случае.

Лечение

Гипоаллергенная диета, лечебно-гигиенический уход за кожей. При наложении бактериальной инфекции в терапии используются антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины IV поколения, защищенные пенициллины, макролиды, аминогликозиды), противогрибковые препараты. В лечении пневмоний применяется иммунокоррекция с внутривенным введением препаратов иммуноглобулинов в курсовой дозе 600–800 мг/кг. Мальчик нуждается в постоянном медицинском наблюдении педиатра, пульмонолога, аллерголога для своевременной диагностики и лечения инфекционных заболеваний, предупреждения формирования хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача № 2

В педиатрическое отделение одной из больниц Сеула поступила 16-летняя пациентка с жалобами на кровохарканье. Девочка с рождения страдала генерализованной экземой, в течение всей жизни ее беспокоили рецидивирующие фурункулез с исходом в кожные абсцессы, средние отиты, синуситы, пневмонии. На протяжении трех месяцев, предшествовавших описываемой госпитализации, она дважды находилась на стационарном лечении в связи с пневмонией, вызванной *Pseudomonas aeruginosa* *Staphylococcus aureus*.

При осмотре врачи обратили внимание на широкий крупный нос, следы расчесов по всему телу, а также запущенный кандидоз полости рта. При аускультации — жесткое дыхание и хрипы над всей поверхностью легких, ослабленное дыхание в нижних отделах правого легкого. При рентгенологическом и КТ-исследовании были диагностированы бронхоэктазы в легких и плевральный выпот справа. Анализ крови позволил выявить лейкоцитоз до $15,5 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, абсолютную эозинофилию ($0,75 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ=120 мм/ч и повышение концентрации общего IgE (>5000 ЕД/мл). Следующим шагом была подсчитана сумма баллов по шкале Национального института здоровья (США), созданная для диагностики гипер-IgE синдрома (набралось 44 балла). В довершение, подключили генетиков, те провели прямое секвенирование гена STAT3 — и вот она, мутация, а с ней и окончательный диагноз: аутосомно-доминантный гипер-IgE синдром, он же синдром Иова. После двухнедельного курса антибактериальной терапии имеющиеся инфекции отступили, пациентке был рекомендован профилактический прием ко-тримоксазола и уход за кожей.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Классификация, принципы лечения первичных иммунодефицитов.
 2. Первичные дефекты развития Т-клеточного звена. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
 3. Первичные дефекты развития гуморального иммунитета. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
 4. Комбинированные иммунодефициты. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
 5. Другие первичные нарушения иммунной системы. Клинические проявления. Диагностика. Принципы ведения больных.
 6. Минорные иммунологические дефекты, клинические проявления, принципы корригирующей терапии.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

Что составляет понятие иммунитет?

- 1) Способ защиты организма от живых тел и веществ, не входящих в структуру его тканей.
- 2) Способ сохранения жизнедеятельности субъекта при воздействии на него патогенных микроорганизмов.
- 3) Способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности.
- 4) Способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки молекулярной чужеродности.

Ответ – 3.

Первичные иммунодефициты диагностируются методами выявления:

- 1) генетических дефектов;
- 2) молекулярных дефектов клеточных рецепторов;
- 3) молекулярных дефектов иммуноглобулинов;
- 4) дефектов цитокинов;
- 5) структурных аномалий органов системы иммунитета;
- 6) клинических проявлений;
- 7) все перечисленное верно.

Ответ – 7.

Первичные иммунодефициты чаще проявляются:

- 1) рецидивирующими инфекционными процессами;
- 2) аллергическими реакциями;
- 3) аутоиммунными заболеваниями;
- 4) лимфопролиферативными заболеваниями;
- 5) сопровождаются увеличением частоты онкологических заболеваний;
- 6) все перечисленное верно;
- 7) все ответы неверные.

Ответ – 6.

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)

Тема 1.6: «Дифференциальная диагностика аллергодерматозов».

Цель занятия: освоить современные подходы к диагностике аллергодерматозов.

Разобрать особенности течения аллергодерматозов у детей. Принципы общей и наружной терапии кожных заболеваний

Задачи:

Рассмотреть: классификацию аллергодерматозов: дерматитов, токсикодермий, экзем и нейродермита, научиться проводить дифференциальный диагноз, изучить основные методы общего и местного лечения. Рассмотреть клинические проявления аллергодерматозов у детей.

Обучить назначать и интерпретировать программу обследования; формулировать диагноз; проводить дифференциальную диагностику.

