

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

Кафедра госпитальной педиатрии

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине

Наименование дисциплины	Госпитальная педиатрия
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

**Тема 7. Патология детей раннего возраста.
Атопический дерматит. Детская экзема.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная педиатрия»:

Разработаны
доцентом кафедры
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.
Леденевой Л.Н.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,
зав. кафедрой

Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе
для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02
Педиатрия 2022 года набора очной формы
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель Ознакомить обучающихся с основами аллергических реакций детского организма «Атопический дерматит. Детская экзема», студенты должны научиться диагностировать данное заболевания, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2. Учебные вопросы

1. Этиология.
2. Патогенез.
3. Классификация.
4. Клиника.

5. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

6. Лечение.

7.Профилактика. Прогноз. Исход.

3. Теоретическая часть.

Данная патология включает большую группу заболеваний, характеризующихся аллергическими поражениями преимущественно кожи или кожи и слизистых оболочек.

Критерии диагностики

I. Анамнестические:

отягощенная как по материнской, так и по отцовской линиям аллергическими заболеваниями наследственность; указания на внутриутробную антигенную стимуляцию плода, обусловленную экстрагенитальной патологией матери, токсикозами беременности, нарушениями в питании и медикаментозной терапией беременной. В постнатальном периоде она может быть связана с нарушениями во вскармливании ребенка, злоупотреблениями облигатными аллергенами, нерациональной антибиотикотерапией и вакцинацией, частыми заболеваниями, дисбиозом кишечника.

II. Клинические:

1. Симптомы функциональных нарушений нервной системы: эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, нарушения засыпания и сна, “беспричинный” крик в ночное время, нарушение

потоотделения вплоть до потовых ночных или утренних кризов, особенно головы и верхней части туловища, температурная неустойчивость с кратковременными “свечками” и самостоятельным в течение 0,5-1 часа снижением температуры тела.

2. Гиперпластический синдром:

увеличение периферических лимфоузлов, разрастание аденоидных вегетаций, гипертрофия миндалин, у некоторых детей увеличение печени.

3. Симптомы поражения кожи:

- аллергический конституциональный дерматит - преходящая эритема щек и ягодиц, усиливающаяся в вечерние часы, сопровождающаяся незначительным шелушением; характеризуется наличием чешуйко-корочек в области бровей и лба, упорными опрелостями в необычных местах, гнейсом, молочным струпом, папулезными сыпями;

- истинная детская экзема - островоспалительная инфильтрация кожи, появление быстро вскрывающихся микровезикул с серозным содержимым (мокнущая), с последующим образованием “серозных колодцев”, корочек при подсыхании экссудата. При расчесывании кожи образуются ссадины и геморрагические корочки. Первичные высыпания возникают на голове, лице, при генерализации процесса - на разгибательных поверхностях рук и ног, на туловище, ягодицах;

- себорейная экзема - эритематозно-сквамозные элементы буро-красного цвета с отрубевидным шелушением на волосистой части головы, щеках, заушных складках, шее, туловище. Вне участков поражения кожа бледно-серая, сухая с утрированным ладонно-подошвенным рисунком;

- нейродермит - воспалительная эритема, сгруппированные лихеноидные папулы, шелушение, рассеянные пруригинозные элементы. Типична лихенизация кожи (утолщение, огрубелость кожи, подчеркнутость рельефа - “штриховка гравировщика”) и локализация процесса на сгибательных поверхностях, в области лучезапястных суставов, на шее,

при генерализации - на туловище. Характерен выраженный зуд, белый дермографизм;

- строфулюс - высыпной элемент - серопапула, сопровождающаяся сильным кожным зудом. Процесс может локализоваться на туловище, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей, в области ладоней и подошв; иногда могут возникать ангионевротические отеки.

