по дисциплине Поликлиническая и неотложная педиатрия для специальности 31.05.02 - Педиатрия (Очное, Высшее образование, 6.0)

Тема №26. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с иммунными и аллергическими заболеваниями

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=5394) | 

Право на изменение методички: [Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

[▲ Передать право](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_change_right&metod_id=5394&metod_type=0)

АВТОРЫ МЕТОДИЧКИ

[+ Автор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=df_user_search)

[Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_del_user&metod_id=5394&user_id=1158)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

[**Утверждено:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=5394); Протокол № 0

[**Разновидность занятия:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=5394)дискуссия

[**Методы обучения:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_method&metod_id=5394)объяснительно-иллюстративный [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=5394&method_id=1), частично-поисковый (эвристический) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=5394&method_id=4), исследовательский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=5394&method_id=5)

[**Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=5394)В настоящее время в педиатрии наиболее часто встречаются следующие аллергические заболевания: аллергический конъюнктивит, аллергический ринит, анафилактический шок, ангионевротический отек, атопический дерматит, крапивница. Поэтому врачи первичного звена должны быть ориентированы в вопросах современной диагностики , ведения и наблюдения детей с данной патологией.

ЗНАТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_structure&metod_id=5394)

УМЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=5394&tl_level=1)

ВЛАДЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=5394&tl_level=2)

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_eltech&metod_id=5394&tl_level=2)

Весы детские электронные [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41182)

Коллекция СD- DVD дисков, видео- и аудиоматериалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41187)

Комплект методических указаний для аудиторной, для самостоятельной работы студентов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41176)

Комплект раздаточных материалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41177)

Комплект фантомов и муляжей по отработке практических навыков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41181)

Методические пособия, разработанные сотрудниками кафедры; монографии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41178)

Методические разработки для преподавателя [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41179)

Набор нормативных документов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41180)

Персональные компьютеры [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41199)

Ростомер детский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41183)

Сантиметровые ленты [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41185)

Стетофонендоскоп [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41184)

Телевизор [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41201)

Экран [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5394&eltech_id=41200)

ХРОНОКАРТА

[Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=0)[Копировать из...](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_copy&metod_id=5394)[Загрузить из шаблона](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_template&metod_id=5394)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжительность (мин.) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26111) Организация занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26111) | 5.00 | Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26112) Формулировка темы и целей [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26112) | 5.00 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26113) Контроль исходного уровня знаний и умений [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26113) | 20.00 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26114) Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26114) | 5.00 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности, амбулаторные карты детей с аллергическими заболеваниями и патологией системы иммунитета) |
| 5 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26115) Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26115) | 70.00 | Изучение номенклатурных документов по теме занятия. Подбор амбулаторных карт пациентов. Анализ ведения детей на педиатрическом участке. Работа на педиатрическом приеме. |
| 6 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26116) Итоговый контроль знаний (письменно или устно) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26116) | 45.00 | ситуационные задачи |
| 7 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5394&chrono_id=26117) Задание на дом (на следующее занятие) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=26117) | 5.00 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |

АННОТАЦИЯ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_annotation&metod_id=5394)

Аллергический коньюнктивит

Аллергические заболевания глаз являются важной проблемой практической офтальмологии и аллергологии, и по данным зарубежных эпидемиологических исследований их распространенность среди населения западных стран составляет около 15–20%.

Код по МКБ-10
Н10 – конъюнктивит, Н10.1 – острый атопический конъюнктивит, Н10.2 – другие острые конъюнктивиты, Н10.3 – острый конъюнктивит неуточненный, Н10.4 – хронический конъюнктивит, Н10.9 – конъюнктивит неуточненный.

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития АК, которая в первую очередь включает формирование у пациентов грамотного отношения к своему здоровью, знакомство с причинами и механизмами развития заболевания на основе широкой информации об особенностях развития АК, возможныхэтиологических и провоцирующих факторах, необходимости проведения элиминационных мероприятий и обязательного выполнения назначений врача. Первичную профилактику следует проводить, начиная с периода беременности и с первых дней жизни. Во время беременности необходимо обеспечить правильное и разнообразное питание, соответствующее по объему и соотношению пищевых ингредиентов возрасту, массе тела, сопутствующим заболеваниям и энергетическим затратам, требуется строгое исключение активного и пассивного курения и др. Необходимо
бороться и поддерживать мотивацию за грудное вскармливание детей. Для младенцев и детей с высоким риском развития астмы и аллергии (к ним относятся дети из семей, где хотя бы один из родителей или братьев/сестер имеет аллергию) предлагаются многосторонние мероприятия по уменьшению воздействия в ранний период жизни клещей домашней пыли, например, постельные чехлы и специальные покрытия для родительской и детской кровати, стирка постельных принадлежностей и мягких игрушек при температуре, превышающей 60 ºС, использование акарицидов, гладкие полы без ковров и т. д.
Вторичная профилактика – профилактика обострения АК у тех лиц, которые страдают аллергией:
– тщательно собирать и анализировать аллергологический, фармакологический и пищевой анамнез;
– максимально ограничить контакт с причинно-значимым аллергеном;
– не назначать лекарственные препараты, изготовленные или содержащие растительное сырье, у пациентов с сезонным АК, обусловленным сенсибилизацией к пыльце растений;

– пациентам с АК, обусловленным сенсибилизацией к медикаментам, не назначать эти лекарственные препараты и сходные с ними по химической структуре, и уточнять синонимы лекарств, поскольку лекарственный препарат, производимый разными фирмами, может иметь разные торговые названия;
– не использовать косметические средства, содержащие растительное сырье, у пациентов с сезонным АК, обусловленным сенсибилизацией к пыльце растений;
– не употреблять пищевые продукты растительного происхождения, имеющие перекрестные реакции с причинно-значимыми пыльцевыми или грибковыми аллергенами.
Третичная профилактика важна для лиц, перенесших тяжелые, осложненные проявления АК, и включает разработку мероприятий по долговременному контролю над симптомами заболевания:
– постоянное наблюдение у аллерголога-иммунолога;
– наличие у больного письменного плана лечения;
– обучение и тренинг пациентов, в т. ч. в аллергошколах.
Всем пациентам с АК необходимо выдавать «Паспорт больного аллергическим заболеванием» по установленной форме.

Скрининг (от англ. screening – «отбор, сортировка») – стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции. Термин «скрининг» используется также в смысле «диспансеризация». Цель скрининга (или диспансеризации) – по возможности раннее выявление АК среди АЗ, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчете на облегчение состояния пациентов и
снижение смертности. Методы скрининга: сбор аллергологического анамнеза, прик-тесты с различными группами аллергенов, провокационный конъюнктивальный тест с аллергенами.

Сезонный АК
Развивается при сенсибилизации к пыльцевым (пыльца деревьев, злаковых, сорных трав и др.) и грибковым (споры грибов Cladosporium, Penicillium, Alternaria и др.) аллергенам. Характеризуется сезонностью клинических проявлений, совпадающей с периодом пыления причинно-значимых аллергенов.
Круглогодичный АК
Развивается при сенсибилизации к аллергенам домашней пыли, клещам домашней пыли, библиотечной пыли, шерсти, перхоти, слюне животных, пуху и перу птиц, плесневым грибам, пищевым аллергенам, инсектным, профессиональным и другим аллергенам. Характеризуется отсутствием сезонности и круглогодичным течением.