Изучить особенности наружной терапии и системной фармакотерапии при различных аллергодерматозах.

Студент должен знать:

- 1) до изучения темы (базисные знания): гистологическое строение кожи, слизистых оболочек, придатков кожи; патофизиология процессов воспаления, иммунного ответа, аллергической реакции, классификация морфологических элементов.
- 2) после изучения темы: классификация аллергодерматозов и особенности их течения, принципы диагностики и дифференциальной диагностики аллергодерматозов, тактика врача и принципы терапии аллергодерматозов.

Студент должен уметь:

собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать элементы кожных сыпей; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Владеть:

- Методикой общего клинического исследования ребенка в возрастном аспекте и подростка.
- Оценкой результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики у больных детей.
- Оформлением медицинской документации - карта стационарного больного и история развития ребёнка.
- Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза больным аллергодерматозами детям.
- Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий по оказанию помощи детям с аллергопатологией при неотложных состояниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Дерматиты. Этиология, патогенез, классификация.
2. Особенности течения и диагностики.
3. Принципы лечения аллергодерматозов.
4. Оказание первой помощи. Профилактика аллергодерматозов.
5. Дифференциальная диагностика аллергодерматозов.
6. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства.
7. Принципы наружной терапии при аллергодерматозах.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий: клинические разборы,

решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков:

культура мышления; навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методы общего клинического обследования детей и подростков; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмы постановки диагноза с учетом МКБ; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно);

освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя:

методы общего клинического обследования детей и подростков; методика и техника введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

3. Решить ситуационные задачи.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача № 1

Больная Я., 15 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на поражение кожи шеи, груди, спины и умеренно выраженный зуд в очагах поражения. Считает себя больной в течение 4х месяцев. 5 месяцев назад больная начала применять новый дезодорант. Пользуется им ежедневно до настоящего времени. Мазь синаflan, которую пациентка использовала для лечения, приносила кратковременный положительный эффект.

Дерматологический статус: на коже шеи, груди, спины имеются розовые пятна различных размеров, округлых очертаний; папулы, шелушение, расчесы, кровянистые корочки на поверхности очагов.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Диагноз:

Контактный аллергический дерматит.

Лечение

Прекратить применение дезодоранта. Десенсибилизирующие препараты (кальция глюконат, натрия тиосульфат), антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, супрастин).

Местно - глюкокортикоидные мази низкой и средней степени активности.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Клиническая задача № 2

Мальчик 6 лет, жалуется на боли в области живота. За последние 2 часа трижды отмечалась рвота. Мать связывает ухудшение состояния ребенка с сильным психоэмоциональным стрессом (ребенка испугала собака). Часто возникают ацетонемические состояния на фоне вирусных инфекций, нарушений диеты, при психоэмоциональном возбуждении. При осмотре – ребенок вялый, капризный. На коже верхних конечностей элементы атопического дерматита. Живот мягкий, болезненный в области пупка. Анализ мочи на ацетон положительный (+++).

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
 1. Атопические и контактные дерматиты. Этиология, патогенез, классификация.
 2. Особенности течения и диагностики.
 3. Принципы лечения аллергодерматозов.
 4. Оказание первой помощи. Профилактика аллергодерматозов.
 5. Дифференциальная диагностика аллергодерматозов.
 6. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства.
 7. Принципы наружной терапии.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Укажите один правильный ответ:

1. Где локализуются проявления контактных дерматитов.
 - а) повсеместно, симметрично;
 - б) нарушение общего состояния;