4. Синдромы сочетанного поражения кожи и слизистых оболочек:

- дермоинтестинальный - рвота, метеоризм, учащение стула, коликообразные боли в животе, избирательное снижение аппетита. Длительный аллергический энтерит может приводить к формированию вторичного синдрома мальабсорбции, к дисбактериозу. При аллергическом колите - стул слизистый;

- дермореспираторный - аллергический ринит (нарушение носового дыхания вследствие отека слизистой носовой полости, отказ от гшруды, вялость, капризность), синусит, трахеит, рецидивирующие приступы удушья. Характерна синхронность обострений кожного и респираторного процессов;

- дермомукозный - рецидивирующие отиты, блефариты, стоматиты, фарингиты, конъюнктивиты, вульвиты, баланиты и др. В сочетании с кожными изменениями.

III. Параклинические:

а) общий анализ крови - эозинофилия;

б) общий анализ мочи - повышенное содержание эпителиальных клеток, слизь, эозинофильные лейкоциты;

в) анализ кала - полиморфно-ядерные лейкоциты, эозинофилы, базофилы, эпителиальные клетки в слизи;

г) биохимическое исследование крови - гипо-, диспротеинемия, гипохолестеринемия, уплощенная сахарная кривая, повышенное содержание натрия, калия, неустойчивость уровня кальция;

- д) исследование иммунного статуса - повышенный уровень ,IgE, сниженный - IgA и sIgA; снижение активности Т-супрессоров;
- е) исследование функциональной активности тучных клеток - недостаточность \square -адренорецепторов, избыточная секреция гистамина и лейкотриенов.

Эталон диагноза:

аллергодерматоз, дермомукозный синдром (истинная экзема, аллергический отит), распространенная форма, фаза манифестации.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗА У ДЕТЕЙ

Минимальная

- сбор и анализ генеалогического анамнеза ребенка
- сбор и анализ аллергологического анамнеза
- оценка характера питания (употребление пищевых аллергенов)
- клиническая оценка состояния кожи и слизистых
- клинический анализ крови (эозинофилия)
- общий анализ мочи
- развернутая копрограмма (эозинофилы, базофилы, полиморфно-ядерные лейкоциты, эпителиальные клетки в слизи)

Максимальная

- определение уровня холестерина, калия, натрия, белков и белковых фракций в сыворотке крови
- исследование сахарной кривой
- исследование тестов иммунного статуса I и II уровней (содержание IgE, IgA, sIgA, Т-супрессоры)
- определение функциональной активности тучных клеток

Примерный вариант диетотерапии

Ребенок 5 месяцев (масса тела при рождении 3500 г, длина - 52 см) имеет фактическую массу тела 7500 г. Вскармливание искусственное.

Диагноз: аллергический диатез, аллергический конституциональный дерматит, распространенная форма, фаза манифестации.

6.00	ацидофильная смесь “Малыш”	200,0
10.00	каша гречневая на овощном отваре	150,0
	фруктовое пюре	50,0
14.00	овощное пюре	150,0
	мясной фарш из вываренного мяса	10,0
	растительное масло в пюре	3,0
	сок яблочный	30,0
18.00	ацидофильная смесь “Малыш”	170,0
	творог	30,0
	сок яблочный	20,0
22.00	ацидофильная смесь “Малыш”	200,0

Расчет питания

Наименование продукта	Количество в г	Белки в г	Жиры в г	Углеводы в г	Калорийность
Ацидофильный “Малыш”	570,0	11,98	21,0	42,12	396,0
Каша гречневая	150,0	3,0	1,8	18,9	183,5
Овощное пюре	150,0	1,5	3,0	14,4	95,0
Мясной фарш	10,0	1,8	0,3	-	10,03

Творог 20 %	30,0	4,8	5,4	-	67,8
Растительное масло	5,0	-	5,0	-	45,0
Сок яблочный	50,0	0,3	-	5,9	23,5
<i>Всего в сутки</i>		23,6	38,6	92,3	866,85
<i>На кг массы тела</i>		3,1	5,1	12,3	115,5
<i>Потребность на кг массы тела</i>		3-3,5	5,5-6	12-14	115-225

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЕ

Организационные мероприятия

1. Уточнение генеалогического, биологического и аллергологического анамнеза.
2. Установление и возможное устранения причины, вызвавшей заболевание.
3. Определение клинического варианта, формы и периода заболевания.
4. Организация режима антигенного щажения.
5. Диета.
6. Организация контроля эффективности комплексной терапии.
7. Определение показаний для консультаций специалистов.