Дифференциальный диагноз
Необходимо исключить неаллергические формы конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов:
– вирусные, бактериальные, хламидийные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты;
– ирритантные, лекарственные конъюнктивиты;
– синдром «красного глаза»;
– синдром «сухого глаза», сухой кератоконъюнктивит;
– глаукома;
– блефароконъюнктивит, увеиты, поражения роговицы;
– конъюнктивиты при системных заболеваниях, аутоиммунных заболеваниях и др.

Показания к госпитализации
Как правило, лечение АК проводится в амбулаторно-поликлинических условиях. Госпитализация показана только при тяжелом и/или осложненном течении АК, угрожающем нарушением зрения. Госпитализация также показана при необходимости проведения АСИТ ускоренным методом.

Элиминационные мероприятия. Устранение контакта с аллергеном (например, прекращение контакта с домашними животными и создание гипоаллергенного быта при бытовой и эпидермальной аллергии, элиминационные диеты при пищевой аллергии, устранение профессионального контакта с причинным аллергеном и т. д.).

Образовательные программы (аллергошколы) для пациентов.

Лечение сезонного конъюнктивита
За 2–3 нед до начала предполагаемого обострения АК назначается профилактическая терапия (препараты кромоглициевой кислоты в виде глазных капель, АГП неседативные 2-го поколения.

Основной патогенетический метод лечения АК – АСИТ. АСИТ назначает и проводит врач аллерголог-иммунолог.

Прогноз АК при адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

Чего нельзя делать
Назначать ГКС при конъюнктивите вирусного генеза.
Назначать глазные капли и глазные мази, содержащие антибиотики, противогрибковые и противовирусные средства, при не осложненных формах АК.
Нельзя назначать плановые оперативные вмешательства на газах больным с сезонным АК в сезон пыления этиологически-значимых аллергенов.
Показания к консультации других специалистов, когда нужен консилиум.
При присоединении вторичной инфекции, развитии кератита, снижения зрения необходима консультация офтальмолога.

Больной с АК подлежит наблюдению аллерголога-иммунолога и окулиста:
– назначение АСИТ вне сезона пыления аллергенов;
– диспансеризация (скрининг): за 2–3 нед до сезона пыления растений, коррекция терапии при круглогодичном течении АК, контроль за адекватностью терапии сопутствующих АЗ;
– обучение в аллергошколе.

Аллергический ринит.

АР — заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко аносмией.

Код по МКБ-10
J30 – вазомоторный и аллергический ринит. J30.1 – аллергический ринит, вызванный пыльцой растений. J30.2 – другие сезонные аллергические риниты. J30.3 – другие аллергические риниты. J30.4 – аллергический ринит неуточненный.

Профилактика
– исключение контакта с неспецифическими раздражителями (табачным дымом, выхлопными газами и др.), факторами профессиональной вредности;
– соблюдение безаллергенной диеты с учетом спектра сенсибилизации;
– исключение диагноза АР у больных БА;
– обязательное аллергологическое обследование больных с «вазомоторным» ринитом;

– проведение лечебных и диагностических мероприятий (кожные и провокационные пробы, АСИТ) только в специализированных стационарах и кабинетах под контролем врача аллерголога-иммунолога;
– для больных с диагностированным АР: постоянное наблюдение у аллерголога-иммунолога, наличие у больного письменного плана лечения, обучение и тренинг пациентов, в т. ч. в аллергошколах;
– исключение контакта с причинно-значимыми аллергенами (элиминационные меры);
– как мера вторичной профилактики у лиц с атопией исключение контакта с аллергенами и факторами, которые потенциально могут стать сенсибилизирующими (домашние животные, растения, фитотерапия, неблагоприятные бытовые и производственные условия и др.).

Цель скрининга – по возможности раннее выявление АР среди АЗ, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчете на облегчение состояния пациентов и снижение осложнений. Методы скрининга: сбор аллергологического анамнеза, прик-тесты с различными группами аллергенов, провокационный назальный тест.

Риском развития АР является атопия, следует обратить внимание на наличие АЗ у ближайших родственников – АР, БА, АД и на наличие других АЗ у самого больного АР, неблагоприятные экологические, бытовые и производственные условия.

Обращают внимание на затрудненное носовое дыхание; приступообразное чихание; постоянное обильное отделение водянистого секрета из полости носа; в случае присоединения вторичной инфекции выделяемый секрет может носить слизисто-гнойный характер.

Цитологическое исследование секрета из полости носа (мазок) на наличие эозинофилии (характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более). Общий анализ крови проводят с целью выявления эозинофилии (чаще обнаруживают в период обострения заболевания).

При передней риноскопии отмечают значительное количество водянистого секрета, резкий отек носовых раковин, ярко-красный цвет слизистой оболочки в период обострения САР, серый или цианотичный цвет – при КАР, наличие характерной «мраморности» слизистой оболочки (симптом Воячека).

Обязательные аллергологические исследования. Кожные тесты с атопическими аллергенами.

АР дифференцируют с некоторыми хроническими заболеваниями полости носа. Чаще всего с ринитом, вызванным анатомическими аномалиями строения носовой полости, или инфекционным ринитом.

Цель лечения — полный контроль над симптомами АР. Лечение в большинстве случаев проводят в амбулаторно-поликлинических условиях. Госпитализация в стационар показана при тяжелом и/или осложненном течении заболевания, а также при необходимости проведения ускоренного курса АСИТ.

Пациент или родители детей должны быть проинформированы о природе заболевания, причинах и механизмах ринита, симптомах и доступных методах лечения. Необходимо предоставить информацию о способах элиминации или ограничения контакта с аллергеном, лекарственной терапии. Эффективность терапии зависит от правильной техники использования препаратов местного применения, которой следует научить больного. Пациенты должны быть
осведомлены о возможных осложнениях АР, в том числе синусите, среднем отите и сопутствующих заболеваниях, таких как БА. Пациенты должны иметь едставление о том, как распознавать признаки осложнений, для своевременного обращения к врачам-специалистам, а также получить информацию о возможных негативных влияниях ринита на качество жизни и преимуществах соблюдения врачебных рекомендаций. Необходимо ориентировать больного на реалистичные ожидания и понимание того, что хронические заболевания не излечиваются, поэтому требуется долгосрочное врачебное наблюдение и рациональная терапия.

Медикаментозное лечение аллергического ринита включает симптоматическую терапию (купирование обострения и базисное лечение) и патогенетическое лечение – АСИТ.

Прогноз АР при адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.
Чего нельзя делать
– использовать продукты растительного происхождения, гомеопатию, косметику с растительными компонентами при пыльцевой сенсибилизации;
– длительно и бесконтрольно использовать деконгестанты, заниматься самолечением;
– проводить хирургическое лечение в сезон пыления причиннозначимых растений.
Показания к консультации других специалистов, когда нужен консилиум Всем больным АР показана консультация аллерголога для
выявления или подтверждения аллергического характера ринита, выявления спектра причинно-значимых аллергенов, подбора симптоматической терапии и назначения АСИТ. Консультацию ЛОР-врача проводят для решения вопросов, касающихся хирургического лечения анатомических дефектов полости носа и осложнений АР.

Пациентам с круглогодичной формой АР необходимо наблюдение аллерголога вне зависимости от времени года для динамической оценки и коррекции базисной терапии. Пациентам с сезонной формой АР показаны консультации аллерголога: за 1–2 нед до предполагаемого обострения для решения вопроса о назначении симптоматической терапии в сезон пыления; в сезон цветения (спорообразования) для оценки эффективности назначенной
терапии и ее коррекции; по окончании сезона обострений для оценки эффективности проведенного лечения и решения вопроса о проведении АСИТ.