- в) возникновение симптома «смоченного белья»;
г) самопроизвольное выздоровление при устранении раздражителя.
2. Что не характерно для клиники синдрома Лайелла.
а) положительный симптом Никольского;
б) нарушение общего состояния;
в) возникновение симптома «смоченного белья»;
г) самопроизвольное выздоровление при устранении раздражителя.
3. Какой путь контакта характерен для формирования контактных дерматитов.
а) влияние эндогенных веществ;
б) влияние экзогенных веществ, попавших внутрь;
в) наружный контакт с экзогенным веществом.
4. Какие неотложные меры необходимы при простых дерматитах от концентрированных химических веществ, если раздражитель точно не известен.
а) сухое промакивание;
б) нейтрализация (щелочью или кислотой);
в) применение дезинфицирующих средств;
г) обильный продолжительный смыв водой.
5. При остром контактном аллергическом дерматите без явлений экссудации местно применяют.
а) ихтиоловую или фурациллиновую примочки;
б) дегтярную эмульсию;
в) эмульсию бензилбензоата;
г) кортикостероидные мази.
6. Укажите наиболее характерные признаки простого контактного дерматита.
а) возникает строго в месте контакта с раздражителем, не выходит за границы контакта;
б) выраженность процесса не зависит от концентрации и времени действия раздражителя;
в) возникает у лиц, сенсibilизированных к данному контактному аллергену
г) возникает в ответ на воздействие факультативного раздражителя;
д) выходит за границы контакта с раздражителем.
7. Для лечения дерматитов применяют все, кроме.
а) устранения действия раздражителя;
б) назначения антигистаминных препаратов;
в) применения примочек, болтушек;
г) назначения нестероидных противовоспалительных препаратов.
8. Синдром Стивенса-Джонсона является разновидностью тяжелого течения.
а) токсикодермии;
б) дерматита Дюринга;
в) синдрома Лайелла;
г) экземы;
д) вульгарной пузырчатки.
9. Какие изменения в эпидермисе наблюдаются при хроническом контактном аллергическом дерматите.
а) акантоз, гиперкератоз, паракератоз;
б) спонгиоз, баллонная дегенерация;
в) гранулёз, акантоз, дискератоз.
10. Острый контактный аллергический дерматит от экземы отличает.
а) выраженный полиморфизм (мокнутие);
б) слабовыраженный и быстропроходящий полиморфизм.
11. Базисным препаратом в лечении синдрома Лайелла являются.
а) цитостатики;
б) антигистаминные препараты; в) кортикостероидные препараты;
г) антибиотики.
12. После вскрытия пузырька при контактном аллергическом дерматите образуется.

- а) депигментация;
- б) корочка;
- в) стойкое мокнутие;
- г) язва;
- д) участок атрофии кожи

4). Написать реферат по данной теме. Предусмотрено рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная

1. Педиатрия: национальное руководство в 2-х т. / ред. А.А. Баранова – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014.
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство: / ред. Р.М. Хаитова. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2015.

Дополнительная

1. Хаитов Р.М. Иммунология: учебник-2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 528 с.: ил (Учебник для вузов)
2. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство . – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 384 с.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине

«Аллергодерматозы у детей»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	Уметь	Владеть		
ОК-1	способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	З2. Основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения.	У2. Анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению.	В2. Культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения.	Раздел 1. «Аллергодерматозы»	11 семестр
ОПК-9	способностью к оценке морфофункциональных, физиологических	З2. Современные методы клинической, лабораторной и	У2. Интерпретировать результаты лабораторно-	В2. Методами общего клинического обследования	Раздел 1. «Аллергодерматозы»	11 семестр

	состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма.	инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционального различия органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.	детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ.		
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Раздел 1. «Аллергодерматозы»	11 семестр

		средства.				
--	--	-----------	--	--	--	--

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОК-1						
Знать	Не знает основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения.	Не в полном объеме знает основные методы сбора и анализа информации, способы формализации цели и методы ее достижения, допускает существенные ошибки	Знает основные методы сбора и анализа информации, способы формализации цели и методы ее достижения, допускает ошибки	Знает методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения	Собеседование по ситуационным задачам, реферат	тест
Уметь	Не умеет анализировать, обобщать и воспринимать информацию, ставить цель и формулировать задачи по её достижению	Частично освоено умение анализировать, обобщать и воспринимать информацию, ставить цель и формулировать задачи по её достижению	Правильно использует методы анализа, обобщения и восприятия информации, ставит цель и формулирует задачи по её достижению, допускает ошибки	Самостоятельно использует методы анализа, обобщения и восприятия информации, ставит цель и формулирует задачи по её достижению	Собеседование по ситуационным задачам	тест
Владеть	Не владеет культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения	Не полностью владеет культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения	Способен использовать навыки культурного мышления, навыки письменного аргументированного изложения собственной точки зрения	Владеет навыками культурного мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения	Собеседование по ситуационным задачам, реферат	тест
ОПК-9						
Знать	Фрагментарные знания о современных методах	Общие, но не структурированные знания о	Сформированные, но содержащие	Сформированные	Собесе-	тест

	клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма	современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерностях функционирования отдельных органов и систем, основных методиках клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма	отдельные пробелы знания о современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерностях функционирования отдельных органов и систем, основных методиках клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма	систематические знания о современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерностях функционирования отдельных органов и систем, основных методиках клинко-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма	дование по ситуационным задачам, реферат	
Уметь	Частично освоенное умение интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение интерпретировать результаты лабораторно - инструментальных, морфологических исследований, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение интерпретировать результаты лабораторно - инструментальных, морфологических исследований, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах	Сформированное умение интерпретировать результаты лабораторно - инструментальных, морфологических исследований, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах	Собеседование по ситуационным задачам, реферат	тест
Владеть	Фрагментарное применение навыков общего клинического обследования	В целом успешное, но не систематическое применение навыков общего	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение	Успешное и систематическое применение навыков.	Собеседование по	тест

	детей и подростков, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков, написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка, навыка постановки диагноза с учетом МКБ	клинического обследования детей и подростков, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков, написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка, навыка постановки диагноза с учетом МКБ	навыков общего клинического обследования детей и подростков, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков, написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка, навыка постановки диагноза с учетом МКБ	общего клинического обследования детей и подростков, интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков, написания карты амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка, навыка постановки диагноза с учетом МКБ	ситуационным задачам, реферат	
--	--	--	---	---	-------------------------------	--

ПК-8

Знать	Фрагментарные знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах лечения больных, о профилактических мероприятиях и средствах	Общие, но не структурированные знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах лечения больных, о профилактических мероприятиях и средствах	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах лечения больных, о профилактических мероприятиях и средствах	Сформированные систематические знания о современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средствах лечения больных, о профилактических мероприятиях и средствах	Собеседование по ситуационным задачам, реферат	тест
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами	Сформированное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами	Собеседование по ситуационным задачам, реферат	тест

Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно)	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно)	Успешное и систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно)	Собеседование по ситуационным задачам	тест
---------	--	--	--	---	---------------------------------------	------

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Вопросы для собеседования, критерии оценки

проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

1. Факторы риска возникновения аллергических болезней у детей.
2. Механизмы формирования аллергических реакций у детей.
3. Патогенез аллергических болезней у детей.
4. Аллергологическая диагностика.
5. Фармакотерапия аллергических болезней у детей.
6. Диетотерапия при аллергических заболеваниях.
7. Применение физиотерапевтических методов в лечении аллергических болезней у детей.
8. Профилактика аллергических болезней у детей.
9. Состояние органов пищеварения при аллергических болезнях у детей.
10. Лекарственная аллергия.
11. Дать определение АтД.
12. Основные факторы риска развития АтД.
13. Роль клеток Лангерганса в развитии АтД.
14. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД
15. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД.
16. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.
17. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете.
18. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД.
19. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете.
20. Как используют топические стероиды в лечении АтД.
21. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД.
22. Роль генетических факторов и окружающей среды в иммунопатогенеза аллергии.
23. Современные представления об аллергии и атопии. Атопия как системное заболевание.
24. Типы и основные стадии иммунологических реакции.
25. Современные аспекты аллергологической диагностики. Скрининговые методы в оценке аллергии.
26. Элиминационные и провокационные пробы в аллергологии. Виды кожных проб.
27. Современные принципы противоаллергической терапии и иммунологических методов
28. лечения в аллергологии.
29. Медикаментозная аллергия: клинические проявления токсико-аллергических реакций.
30. Особенности клинических проявлений патологических реакций на медикаменты.
31. Лечение и профилактика.
32. Анафилактический шок: иммунопатогенез, клиника, неотложная помощь.
33. Первичные иммунодефициты: классификация, принципы лечения.

34. Первичные дефекты развития Т-клеточного звена. Клинические проявления. Принципы ведения больных.
35. Первичные дефекты развития гуморального иммунитета. Клинические проявления.
36. Принципы ведения больных.
37. Комбинированные иммунодефициты. Клинические проявления. Принципы ведения
38. больных.
39. Другие первичные нарушения иммунной системы. Клинические проявления. Диагностика. Принципы ведения больных.
40. Минорные иммунологические дефекты. Клинические проявления.
41. Принципы корригирующей терапии.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