Лечебные мероприятия

1. Организация режима антигенного щажения:

- обеспечение условий гипоаллергенного быта
- устранение источников эндогенной сенсибилизации
- активная санация очагов хронической инфекции
- активная дегельминтизация
- профилактика поствакцинальных осложнений
- максимальное ограничение высокоаллергенных лекарств при лечении интеркуррентных заболеваний.

2. *Диета* строится по типу элиминационной с исключением причинно-значимого продукта и заменой его равноценными пищевыми веществами (Б, Ж, У должны соответствовать возрастной норме), а также исключением облигатных аллергенов, продуктов, относящихся ко 2-ой группе аллергенов сроком от 2 до 6 месяцев. Строгая коррекция режима питания кормящей матери с исключением облигатных аллергенов и экстрактивных веществ.

У детей на искусственном вскармливании предпочтение следует отдать адаптированным кисломолочным смесям (“Малютка”, “Малыш”, “Новолакт” и др.).

При тяжелых формах аллергодерматоза обязателен перевод на смеси, созданные на основе растительного белка: миндальное молоко, “Изомил”, “Соялак”, “Прособи” и др.

Натуральные соки назначают с 2-х месяцев, начиная с яблочного (из яблок с зеленой окраской), затем с 2,5 месяцев вводят фруктовые пюре (яблоки, бананы, груши, белая и красная смородина, белая черешня).

1-й прикорм (овощное пюре) вводят с 3-3,5 месяцев. В его состав входят кабачки, капуста, вымоченный картофель, зеленый горошек. Овощи вводят в пюре поочередно, исходя из переносимости.

2-й прикорм (каша) вводят с 4-4,5 месяцев, желательно использовать рисовую, овсяную, перловую, гречневую, соевую, кукурузную или их сочетания. Каши готовят частично на молоке или полностью на овощном или фруктовом отваре.

Мясо вводят с 5 месяцев дважды вываренным. Жир назначают по физиологической потребности, назначая топленое сливочное и растительное масла. Ограничивают легко усвояемые углеводы, особенно сахар, т.к. он усиливает сенсibilизирующее действие белков. Детям пастозным или с избыточной массой тела ограничивают соль и воду. Показано проведение разгрузочных дней 1 раз в неделю с обязательным предварительным промыванием кишечника кипяченой водой. Обязательно ведение пищевого дневника.

3. *Патогенетическая терапия:*

- а) антигистаминные и антисеротониновые препараты (дипразин, супрастин, перитол, тавегил, пиралин, 1-2 % р-р салициловокислого натрия, гипосульфит натрия 5 % и др.) в период обострения не более 2-х курсов по 3-5 дней; салициловокислый натрий и гипосульфит натрия показаны при лечении упорно текущих аллергодерматозов; б) иммунодепрессанты:
- малые (делагил, метиндол, индометацин);
 - большие (глюкокортикоиды, цитостатики) используют при лечении аллергических реакций замедленного типа, при рецидивирующих формах аллегодерматозов;
- в) препараты антилибераторного действия:
- эуфиллин, теофиллин, папаверин назначают в возрастной дозировке 2-3 раза в день в течение 4-12 недель; г) коррекция иммунных нарушений:
 - неспецифические стимуляторы иммунитета (метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия, силенин, адаптогены и др.);
 - биостимуляторы широкого спектра действия (элеутерококк, жень-шень, китайский лимонник, золотой корень, прополис, сыворотка Филатова);
 - нейротропные средства (этимизол, дибазол, эфедрин);
- д) препараты, восстанавливающие функции надпочечников:
- этимизол по 0,6 - 1,0 мг/кг 2-3 раза в день в течение 10-14 дней;
 - УВЧ-индуктотермия с использованием электрода вихревых токов;
 - глицирам по 0,05 2-3 раза в день 3-4 недели или отвар череды или корня солодки; е) антиоксидантная терапия - витамины В6, В2, В15, Е, аскорбиновая кислота, глютаминовая кислота в течение 2-3 недель;
- ж) восстановление микроциркуляции и гемокоагуляционных нарушений:
- гепарин по 100-300 ед/кг 4 раза в день п/к, курс 14-35 дней, в сочетании с контрикалом 1-2 тыс ед/кг массы тела в сутки в течение 3-4 дней в/в и реополиглюкином - 10 мл/кг массы тела в сутки;