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АтД) – АЗ кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям.
Синонимы: атопическая экзема, синдром атопической экземы/дерматита, детская экзема, конституциональная экзема, нейродермит.
Термин «АтД» наиболее распространен, хотя в некоторых странах Европы, например, в Великобритании, чаще используют термин
«атопическая экзема».

Код по МКБ-10
L20 – атопический дерматит, L20.8 – другие атопические дерматиты, L20.9 – атопический дерматит неуточненный, L28.0 –ограниченный нейродермит.

Профилактика
• Убедительных данных об эффективности гипоаллергенных или элиминационных диет во время беременности не получено.
• До настоящего времени не доказано, что назначение гипоаллергенных диет женщинам во время лактации значительно уменьшает частоту возникновения АтД у детей .
• В первые 4 мес жизни ребенку из группы риска (наличие аллергических заболеваний хотя бы у одного из ближайших родственников – мать, отец, сибс) рекомендуют исключительно грудное вскармливание. При искусственном или смешанном вскармливании у детей из группы риска используются частично или глубоко гидролизованные смеси (на основе гидролизатов молочного белка), профилактическая эффективность которых показана при их применении в первые 6 мес жизни.
• Введение прикормов оправданно только после 4-го мес жизни продуктами с низкой сенсибилизирующей активностью.

• Имеются данные о назначении с профилактическими целями пробиотиков, содержащих лактобактерии, беременным и новорожденным из групп риска (возможен положительный эффект за счет индукции синтеза ИФН).
• Обучение больных профилактическим мероприятиям и правильному уходу за кожей.
Контроль за факторами внешней среды должен предусматривать:
• исключение воздействия табачного дыма (курение недопустимо во время беременности и лактации; пассивное курение исключают с первых дней жизни ребенка);
• уменьшение экспозиции аллергенов в первые годы жизни (бытовые и эпидермальные аллергены), использование очистителей воздуха, акарицидных средств, противоклещевого белья;
• поддержание оптимальной влажности и адекватной вентиляции в помещениях, где находится больной АтД (исключение сырости);
• уменьшение воздействия поллютантов.

Любые профилактические элиминационные мероприятия, назначаемые на длительное время, могут оказывать негативное влияние на членов семьи, ухудшая качество их жизни, поэтому в профилактические программы включают только мероприятия с доказанной эффективностью.

При подозрении на АтД проводят:
• объективное обследование для выявления характерных клинических признаков АтД;
• сбор анамнеза и выяснение семейной истории АЗ;
• консультацию дерматолога и аллерголога;
• дифференциальную диагностику;
• аллергологическое обследование для выявления причиннозначимых аллергенов и сопутствующих АЗ (АР, БА).
При подтверждении диагноза АтД осуществляют общеклиническое обследование для выявления сопутствующих заболеваний и очагов хронической инфекции.

В клинической практике наиболее значимы следующие диагностические критерии (модифицированные критерии Hanifin, Raijka, 1980 г.):
• зуд кожи;
• возрастные изменения характерных поражений кожи;
• хроническое рецидивирующее течение;
• наличие атопических заболеваний у пациента и/или его родственников;
• начало в раннем возрасте;
• сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
• обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов (аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс);
• сухость кожи;
• белый дермографизм;
• склонность к кожным инфекциям;
• хейлит;
• симптом Денни–Моргана (дополнительная складка нижнего века);
• гиперпигментация кожи периорбитальной области;
• повышение содержания общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке;
• эозинофилия периферической крови.

При оценке степени тяжести заболевания следует учитывать:
• длительность и частоту обострений;
• длительность ремиссий;
• распространенность кожного процесса;
• морфологические особенности кожного процесса;
• интенсивность кожного зуда;
• нарушение сна;
• эффективность проводимой терапии.

При физикальном обследовании нужно обратить внимание на характер и локализацию высыпаний, наличие или отсутствие расчесов, свидетельствующих об интенсивности кожного зуда, признаки инфицирования кожи, на симптомы АР, конъюнктивита и БА.

Аллергологическое обследование
Включает сбор аллергологического анамнеза, обследование in vivo (кожные тесты, провокационные тесты), а также лабораторную диагностику in vitro.
Аллергологический анамнез – обязательный этап, помогающий выявить причинно-значимый аллерген и другие провоцирующие факторы.
◊ Семейный анамнез – история развития кожного процесса у больного АтД (включая выявление бактериальной, вирусной и грибковой инфекции), установление сезонности обострений, связи с воздействием аллергенов.
◊ Наличие респираторных симптомов;
◊ Анамнестические сведения о факторах риска АтД: течение беременности и родов у матери, питание во время беременности, профессиональные вредности родителей, жилищно-бытовые условия, характер вскармливания ребенка, перенесенные инфекции, сопутствующие заболевания, пищевой и
фармакологический анамнез, выявление возможных провоцирующих факторов и другое.
• Кожные тесты. При отсутствии противопоказаний больным проводят кожное тестирование: prick-тесты, или скарификационные тесты со стандартным набором ингаляционных аллергенов.
• При наличии диффузного кожного процесса или других противопоказаний к аллергологическому обследованию in vivo проводят лабораторную диагностику – определение уровня общего сывороточного IgE (в большинстве случаев существенно превышает нормальные значения, но не является специфическим признаком) и антител изотипа IgE к аллергенам с помощью различных методов.
При подозрении на сопутствующие заболевания и очаги хронической инфекции проводится обследование в соответствии с существующими стандартами. Иммунологическое обследование не обязательно.

Определение содержания IgА, IgМ и IgG в сыворотке полезно, в том числе для исключения селективного дефицита IgA, сопровождающегося признаками АтД.

Дифференциальную диагностику АтД проводят со следующими заболеваниями:
• себорейный дерматит;
• пеленочный дерматит;
• АКД;
• чесотка;
• строфулюс;
• ихтиоз обыкновенный;
• псориаз обыкновенный;
• ограниченный нейродермит (лишай Видаля);
• микробная экзема;
• розовый лишай Жибера;
• дерматофитии;
• лимфома кожи в ранней стадии;
• герпетиформный дерматит Дюринга;
• фенилкетонурия;
• синдром гипериммуноглобулинемии E;
• селективный дефицит IgA;
• синдром Вискотта–Олдрича;

• десквамативная эритродермия Лейнера–Муссу.

Цели лечения
• Достижение клинической ремиссии заболевания.
• Воздействие на состояние кожи: устранение или уменьшение воспаления и кожного зуда, предупреждение и устранение вторичного инфицирования, увлажнение и смягчение кожи, восстановление ее защитных свойств.
• Профилактика развития тяжелых форм АтД.
• Профилактика развития и лечение респираторных проявлений у больных АтД.
• Восстановление утраченной трудоспособности.
• Улучшение качества жизни.

Основные принципы комплексного подхода к лечению больных АтД
• элиминация раздражителей кожи и аллергенов;
• наружная терапия и рациональный уход за кожей;
• системная фармакотерапия;
• АСИТ;
• физиотерапевтические методы лечения;
• обучение;
• реабилитация и профилактика.

Ступенчатый подход к лечению АтД предусматривает поочередное включение в схему лечения различных терапевтических методов воздействия в зависимости от степени тяжести заболевания. В случаях присоединения вторичной инфекции необходимо включение в схему лечения антисептических и противомикробных средств на любой стадии заболевания. В случаях подтвержденной клинически значимой сенсибилизации к конкретным
аллергенам показано проведение АСИТ. В случаях неэффективного лечения необходимо учитывать приверженность больного к лечению, а также тщательное проведение дифференциальной диагностики.