1. Первичные элементы при аллергической крапивнице представлены:
 - 1) папулами
 - 2) эритемой
 - 3) везикулами
 - 4) узелками
 - 5) волдырями
2. Причиной контактного аллергического дерматита могут являться группы:
 - 1) жирорастворимых веществ, содержащихся в стеблях и листьях некоторых растений
 - 2) металлов
 - 3) косметических и парфюмерных средств
 - 4) латекс
3. При атопическом дерматите наиболее часто встречается повышение:
 - 1) Ig A
 - 2) Ig G
 - 3) Ig M
 - 4) Ig E
4. При лечении атопического дерматита в последнюю очередь будут использованы:
 - 1) антигистаминные препараты
 - 2) седативные препараты
 - 3) ферменты
 - 4) системные глюкокортикоиды
5. При тяжелой форме атопического дерматита в острый период местно используют препараты:
 - 1) не содержащие глюкокортикостероидные гормоны
 - 2) содержащие глюкокортикостероидные гормоны в

негалаогенизированной форме, препятствующей системному воздействию

3) содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты

4) содержащие антибактериальные противовоспалительные средства

6. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:

1) нервно-артритическом

2) лимфатико-гипопластическом

7. Проявления атопического дерматита у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:

а) IgA

б) IgE

в) IgM

8. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

1) синдром мальабсорбции

2) желчекаменная болезнь

3) синдром внезапной смерти

4) подагра

5) мочекаменная болезнь

9. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:

1) коровье молоко

2) белок куриного яйца

3) желток куриного яйца

4) рыба

5) манная крупа

10. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний, как:

1) синдром мальабсорбции

2) синдром внезапной смерти

3) подагра

4) аутоиммунные заболевания

5) неврастенический синдром

11. Термин «экссудативно-катаральный диатез» следует использовать для:

1) обозначения диагноза кожного заболевания

2) констатации предрасположенности ребенка к экссудативно-катаральному типу воспаления

3) обозначения семейной предрасположенности к аллергии

4) термина устарел и его не следует использовать в практике педиатра

12. Основным механизмом псевдоаллергической реакции связан с:

1) повышенной продукцией специфических IgE-антител

2) повышением активности медиаторов аллергии

3) повышенной возбудимостью тучных клеток и выделением гистамина

4) увеличением популяции Т-супрессоров

5) уменьшением субпопуляции Т-хелперов

13. Выраженным гистаминолибераторным эффектом обладают все нижеперечисленные препараты, кроме:

1) атропина

2) полимиксина

3) бисептола

4) рентгено-контрастных препаратов

14. Пищевыми продуктами, обладающими выраженным либераторным эффектом, считаются:

- 1) цитрусовые, клубника и шоколад
- 2) молоко и говядина
- 3) яйца и творог
- 4) яблоки и сливы

15. К атопическому поражению кожи у детей грудного возраста относится:

- 1) пеленочный (контактный) дерматит
- 2) атопический дерматит
- 3) себорейный дерматит
- 4) гнейс
- 5) контагиозное импетиго

16. У грудных детей поражение кожи с преимущественной локализацией на щеках, разгибательных поверхностях конечностей, ягодицах называется:

- 1) себорейный дерматит
- 2) атопический дерматит
- 3) чесотка
- 4) эксфолиативный дерматит Риттера

17. Показанием к использованию антимикотических мазей является:

- 1) атопический дерматит
- 2) чесотка
- 3) гнейс
- 4) кандидоз кожи
- 5) эксфолиативный дерматит Риттера

18. Специфическая иммунотерапия (СИТ) пищевой аллергии включает:

- 1) лечение желудочно-кишечного тракта
- 2) назначение антигистаминных препаратов
- 3) дробное введение "виновного" антигена
- 4) назначение иммуномодуляторов

19. Антигистаминные препараты наиболее эффективны при:

- 1) атопическом дерматите
- 2) псевдоаллергических реакциях
- 3) цитотоксических реакциях
- 4) контактном дерматите
- 5) иммунокомплексных заболеваниях

20. К токсидермиям не относится

- 1) фиксированная эритема;
- 2) йододерма;
- 3) бромодерма;
- 4) дерматит Дюринга;
- 5) синдром Лайелла.

2 уровень проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

1. Установите соответствие между степенью тяжести и характеристикой атопического дерматита:
Легкая = Ограниченное локализованное поражение кожи, обострения 1 - 2 раза в год, ремиссия 6 - 8 месяцев, хороший эффект от проводимой терапии

Среднетяжелая = Распространенное поражение кожи, обострение 3 - 4 раза в год, продолжительность ремиссии менее 4 месяцев, невыраженный эффект от проводимой терапии

= Диффузное поражение кожи, обострения более 6 раз в год, длительные обострения, редкие непродолжительные ремиссии, лечение приносит кратковременное и непродолжительное улучшение