- трентал в/в по 5 мл 5-10 инъекций;
- курантил по 0,025 мг 3 раза в день до еды в течение 3-4 недель;
- компламин по 1/2 таблетки 3 раза в день после еды в течение 30-40 дней.

Симптоматическая терапия:

а) бактериофаги (стафилококковый, колипротейный) 2 курса по 3 дня с перерывом в 3 дня; б) эубиотики (лактобактерин, бифидобактерин, бификол, колибактерин, бактисубтил) курсами по 30-45 дней;

в) ферментные препараты назначают, ориентируясь на данные копрограммы:

- гастритическая недостаточность (в кале значительное количество неперевариваемой клетчатки и мышечные волокна) - пепсидил по 1 десертной ложке 3 раза в день до еды или во время еды, курс 2-3 недели;

- панкреатическая недостаточность (в кале нейтральный жир в большом количестве, стул жирный 3-4 раза в сутки) - панкреатин - до 1 г. По 0, 1 - 0,15; с 1 г. до 3 лет - по 0,15-0,2 г 2-3 раза в день через час после еды; ораза по 1/2 чайной ложке гранул 3 раза в день. Курс 2 недели.

- при энтеритном синдроме (в кале внеклеточный крахмал, жирные кислоты, мыла, неперевариваемая клетчатка, йодофильная флора) - панзинорм, панкурмин, мезим-форте в возрастной дозировке;

- при недостаточности желчеотделения (в кале нерасщепленный жир, кристаллы жирных кислот, мыла жирных кислот) - фестал, дигестал;

- при гепатоцеллюлярной недостаточности (снижение в сыворотке крови уровня альбумина, холестерина, протромбина) - эссенциале, АТФ, витамин В; г) седативные препараты (седуксен, реланиум, фенобарбитал и др.).

Наружное лечение: используются примочки, болтушки, мази. При лечении мокнущих участков кожи начинают с примочек: раствор риванола - 1:1000, резорцина - 0,5-1,0 % р-р, 1-2 % р-р танина, отвар чая, ромашки, чистотела, череды и др., затем переходят на болтушки, а потом на индифферентные мази с обязательным включением цинка, нафталина, анестезина, атофтана,

нафталоновой мази, пасты АСД, седативных препаратов. Для наружного лечения используют ванны с отварами трав, отрубями, крахмалом.

На втором этапе лечения (после санации очагов инфекции, дегельминтизации, проведения детоксикации, восстановления реологических свойств крови) назначают гистоглобулин с 0,05-0,1 мл п/к с увеличением дозы в последующих введениях на 0,1-0,25 мл до 1,0-1,5 мл 2 раза в неделю. Курс - 3-10 инъекций, в течение года их повторяют 2-3 раза.

Физиотерапия:

- УФО с 1/8-1/6 биодозы до 1-1,5 биодоз, курс 12-15 процедур через день;
- электросон по 20-30 минут через день, 10-15 процедур;
- кальция-электрофорез 10-15 процедур на участки неповрежденной кожи;
- эндоназальный электрофорез с 0,5 % раствором димедрола или супрастина, или инталом при дерматореспираторном синдроме;
- озокеритовые или парафиновые аппликации при очаговом нейродермите
- 10-12 процедур;
- ультразвук - в импульсном режиме 10-15 процедур при нейродермите вокруг пораженного участка.