Элиминация причинно-значимых аллергенов и триггеров
Среди провоцирующих факторов принято выделять специфические (причинно-значимые аллергены) и неспецифические провоцирующие факторы. Их воздействие на кожу больного АтД может провоцировать обострение заболевания, поэтому соблюдение элиминационных мероприятий является одним из важнейших методов лечения АтД.
К неспецифическим провоцирующим факторам относят:
• физические (механические раздражители – одежда из грубых тканей, шерсть и т. п.);
• химические (кислоты, детергенты, мыла, отбеливатели и т. п.);
• биологические (инфекционные агенты);
• факторы окружающей среды (летучие органические вещества, табачный дым и пр.).
К специфическим факторам относят причинно-значимые аллергены, такие как бытовые, эпидермальные, пыльцевые, пищевые и микробные.

Элиминационные мероприятия:
• Уменьшение влияния провоцирующих факторов, таких как потливость, стресс, резкие колебания температуры окружающей среды, грубая одежда, использование мыла и детергентов и т. д.
• Гипоаллергенные диеты:
◊ Соблюдение неспецифической гипоаллергеной диеты.
◊ Соблюдение индивидуальной гипоаллергенной диеты с исключением определенных продуктов при доказанной пищевой аллергии (с помощью провокационных тестов).
• Элиминация причинно-значимых аллергенов (индивидуальные охранительные режимы):

◊ Соблюдение элиминационных мероприятий против клеща домашней пыли может улучшать течение АтД.
◊ Гипоаллергенный быт и элиминация клещей домашней пыли в сочетании с высокогорным климатом также приводит к улучшению течения АтД.
◊ Уменьшение или избегание контакта с пыльцой растений у больных с пыльцевой сенсибилизацией, с шерстью животных – у больных с эпидермальной сенсибилизацией, с контактными аллергенами – у больных с контактной гиперчувствительностью (например, к никелю).

Требования к наружной терапии:
• устранение или уменьшение кожного зуда;
• купирование воспалительных реакций и стимулирование репаративных процессов в коже;
• предупреждение и устранение вторичного инфицирования;
• увлажнение и смягчение кожи;
• восстановление защитных свойств кожи.
Основные принципы применения средств для наружной терапии:
• достаточная сила действия ЛС;
• достаточная доза ЛС;
• правильное применение ЛС.
Средства для наружной противовоспалительной терапии АтД:
• ТГКС;
• ТИК.

Доказана эффективность применения белья с антисептическим свойствами (содержащего серебро, система AEGIS).

Использование увлажняющих средств – эмолиентов – является совершенно необходимым элементом лечения АтД и показано на всех стадиях заболевания. Эмолиенты нужно назначать в достаточном количестве, необходимо их обильное и многократное использование в течение дня, например, для эмолиентов в форме крема или мази минимальное количество в неделю составляет 250 г. Также возможно применение эмолиентов в виде масел для душа и ванн. В зимнее время рекомендовано применять эмолиенты с повышенным содержанием липидов.

Физиотерапевтические методы лечения, а также искусственные и природные курортные факторы применяют в комплексе с наружной терапией и фармакотерапией. Основное место занимает ультрафиолетовое облучение, оказывающее хороший терапевтический эффект при различных стадиях АтД.
У больных АтД применяют:
• широкополосную фототерапию (UVA+UVB=290–400 нм);
• узкополосную фототерапию UVB (311–313 нм);
• UVA1 (340–400 нм).
За исключением UVA 1 фототерапию не назначают при обострении АтД, целесообразно ее применение при тяжелом хроническом течении с преобладанием зуда и лихеноидных форм заболевания. Фототерапию не назначают детям младше 12 лет.

Чего нельзя делать. Основные ошибки
Неадекватность лечения АтД в большинстве случаев обусловлена игнорированием проведения комплексного обследования и подхода к лечению. В результате недооценивается роль аллергенов и сопутствующей патологии в развитии заболевания. Основными ошибками являются следующие:
• Ошибочное представление о заболевании: Непонимание патогенетических механизмов АтД.
• Неоправданно широкое использование ограничений в диете.
• Назначение только наружной терапии.
• Недооценка роли аллергенов, неправильные рекомендации больному.
• Неправильное использование ТГКС, системных ГКС и иммуносупрессоров.
• Стероидофобия.
• Неприятие АСИТ.

Обучение и реабилитация пациентов
Цель обучения – сообщить пациенту с АтД и членам его семьи информацию, необходимую для максимально эффективного лечения. Обучение предусматривает проведение просветительской работы среди всех участников лечебного процесса: самого больного АтД, членов его семьи, медицинских работников. Образовательные программы (такие как аллергошколы, различные тренинги) для детей с АтД, их родителей и взрослых доказали
свою целесообразность во многих странах.

Прогноз заболевания благоприятный. Поскольку АтД – хроническое заболевание, протекающее с периодами обострений и ремиссий, следует стремиться к достижению длительных ремиссий.

Болезни иммунной системы Иммунодефицитные состояния (ИДС) Классификация ВОЗ: • первичные (наследственные) ИДС • ИДС, ассоциированные с лимфопролиферативными заболеваниями • Лекарственная и радиационная иммуносупрессия • Приобретенный иммунодефицит (СПИД)
Первичные иммунодефициты (D80 – D84) – врожденные нарушения системы иммунитета с дефектами одного или несколькие его компонентов, а именно: клеточного, гуморального иммунитета, фагоцитоза, системы комплемента.