2. Установите соответствие между степенью тяжести и характеристикой атопического дерматита:
Среднетяжелая = Распространенное поражение кожи, обострение 3 - 4 раза в год, продолжительность ремиссии менее 4 месяцев, невыраженный эффект от проводимой терапии

Тяжелая = Диффузное поражение кожи, обострения более 6 раз в год, длительные обострения, редкие непродолжительные ремиссии, лечение приносит кратковременное и непродолжительное улучшение

= Ограниченное локализованное поражение кожи, обострения 1 - 2 раза в год, ремиссия 6 - 8 месяцев, хороший эффект от проводимой терапии

3. Установите соответствие между степенью тяжести и характеристикой атопического дерматита:

Легкая = Ограниченное локализованное поражение кожи, обострения 1 - 2 раза в год, ремиссия 6 - 8 месяцев, хороший эффект от проводимой терапии

Тяжелая = Диффузное поражение кожи, обострения более 6 раз в год, длительные обострения, редкие непродолжительные ремиссии, лечение приносит кратковременное и непродолжительное улучшение

= Распространенное поражение кожи, обострение 3 - 4 раза в год, продолжительность ремиссии менее 4 месяцев, невыраженный эффект от проводимой терапии

4. Установите соответствие между клиническими проявлениями и диатезами:

Ацетонемическая рвота = Нервно-артритический

Детская экзема = Аллергический

Острая надпочечная недостаточность = Лимфатико-гипопластический

= Эксудативно-катаральный

5. Установите соответствие между семейным анамнезом и диатезами:

Подагра, гипертоническая болезнь = Нервно-артритический

Ожирение, аутосомные заболевания = Лимфатико-гипопластический

Нейродермит, экзема = Аллергический

= Эксудативно-катаральный

3 уровень: проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

Задача 1. Мальчик 3 года. При посещении педиатра мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, выраженного кожного зуда, нарушения сна. Из анамнеза болезни известно, что высыпания на коже появились на 3-м месяце жизни, после докорма молочно-адаптированной смесью. Смесью неоднократно меняли, но высыпания на коже сохранялись, пока ребенка не перевели на безмолочную диету. В настоящее время высыпания появляются 3-4 раза в год, связаны с погрешностью в диете (яйцо, молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение, продолжительность ремиссии заболевания обычно 2-3 месяца. Питается ребенок в основном картофельным, капустным пюре на воде, с добавлением свиного мяса. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Из анамнеза жизни: беременность и роды - физиологические, нервно-психическое развитие соответствует возрастным нормам, физическое снижено, прививается по индивидуальному графику, часто болеет ОРВИ, бронхитами, в том числе обструктивным, часто неустойчивый жидкий стул. Объективно: пониженного питания, кожа сухая, шелушащаяся. В области шеи, сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямах, тыле кистей кожа гиперемирована, отечна, с множеством папул, эрозий, геморрагических корок, лихенификаций. Гиперпигментация век. Язык обложен белым налетом. По внутренним органам - без отклонений от нормы.

Вопрос 1: А.Сформулируйте предположительный диагноз.

Чесотка

Себорейный дерматит

*Атопический дерматит

Псориаз

Вопрос 2: Б. План обследования:

ЭКГ

МРТ, биохимия крови

*ОАК, ОАМ

*Определение иммуноглобулина Е (IgE)

*Кожные аллергопробы

Вопрос 3: В. Назначьте лечение:

*Энтеросорбенты

Нестероидные противовоспалительные

*Антигистаминные препараты

Цефалоспорины

Противовирусные препараты

*Имунно-корректирующие средства

Задача 2. У ребенка 3 месяцев, находящегося на искусственном вскармливании, после введения яичного желтка на гиперемизированной коже щек появились везикулы, которые быстро вскрылись с выделением серозной жидкости, образовались корочки. Высыпания сопровождалось зудом и беспокойством ребенка, жидким стулом.

Вопрос 1: А. О какой патологии следует подумать?

Атопический диатез

Экссудативно-катаральный диатез

*Истинная экзема

Аллергический конституциональный дерматит

Пищевая аллергия

Вопрос 2: Б. Какую тактику следует выбрать в отношении питания данного ребенка?

*Разгрузочный день

*Гипоаллергенная диета

*Ведение пищевого дневника

Ведение соков

Вопрос 3: В. Какую из каш следует выбрать для данного ребенка после проведения разгрузочного дня?

Манная

Овсяная

Гречневая

*Рисовая

Перловая

Вопрос 4: Г. С какого возраста в питание ребенка следует ввести мясо?

*5 месяцев

6 месяцев

7 месяцев

8 месяцев

10 месяцев

Вопрос 5: Д. Какие препараты следует использовать в лечении ребенка?

- * Антигистаминные
- * Препараты антилибераторной направленности
- * Витамины В₁, В₅, Е, В₁₅
- * Стимулирующие функцию надпочечников
- Глюкокортикоидные

Задача 3. Мальчик 8 месяцев. Мама обратилась к специалисту в связи с обострением кожного процесса: сыпь на коже лица, туловища, зуд, беспокойство, нарушение сна и аппетита. Анамнез заболевания: ребенок болен с 1-го месяца, когда был переведен на искусственное вскармливание. Первые высыпания появились на лице, ягодицах; после дачи гипоаллергенной смеси состояние улучшилось, обострение началось месяц назад при введении творога. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, срочных родов с массой тела 3200 г; ростом 53 см. В возрасте 2 нед. - ОРВИ, получал антибиотики. Наследственность отягощена: у деда - бронхиальная астма, у бабушки - сахарный диабет. Объективно: состояние средней тяжести, беспокойный. Масса 8800 г, рост - 69 см. Кожа области лица, шеи, ягодиц, паховой области, наружной поверхности голени гиперемирована, покрыта пулезно-везикулезной сыпью с участками мокнутия, больше на щеках, имеются корочки, шелушение, расчёсы. Индекс SCORAD = 38 баллов. Дыхание пуэрильное, ЧД - 36 в минуту. ЧСС - 118 в минуту. Печень +2,5 см.

ОАК: RBC - $3,8 \times 10^{12}/л$, Hgb - 122 г/л, EOS - 8%, LYM - 61%, СОЭ - 9 мм/ч.

Вопрос 1: А. Ваш предварительный диагноз?

- * Атопический дерматит, младенческая форма, распространённый, обострение
- Экссудативный диатез
- Контактный дерматит, распространённый
- Чесотка

Вопрос 2: Б. Причины развития заболевания?

- Несоблюдение диеты матери
- * Аллергия к белку коровьего молока
- Антибиотикотерапия
- ОРВИ

Вопрос 3: В. Нужна ли госпитализация?

- Срочная госпитализация
- * Госпитализация при ухудшении состояния
- Лечение амбулаторно
- Госпитализация при рекомендации аллерголога

Вопрос 4: Г. Какое лечение должен получать больной?

- * Диета гипоаллергенная
- * Уход за кожей
- * Местно кремы с ГКС
- * Антигистаминные средства
- Мази с антибиотиками

Глюкокортикоидные препараты

Вопрос 5: Д. Какой ЗГМ должен получать ребёнок?

- Адаптированная молочная смесь обычная по возрасту
- Адаптированная молочная смесь низколактозная
- Гипоаллергенная адаптированная молочная смесь

1 * Адаптированная смесь на основе гидролизата белка

Критерии оценки:

«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;

«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

Задача № 1 проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

Мальчик Б., 7 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал с удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственном вскармливании (смесь «Малютка») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато – желтые чешуйки. С 4 – месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Беллакт», «Симилак», «НАН» и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 114 ударов в мин. живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавшими комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Hb – 104 г/л, Эр – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,8, Лейк – $11,2 \cdot 10^9/л$, п/я – 7%, с – 33%, э – 9%, л – 41%, м – 10%, СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, лейкоциты – 6-8 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).

Контрольные вопросы

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом?

2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.
4. Можно ли на основании представленных результатов обследования подтвердить диагноз?
5. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
6. Какие морфологические изменения кожи характерны для стадии мокнутия (спонгиоз или паракератоз)?
7. Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.
8. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии atopических заболеваний?
9. С учетом каких показателей и рекомендаций строится диета у данной категории больных?
10. Основные принципы терапии данного заболевания.

Задача № 2 проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

У Вани, 4 лет, после употребления в пищу жареной рыбы появился зуд и отёк в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула.

Из анамнеза выяснено, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щёках, ягодицах и естественных складках появились у ребёнка после введения в пищевой рацион смеси «Малютка». Позже, после употребления коровьего молока, апельсинов, изменения кожи стали распространёнными, занимали большую площадь поверхности тела. При соблюдении гипоаллергенной диеты и применении антигистаминных препаратов изменения со стороны кожи исчезали. При осмотре: больной повышенного питания. Кожа на щёках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая оболочка полости рта чистая, язык «географический». В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 112 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $7,0 \cdot 10^9/л$, п/я нейтрофилы – 5%, с/я нейтрофилы – 34%, лимфоциты – 45%, моноциты – 4%, эозинофилы – 12%, СОЭ – 6 мм/ч.