D80. Иммунодефициты с преимущественной недостаточностью антител: • Наследственная гипогаммаглобулинемия (болезнь Брутона). • Избирательный дефицит иммуноглобулина А. • Избирательный дефицит подклассов иммуноглобулина G
• Преходящая гипогаммаглобулинемия детей. D81. Комбинированные иммунодефициты: • Тяжелый комбинированный иммунодефицит с низким содержанием Т и В клеток • Комбинированный иммунодефицит с низким или нормальным содержанием В-клеток. • Дефицит аденозиндезаминазы. • Синдром Незелофа (тяжелый комбинированный иммунодефицит). D82. Иммунодефициты, связанные с другими значительными дефектами: • Синдром Вискотта—Олдрича. • Синдром Ди Георга (врожденная аплазия тимуса). • Синдром гипериммуноглобулина Е. • Иммунодефицит, связанный с другими значительными дефектами. D83. Обычный вариабельный иммунодефицит. D84. Другие иммунодефициты: • Дефект функционального антигена-1 лимфоцитов. • Дефект в системе комплемента. • Другие уточненные иммунодефицитные нарушения • Иммунодефицит неуточненный.
Известно более 100 первичных (наследственных) ИДС, большинство наследуется рецессивно, на X-хромосоме находится мутация при гипер-IgM-синдроме, агаммаглобулинемии – болезни Брутона, синдроме Висконта-Олдрича, лимфопролиферативном синдроме, эктодермальной дисплазии ИДС. Частота встречаемости 1:50000, большинство ИДС текут тяжело, часто летально. Легче текут ИДС с дефицитом IgA (клиника напоминает рецидивирующий бронхит или отсутствует), транзиторная гипогаммаглобулинемия младенцев – замедленное нарастание иммуноглобулинов (могут возникать повторные отиты, фурункулез, проходящие с возрастом).
Первичные ИДС можно заподозрить, если у больного имеют место:
- бактериальная пневмония в возрасте до 6 месяцев или повторная пневмония
- тяжелые, рецидивирующие гнойные заболевания
- парапроктит, аноректальные свищи
- упорная экзема
- тромбоцитопения
- упорная молочница, микоз слизистых оболочек и кожи
- осложненная ЛОР-патология (мастоидит, абсцесс мозга, менингит
- одновременное заболевание синуситом, отитом, пневмонией
- рецидивирующий синусит; средний отит после 5 летнего возраста
- тяжелое течение ветряной оспы
- пневмоцистная пневмония или другая оппортунистическая инфекция
- упорная не поддающаяся диетической коррекции диарея
- вакциноассоциированный полиомиелит или генерализованная инфекция после вакцинации БЦЖ
Не являются признаками ИДС частые ОРИ, рецидивирующий отит в возрасте до 5 лет, инфекция мочевых путей, общая астения.
Различные ИДС имеют ряд общих черт: ♦ рецидивирующие и хронические инфекции дыхательных путей придаточных пазух, кожи (гнойные поражения характерны для недостаточности фагоцитоза и болезни Брутона), ЖКТ — часто вызываемые оппортунистическими микроорганизмами, простейшими, грибами, имеющие тенденцию к генерализации я торпидные к обычной терапии; ♦ гематологические дефициты: лейкопении, тромбоцитопении анемии; ♦ аутоиммунные расстройства: СКВ-подобный синдром, артриты хронический гепатит; ♦ нередко ИДС сочетается с аллергическими реакциями 1-го типа в виде экземы, отека Квинке, аллергическими реакциями на введение лекарственных препаратов; ♦ опухоли и лимфопролиферативные заболевания при ИДС встречаются в 1000 раз чаще; ♦ у больных ИДС часто отмечаются расстройства пищеварение диарея, мальабсорбция; ♦ больные ИДС отличаются необычными реакциями на вакцинацию, применение у них живых вакцин опасно генерализацией инфекции; ♦ первичные ИДС часто сочетаются с пороками развития, прежде ' всего с гипоплазией клеточных элементов хряща и волос. У детей с недостаточностью клеточного иммунитета часто отмечается задержка развития. Большинство детей с недостаточностью гуморального иммунитета развиваются нормально. Вероятность ИДС возрастает, если в семье встречались подобные заболевания или случаи смерти от инфекции в раннем возрасте. Большинство первичных ИДС наследуют аутосомно - рецессивно или сцеплены с Х-хромосомой. Наряду с тяжелыми ИДС существуют малые аномалии иммунной системы. Они могут определять подверженность заболеваниям дыхательных путей, ЛОР - органов или обнаруживаться у клинически здоровыx детей. Для детей раннего возраста характерен физиологический дефицит иммуноглобулинов, в некоторых случаях наблюдается конституционная задержка становления иммунного статуса.

Нормальное абсолютное число лимфоцитов, исключает Т-клеточные дефекты, норма нейтрофилов – врожденную и приобретенную нейтропению, а также дефицит адгезии лейкоцитов, тромбоцитов – с-м Висконта-Олдрича, а СОЭ хроническую бактериальную и грибковую инфекцию. Для асплении характерны тельца Ховелла-Джоли.

Скрининг на дефекты В-лимфоцитов – определение сывороточных иммуноглобулинов или обнаружение низкого уровня гамма-глобулина в белковых фракциях крови. Дефекты антителообразования выявляют по уровню АТк дифтерии и столбняку привитых. Положительный кожный тест с туберкулином или кандидином исключает дефекты Т-лимфоцитов. Дефекты фагоцитоза выявляются в тесте с тетразолием синим.
Иммунограмма с определением субпопуляций лимфоцитов оправданна только у детей с клиникой ИДС и положительными скрининг - тестами.
Выявление у ребенка без клинических признаков ИДС отклонений в иммунограмме, не достигающих критических уровней, характерных для конкретного ИДС, не может служить поводом для диагноза. Это относится как к снижению уровней иммуноглобулинов, так и к изменению численности Т-лимфоцитов или соотношению их субпопуляций. Эти сдвиги закономерно возникают при многих болезнях, они отражают циклические колебания иммунологических параметров.
Лечение: рациональное питание, профилактика инфекций: гигиенические, антисептические мероприятия, витамино- и микроэлементная терапия (селен, цинк, кобальт), иммунизация убитыми вакцинами; лечение инфекций: антибактериальная и антиимикотическая терапия; при парциальных ИДС применяют растительные адаптогены (эхинацея, левзея, элеутерококк), оротат калия, дибазол, препараты интерферона (виферон) и его индукторы (циклоферон).

При недостаточности гуморального иммунитета — заместительной коррекция дефектного звена иммунитета: введение препаратов иммуноглобулинов, применение иммуностимуляторов-вакцин (ИРСМД, бронхомунал, рибомунил). При селективном дефиците IgA противопоказана заместительная терапия иммуноглобулинами. При недостаточности клеточного иммунитета: ликопид, терапия цитокинами (интерфероны, интерлейкины, колониестимулирующие факторы), заместительная терапия ферментами (применяют при дефиците аденозиндезаминазы и пуриннуклеозидфосфорилазы), наиболее эффективна трансплантация костного мозга.
ИДС предусматривает агрессивную АБ, противогерпетическую, противогрибковую терапию. Гуморальные ИДС требуют заместительной терапии иммуноглобулинами 0,2-0,4г/кг/мес. При дефиците IgA заместительную терапию не проводят, она может вызвать сенсибилизацию и шок. При ряде Т-клеточных и комбинированных ИДС возможна трансплантация костного мозга. Иммуномодуляторы при ИДС убедительного эффекта не показывают и не должны применятся.

Дети с первичными ИДС наблюдаются в соответствии с «Российским национальным регистром больных первичными иммунодефицитами», реабилитация проводится согласно федеральному стандарту, индивидуально программе реабилитации ребенка – инвалида.

ВИЧ – инфекция (В20-24) ВИЧ-инфекция – это заболевание, вызванное ретровирусом 1-го типа (ВИЧ-1), который тропен к Т-хелперам, моноцитам, макрофагам, клеткам нейроглии имеющим рецепторы CD 4+. Инфективны кровь, грудное молоко, сменная жидкость, шеечный секрет матки, слюна. Заражение происходит при гетеро- и гомосексуальных половых контактах, уколах и парезах загрязненными инструментами, при переливании крови и ее компонентов, трансплацентарно. Диспансерное наблюдение ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью Диспансерное наблюдение детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями проводится в соответствии с действующими в России положениями участковыми педиатрами, «узкими» специалистами и педиатрами центра по борьбе и профилактике СПИД.

Вакцинопрофилактика Детей, родившихся от женщин с ВИЧ-инфекцией, до окончательного установления диагноза вакцинируют как потенциально ВИЧ-инфицированных. После исключения ВИЧ-инфекции ребенка вакцинируют по Национальному календарю профилактических прививок. Факторы, определяющие тактику вакцинации детей с ВИЧ-инфекцией: • Стадия заболевания. • Степень иммуносупрессии. • Вид вакцин (живые, инактивированные). • Цель иммунизации (плановая, по эпидемическимпоказаниям, селективная). • Возраст ребенка. • Окружение ребенка (наличие или отсутствие больных ВИЧ-инфекцией). Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины не представляют угрозы для ребенка с ВИЧ-инфекцией. У больных в поздние стадии ВИЧ-инфекции с выраженным иммунодефицитом (3-я иммунологическая категория по классификации CDC) после окончания вакцинации титры антител могут быть низкими, в связи с чем рекомендуют введение дополнительной бустерной дозы вакцины. Применение живых вакцин возможно только при отсутствии выраженного иммунодефицита.

Вакцинопрофилактика вирусного гепатита В. Рекомбинантную вакцину против гепатита В применяют в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Титры защитных антител могут быть низкими. При слабом поствакцинальном иммунитете возможна дополнительная ревакцинация. Вакцинопрофилактика туберкулеза. У детей с ВИЧ-инфекцией с глубоким иммунодефицитом может развиться диссеминированная БЦЖ-инфекция. Согласно действующим в настоящее время нормативным актам, противопоказанием к вакцинации БЦЖ является ВИЧ-инфекция у матери. Вопрос о вакцинации ребенка решают после установления ВИЧ-статуса в возрасте 18 месяцев. Вместе с тем, у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин, часто имеет место семейный контакт с больными туберкулезом. Дети, инфицированные ВИЧ вертикальным путем, имеют высокий риск развития туберкулеза. Научными исследованиями последних лет доказано, что у подавляющего большинства ВИЧ-инфицированных детей поствакцинальный период протекает гладко, вырабатывается достаточный поствакцинальный иммунитет (Снегова Н.Ф., 2006; Таточенко В.К., 2007). В связи с этим сотрудниками Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей (СПб., 2006) разработаны рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин.

1. Вакцинация БЦЖ противопоказана: • при манифестных стадиях ВИЧ-инфекции — стадии 2В, 4, 5 по классификации В.И. Покровского (2001)и стадии В, С по классификации CDC (1994); • при наличии 2-й и 3-й иммунологических категорий по классификации CDC. 2. Ребенок с ВИЧ-инфекцией, не привитый в роддоме и проживающий в эпидемически неблагоприятных условиях по туберкулезу, может быть привит БЦЖ-М при соблюдении следующих условий: • решение врачебной комиссии; • консультация фтизиатра; • отсутствие клинических проявлений ВИЧ-инфекции и ИДС (1-я ммунологическая категория по классификации CDC); • разобщение с источником туберкулеза на срок не менее двух месяцев. Реакцию Манту с 2 ТЕ туберкулина больным ВИЧ-инфекцией проводят 2 раза в год начиная с возраста 3— 12 месяцев. Положительным результатом считают диаметр папулы 5 мм и более.
2. Вакцинопрофилактика полиомиелита. Согласно Приказу МЗ и СР РФ № 27 от 17.01.2006 г., больных ВИЧ-инфекцией прививают только инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ) согласно Национальному календарю профилактических прививок. Титры антител при вакцинации ИПВ ниже, чем при применении оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ). Кроме того, при введении ИПВ не создается местный иммунитет. Для профилактики вакцин-ассоциированного полиомиелита у детей с ВИЧ-инфекций предложены следующие мероприятия. Братья и сестры ВИЧ-инфицированного ребенка должны получать ИПВ. Человек, вакцинированный ОПВ, должен ограничить контакт с ВИЧ-инфицированным ребенком в течение 4-6 недель. Вакцинопрофилактика коклюша, дифтерии, столбняка. Вакцинацию проводят согласно Национальному календарю профилактических прививок. Титры противодифтерийных и противостолбнячных антител, как правило, высокие. При выраженной иммуносупрессии выработка антител может быть угнетена, поэтому больным с 3-й иммунологической категорией по классификации CDC рекомендуют проводить контроль титров противодифтерийных антител через 1—2 месяца после законченной вакцинации. Если титры антител ниже защитного уровня, дополнительно вводят АДС-М с последующим серологическим контролем.
Вакцинопрофилактика кори, эпидемического паротита, краснухи. Вопрос о вакцинации решают после установления ВИЧ-статуса ребенка. Детей, не инфицированных ВИЧ, и больных ВИЧ-инфекцией с клиническими категориями А, В, 1-й и 2-й иммунологическими категориями по классификации CDC прививают согласно Национальному календарю профилактических прививок. Больным СПИДом (категория С), пациентам с глубокой иммуносупрессией (иммунологическая категория 3 по CDC) вакцинация противопоказана. Иммунный ответ на вакцинацию у детей с ВИЧ-инфекцией снижен. Для его повышения зарубежные исследователи рекомендуют первую дозу вакцины вводить в возрасте 12 месяцев, а вторую — через 4 недели. При высоком риске заражения корью первую дозу вакцины можно ввести в возрасте 6 месяцев, вторую дозу — в 12 месяцев. Если ребенок с ВИЧ-инфекцией регулярно получает в/в иммуноглобулин, > вакцинировать рекомендуют за 2 недели до очередного ведения препарата. При контакте с больным корью производят серопрофилактику — вводят иммуноглобулин в дозе ,25—0,5 мл/кг, но не более 15 мл, в 1 в/м введение. Детей с ВИЧ-инфекцией необходимо дополнительно вакцинировать против пневмококковой, гемофильной инфекций, гриппа, ветряной оспы, вирусного гепатита А соответствии с инструкциями по применению вакцин.
3. Гемофильная инфекция. При начале вакцинации возрасте старше трех месяцев она проводится трехкратно с интервалом 1,5 месяца. Ревакцинацию осуществляют через 12 месяцев после введения третьей дозы. При начале вакцинации в возрасте 6—12 месяцев она проводится двукратно с интервалом 1—2 месяца, детей ревакцинируют через 12 месяцев после введения второй дозы. Дети старше 12 месяцев и взрослые прививаются однократно. В ответ на вакцинацию у ВИЧ-инфицированных детей вырабатывается достаточно высокий титр защитных антител, но в условиях иммуносупрессии антителогенез может быть угнетен. Пневмококковая инфекция. Вакцину «Пневмо 23» детям старше двух лет. Повторную вакцинацию проводят через 3—5 лет. Титр защитных антител может быть невысоким. За рубежом детей с ВИЧ-инфекцией в возрасте младше двух лет вакцинируют сначала семивалентной вакциной, а затем в возрасте старше двух пет — вакциной «Пневмо 23». В нашей стране семивалентная вакцина не зарегистрирована. Ветряная оспа. Детей с ВИЧ-инфекцией с клинической категорией А и 1-й иммунологической категорией по классификации CDC в возрасте старше 12 месяцев реко-мендуют вакцинировать против ветряной оспы. Вторую дозу вводят через 3 месяца. Необходимо также вакцинировать лиц, контактирующих с ВИЧ-инфицированным ребенком, которые не болели ветряной оспой.
4. Грипп. Детей с ВИЧ-инфекцией, начиная с возраста 6 месяцев, рекомендуют ежегодно вакцинировать против гриппа. Детей младше 12 лет прививают только расщепленной вакциной. Пациентам в возрасте младше 9 лет, которые впервые получают противогриппозную вакцину, вводят две дозы с интервалом в 1 месяц. Детям младше трех лет вводят половинную дозу вакцины. Вакцинацию следует проводить осенью. Вакцинировать против гриппа необходимо также лиц, контактирующих с ВИЧ-инфицированным ребенком. Вирусный гепатит А. Вакцинация показана детям старше двух лет при наличии следующих факторов риска: поездка или пребывание в регионе с высокой заболеваемостью вирусным гепатитом А, хронические заболевания печени, нарушение свертывающей системы крови. Титры защитных антител могут быть ниже по сравнению со здоровыми детьми.