Уровень IgE в сыворотке 910 МЕ/л (норма – до 100), реакция пассивной гемагглютинации: титр антител к рыбе 1:280 (норма до 1:30), титр антител к белку коровьего молока 1:920 (норма до 1:80).

Контрольные вопросы

- 1) на основании каких данных был установлен диагноз?
- 2) каковы механизмы развития аллергической реакции у этого больного?
- 3) чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного типа)?
- 4) каков тип иммунного ответа организма преобладает у детей с atopией?
- 5) анатомо-физиологические особенности кожи ребёнка раннего возраста?
- 6) чем обусловлена повышенная проницаемость клеточных мембран у детей раннего возраста?
- 7) какие медиаторы вызывают увеличение проницаемости сосудов при аллергическом воспалении?
- 8) назначьте дополнительные методы обследования;
- 9) назначьте лечение;
- 10) какие Вы знаете препараты, которые действуют как стабилизаторы клеточных мембран при аллергическом воспалении?

Задача № 3 проверяются компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8

Мальчик 8 месяцев. Мама обратилась к специалисту в связи с обострением кожного процесса: сыпь на коже лица, туловища, зуд, беспокойство, нарушение сна и аппетита. Анамнез заболевания: ребенок болен с 1-го месяца, когда был переведен на искусственное вскармливание. Первые высыпания появились на лице, ягодицах; после дачи гипоаллергенной смеси состояние улучшилось, обострение началось месяц назад при введении творога. Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, срочных родов с массой тела 3200 г; ростом 53 см. В возрасте 2 нед. - ОРВИ, получал антибиотики. Наследственность отягощена: у деда - бронхиальная астма, у бабушки - сахарный диабет. Объективно: состояние средней тяжести, беспокойный. Масса 8800 г, рост - 69 см. Кожа области лица, шеи, ягодиц, паховой области, наружной поверхности голени гиперемирована, покрыта пулезно - везикулезной сыпью с участками мокнутия, больше на щеках, имеются корочки, шелушение, расчёсы. Индекс SCORAD = 38 баллов. Дыхание пуэрильное, ЧД - 36 в минуту. ЧСС - 118 в минуту. Печень +2,5 см.

ОАК: RBC - $3,8 \times 10^{12}/л$, Hgb - 122 г/л, EOS - 8%, LYM - 61%, СОЭ - 9 мм/ч.

Контрольные вопросы

- 1) ваш предварительный диагноз?
- 2) причины развития заболевания;
- 3) каковы механизмы развития аллергической реакции у этого больного;
- 4) назначьте дополнительные методы обследования;
- 5) проведите дифференциальную диагностику;
- 6) нужна ли госпитализация;
- 7) какое лечение должен получать больной;
- 8) какие Вы знаете препараты, которые действуют как стабилизаторы клеточных мембран;
- 9) методы наружной терапии;
- 10) какой ЗГМ должен получать ребёнок

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.4. Примерные задания для написания (и защиты) рефератов, критерии оценки

Компетенции ОК-1, ОПК-9, ПК-8 проверяются данным оценочным средством.

Темы рефератов

1. Факторы риска возникновения аллергических болезней у детей.
2. Механизмы формирования аллергических реакций у детей.
3. Патогенез аллергических болезней у детей.
4. Аллергологическая диагностика.
5. Фармакотерапия аллергических болезней у детей.
6. Диетотерапия при аллергических заболеваниях.
7. Применение физиотерапевтических методов в лечении аллергических болезней у детей.
8. Профилактика аллергических болезней у детей.
9. Состояние органов пищеварения при аллергических болезнях у детей.
10. Лекарственная аллергия.

Задания для выполнения рефератов (требования к структуре и оформлению).

Реферат должен быть оформлен на листах формата А4 в печатном виде, правильно оформлен титульный лист, количество страниц не менее 15, иметь вводную часть, ссылки на литературные источники в разделе: анализ литературы по данной теме, иметь основную часть и заключение, также необходимо приложить список литературы, проработанной по тематике.

Критерии оценки:

Оценка «отлично» – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного подхода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

Оценка «хорошо» – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются некритичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «удовлетворительно» – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме реферата. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «неудовлетворительно» – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией и понятийным аппаратом проблемы. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». При получении оценки «не зачтено» за тестирование по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