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЛЯ АННОТАЦИИ

[+ Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_image&metod_id=5394)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ad.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2884)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ar.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2885)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_krap.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2886)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kl._rekom._al._rinit_deti.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2887)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_federal._kl._rekom._allergologiya.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2888)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_federal._kl._rekomen._anaf._shok.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2889)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_nats._rekomend._po_vich-infektsii_deti.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2890)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_protokol_bronhialnaya_astma_.doc>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2891)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_1-3_goda_2016_god.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2892)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_grud._vsk._voz.doc>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2893)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_prilozhenie_1-3_goda.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2894)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_natsionalnaya_programma_vskarmlivaniya_2009.doc>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2895)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_d4ccfc9b_dispanser_krov_is_stud_6_kurs_2013.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2896)

ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5394&control_type=10) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5394&control_type=10&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5394&control_type=10)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763917) Методы диагностики аллегрических и иммунных заболеваний у детей. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763917&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763917)

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763918) Показания для госпитализации детей с аллергическими и иммунными заболеваниями. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763918&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763918)

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763919) Профилактика аллергических заболеваний и нарушений иммунитета у детей. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763919&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763919)

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763920) Принципы диспансерного наблюдения детей с аллергическими и иммунными заболеваниями. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763920&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763920)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5394&control_type=1) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5394&control_type=1&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5394&control_type=1)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763921) НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОБИОТИКОВ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763921&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763921)

**- бифидобактерии;**

- бациллы;

- сахаромицеты;

- энтеробактерии;

- энтерококки;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763922) ОТ ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763922&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763922)

- при уходе за ребенком;

- при поцелуях;

**- в период внутриутробного развития и родов;**

- через руки;

- при кашле;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763923) ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ НА ПЕНИЦИЛЛИН МОЖНО НАЗНАЧИТЬ ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763923&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763923)

**- макролидов;**

- цефалоспоринов 1 и 2 поколений;

- карбопенемов;

- цефалоспоринов 3 поколения;

- ингибиторозащищенных пенициллинов;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763924) АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763924&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763924)

**- гиперегии;**

- нормергии;

- гипоергии;

- анергии;

- нормергии и анергии;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763925) ДЛЯ «АТОПИЧЕСКОГО МАРША» У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНО [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763925&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763925)

**- прогрессирование клинических признаков атопического заболевания от атопического дерматита до бронхиальной астмы и аллергического ринита;**

- тяжелое течение атопического дерматита;

- обострение атопического дерматита;

- обострение аллергического ринита;

- обострение аллергического конъюктивита;

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763926) ПОНЯТИЕ ИММУННЫЙ СТАТУС ТОЧНЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЮТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763926&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763926)

**- количественные характеристики иммунокомпетентных клеток;**

- оценка функциональной активности иммунокомпетентных клеток;

- оценка активности внутриклеточных ферментов;

- взаимосвязь комплекса количественных и функциональных показателей иммунной системы;

- оценка биофизического состояния мембран иммунокомпетентных клеток;

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763927) ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНОГО К ВИРУСНЫМ И ГРИБКОВЫМ ИНФЕКЦИЯМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763927&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763927)

- макрофагов;

- В-клеток;

**- Т-клеток;**

- нейтрофилов;

- системы комплемента;

8. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763928) ВТОРИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763928&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763928)

- с первых дней жизни;

- с 4-6 месяцев жизни;

- с 2 лет;

- с 11-13 лет;

**- в разном возрасте;**

9. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763929) АНТИТЕЛА КЛАССА IGE ВЫРАБАТЫВАЮТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763929&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763929)

- базофилы;

**- плазматические клетки;**

- т-лимфоциты;

- тимоциты;

- тучные клетки;

10. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=763930) К ПЛОДУ ОТ МАТЕРИ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ПЕРЕХОДЯТ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763930&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763930)

- класса А;

- класса М;

**- класса G;**

- класса Е;

- крупномолекулярные;

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5394&control_type=17) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5394&control_type=17&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5394&control_type=17)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=763931) Наташа Т., 8 лет на приеме у педиатра с мамой. Жалобы на высыпания на коже с сильным зудом. Из анамнеза известно, что с трехмесячного возраста до 2,5 лет страдала детской экземой. Скарификационная проба с яйцом (+++), провокационный тест с яйцом - положительный. На фоне продолжительной ремиссии ребенку дали апельсин и шоколад, после употребления которых появились кожные высыпания с сильным зудом. Однако отмена этих продуктов не привела к улучшению. Осмотр. При поступлении в стационар кожа туловища и конечностей сухая, шелушащаяся. На сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области лучезапястных суставов видны папулезная сливная сыпь, лихенификация, трещины. На коже верхней части груди и спины - папулезная сыпь, следы расчесов и кровяные корки. Масса тела – 23,5 кг, длина тела- 124 см. Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,0х10 в 12 ст./л, цветной показатель 0,9, лейкоциты 8,2х10 в 9 ст./л, эозинофилы 12%, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 47%, лимфоциты 34%, моноциты 5% , СОЭ 6 мм/ч. Уровень общего IgE сыворотки 220 ЕД/мл (норма - 70 ЕД/мл). Задание: 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Анатомо- физиологические особенности кожи и придатков. 3. Современная классификация смесей для искусственного вскармливания. 4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 5. Тактика и диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763931&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763931)

- Атопический дерматит.;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=763932) Ребенку 1 месяц, находится на грудном вскармливании. Жалобы матери на примесь зелени в стуле ребенка. Из анамнеза. Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3200г, длина тела 53 см. Приложен к груди на родовом столе, находится на исключительно грудном вскармливании. За месяц прибавил 800г. При осмотре. Удовлетворительного питания, самочувствие не страдает, сон и аппетит сохранены. Стул до 4 раз в сутки, кашицеобразный с зеленью. Мочится 20-25 раз в сутки со слов мамы. При исследовании кала на дисбиоз выявлен золотистый стафилококк 103 КОЕ/г кала. У матери при посеве молока выявлен эпидермальный стафилококк (225 колоний в 1 мл молока). Задание: 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Анатомо-физиологические особенности тонкого и толстого кишечника у детей. 3. Абсолютные и относительные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери и ребенка. 4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 5. Тактика. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763932&metod_id=5394) [▲Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763932)

- Грудное вскармливание не противопоказано.;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=763933) Марина К. 6 месяцев, госпитализирована по направлению врача детской неотложной помощи с диагнозом: «ОРВИ, судорожный синдром». Из анамнеза. Больна третий день: на фоне умеренно выраженных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей и фебрильной лихорадки (максимальный подъем температуры тела – 38,3 С) возникли кратковременные клинические судороги с потерей сознания. Родители ребенка являются троюродными братом и сестрой. У матери и отца ребенка темные волосы и карие глаза. Со слов матери у ребенка с рождения отмечена склонность к запорам. При осмотре. В отделении состояние девочки оценено как среднетяжелое. Признаки ОРВИ ликвидированы за 4 дня пребывания в стационаре. При исследовании ребенка педиатром и детским неврологом обнаружено отклонение в развитии девочки. У девочки светлые волосы, голубые глаза и очень светлая кожа. Девочка по антропометрическим показателям – микросоматик. В 6 мес ребенок не сидит, не ползает, плохо переворачивается, прорезывавание зубов не намечается. Девочка редко гулит, лепетная речь отсутствует, мимика бедная. Выражены проявления аллергодерматоза. Несмотря на отсутствие рахита, ребенок легко потеет. Пот имеет своеобразный запах (мышиный). Легко возникает «мраморность» кожи и акроцианоз. Биохимический анализ крови кальций общий 2,5 ммоль/л (норма 2,1-2,7 ммоль/л). Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный, плотность 1007, слабощелочная, белок 0,2 г/л, глюкоза 2,9 ммоль/л, хлориды 125 ммоль/л, цитоз 7 клеток/3 мкл, нейтрофилы 3%, лимфоциты 65%, моноциты 33%. Содержание фенилкетонов в крови 2,3 ммоль/л (норма до 0,56 ммоль/л) Задание: 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Нарушения обмена белков и аминокислот у ребенка. 3. Принципы питания детей при фенилкетонурии. 4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 5. Принципы диетотервпии. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763933&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763933)

- Фенилкетонурия.;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=763934) Вика Р., возраст 1 год 1 месяц, поступила в клинику с жалобами на беспокойство, потерю аппетита, снижение массы тела, разжиженный светлый стул 3-4 раза в день. Из анамнеза. Девочка от немолодых родителей (матери 41 год, отцу-54), мать длительно лечилась по поводу хронического невынашивания. Беременность 6-я (1-м/а, 2-4 – выкидыши на различных сроках). Для сохранения беременности проводилась гормональная терапия. Отмечены проявления токсикоза (отеки, подъемы АД). На 38 – 39 неделе было проведено плановое кесарево сечение в интересах плода по совокупности показаний. Масса тела новорожденной 4200 г, длина 53 см. оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Грудное вскармливание проводилось до 3 мес, затем – искусственное без аллергических реакций. Держит голову с 2 мес, сидит с 5,5 мес, стоит с поддержкой с 8 мес. масса тела в 6 мес – 8400 г при росте 67 см. В возрасте 5 мес был введен первый прикорм – овощное пюре, 6 мес – каша (манная, овсяная, гречневая, пшеничная). С возраста 7 мес у девочки постепенно ухудшился стул – стал пенистым, светлым, с неприятным запахом и жирным блеском, 5-7 раз в день. С этого же возраста начала терять в массе. Масса тела к 12 мес 7300 г, длина 71 см. девочка стоит при поддержке, самостоятельно не ходит. Эмоциональный статус резко снижен – раздражительно, плаксива. От еды отказывается. Получила 3 курса лечения ферментами (панкреатин, фестал) и биопрепараты (бифидумбактерин, бактисубтил). В 9 мес. введен мясной продукт. К 1 году имела 2 молочных кормления и 3 прикорма (каши, овощи, мясо), однако прибавки массы не было. При осмотре ребенок резко пониженного питания. Жировой слой на туловище отсутствует, на конечностях слабо выражен. Тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно, выражены мраморность и сухость кожи, нарушена пигментация кожи на груди и лице. Видимые слизистые бледные, сухие. Сосочки языка сглажены, зев без катаральных явлений. Зубы 2/2 с дефектами эмали. Пульс 134 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца глухие. Систолический дующий шум над верхушкой сердца. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот резко вздут, увеличен в размере (это придает ребенку вид «паучка»), при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Печень пропальпировать не удается, перкуторно – на 3,5 см ниже края реберной дуги. Копрология. Стул кашицеобразный, серый, неприятный запах, детрит ++, мыла +++, непереваренная клетчатка +++, йодофильная флора +++, лейкоциты 5-7 в п/зр. Сахар крови 3,9 ммоль/л (норма 3,3 – 5, 5 ммоль/л). Антитела к дезамидированным пептидам глиадина класса IgG 340 отн. Ед/мл (норма 0.3 отн. ед/мл-200 отн. ед/мл). Задание: 1. Обоснуйте синдромный дианоз. Дифференциальный ряд. 2. Синдром мальабсорбции. 3. Принципы питания детей при целиакии. 4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 5. Диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763934&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763934)

- Целиакия.;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=763935) Роман Т., 8 лет на приеме с мамой у аллерголога в поликлинике. Жалобы на редкий сухой кашель, плохой аппетит, утомляемость после школьных занятий, снижение внимания. Из анамнеза: Мальчик болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста, наблюдались приступы удушья. Неоднократно госпитализировался в аллерго-пульмонологическое отделение. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), в связи с чем мальчик обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. Ребенок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β2 – адреномиметики, ингаляционные глюкокортикостероиды. При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, в контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз, акроцианоз. Дыхание жесткое по всем полям, единичные «свистящие хрипы» с обеих сторон. ЧД 26 в минуту. Пульс 98 уд. в минуту, АД 110/65 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Антропометрия: Масса тела 34 кг; длина тела 104 см. При проведении аллергических проб выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, полыни, амброзии. Пикфлоуметрия: показатели в желтой зоне. Общий Ig E 147 ЕД/мл (норма 16-60 ЕД/мл). Задание: 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Синдром дыхательной недостаточности, степени, диагностика. 3. Объясните понятия гипоаллергенный быт и гипоаллергенная диета. 4. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 5. Тактика. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=763935&metod_id=5394) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5394&question_id=763935)

- Бронхиальная астма.;

Примерная тематика НИРС по теме

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_nirs&metod_id=5394) | [+ Ввести новый](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_tl_metod&umkd_id=2713&tl_type=8&tl_id=0&semester=6&metod_id=5394)

1. Основы законодательства РФ по охране материнства и детства. Правовые аспекты работы врача педиатра амбулаторного звена [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173003&metod_id=5394)

2. Мониторинг медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска развития заболеваний детей и подростков. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173004&metod_id=5394)

3. Критические состояния в педиатрии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173006&metod_id=5394)

4. Роль семьи в формировании здоровья детей и подростков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173149&metod_id=5394)

5. СПИД – эпидемиологические и социальные аспекты, ранняя диагностика, лечение, диспансерное наблюдение [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173150&metod_id=5394)

ЛИТЕРАТУРА

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_lit&metod_id=5394)

**Основная литература**

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51199)

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51199)

**Дополнительная литература**

616-053.2
Д38
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=31422)

616-053.2
Д38
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=31422)

616-053.2
П69
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=35172)

616-053.2
П69
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=35172)

616-053.2
П69
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=35173)

616-053.2
П69
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=35173)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Алгоритм выбора искусственных смесей: в схемах и таблицах](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=40012) : учеб. пособие для самостоят. работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 86 с. + Электронный ресурс. : 13.90 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=40012)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Алгоритм выбора искусственных смесей: в схемах и таблицах](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=40012) : учеб. пособие для самостоят. работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2014. - 86 с. + Электронный ресурс. : 13.90 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=40012)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=50805)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=50805)

Цыбулькин, Э. К.
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51205)

Цыбулькин, Э. К.
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51205)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51216)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5394&res_id=51216)

**Электронные ресурсы**

ПРИЛОЖЕНИЕ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_addition&metod_id=5394)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_d4ccfc9b_dispanser_krov_is_stud_6_kurs_2013.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_natsionalnaya_programma_vskarmlivaniya_2009.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_prilozhenie_1-3_goda.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_grud._vsk._voz.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_1-3_goda_2016_god.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_protokol_bronhialnaya_astma_.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_nats._rekomend._po_vich-infektsii_deti.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_federal._kl._rekomen._anaf._shok.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_federal._kl._rekom._allergologiya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kl._rekom._al._rinit_deti.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_krap.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ar.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ad.pdf>