Контроль эффективности.

1. Нормализация клинико-функционального состояния.
2. Нормальное физическое и нервно-психическое развитие.
3. Отсутствие или значительное урежение рецидивов заболевания.
4. Отсутствие трансформации заболевания в более тяжелые клинические варианты.

5. Практическая часть

Задание 1. Курация

больного:

- сбор жалоб
- сбор анамнеза жизни
- сбор анамнеза заболевания
- осмотр кожных покровов, костной системы

-перкуссия и аускультация легких

-определение границ сердца, аускультация сердца -подсчет СД, ЧСС

-пальпация живота с определением границ печени и селезенки.

Задание 2. Решите задачу

Задача 1.

Мать обращалась к врачу с ребёнком (1 мес.), которого она считает здоровым и хорошо развивающимся (улыбается, следит за предметами, начинает держать голову, за первый месяц прибавил в весе 1200 г.) После введения в рацион морковного сока у ребёнка появились желтоватые чешуйки (на фоне гиперемии) в надбровных областях, на лбу и на волосистой части головы.

- 1. О чём можно думать в данном случае?*
- 2. Как называются указанные изменения?*
- 3. Есть ли ещё данные в анамнезе, подтверждающие Ваше предложение?*
- 4. Терапевтическая тактика.*

Задача 2.

Ребёнку 2,5 месяца. С 3-х недель из-за мастита у матери находится на грудном вскармливании донорским молоком. В настоящее время в питание введены смеси «Малыш». Мать отличает появление красноты в паховых областях, шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках и подбородке появилась гиперемия, шелушение, а затем трещины и мокнутие с образованием корок. Ребёнок беспокоен, стал плохо спать.

- 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?*
- 2. Определите изменения на коже.*
- 3. Какой причиной вероятнее всего вызваны эти изменения?*
- 4. Наметьте план лечебных мероприятий.*

Задача 3.

Ребёнку 5 мес., поступил в клинику с явлениями правосторонней пневмонии на фоне перенесённой респираторной вирусной инфекции. Мать ребёнка работает мед. сестрой, отличает зуд на руках при работе с антибиотиками

пенициллинового ряда. У мальчика на 1 мес. Жизни отличалась «молочная корка» себорея и упорные опрелости, несмотря на тщательный уход.

В комплекс лечения пневмонии был включён ампициллин. После 2-ой инъекции у ребёнка на теле появилась зудящая сыпь в виде волдырей розового цвета, неправильной формы и различной величины.

1. *Диагноз?*

2. *Чем можно объяснить отрицательную динамику в состоянии ребёнка при назначении лечения?*

3. *Какую лечебную тактику следует выбрать в данном случае.*

Задача 4.

Девочке один год, посещает ясли. Часто болеет респираторными заболеваниями, дважды они протекали с явлениями крупа. Почти постоянно кашляет. Носовое дыхание затруднено, из носа слизистое отделяемое. При диспансеризации отмечена сухость кожи, на щеках телеангиоэктазии. Лимфоузлы шейной группы увеличены, множественны. Язык-

«географический». Имеется зернистость задней стенки глотки. В легких – проводные хрипы. Несколько увеличены печень и селезенка. В анализе крови эозинофилия до 8%, диспротеинемия. В анализе мочи – значительное количество эпителия, лейкоцитов 20-30 в поле зрения.

О каком заболевании свидетельствуют приведенные данные?

Все ли симптомы говорят в пользу поставленного диагноза?

Какое еще заболевание можно заподозрить у ребенка?

Составьте план лечебно-профилактических мероприятий для данного больного.

Задача 5.

Мать обратилась к врачу в поликлинику с жалобами на мокнутие за ушными раковинами и блефарит у ребенка 8 месяцев.

Врач обратил внимание на бледность и вялость ребенка, нерезкое отставание в психомоторном развитии, пастозность и дряблость подкожно жировой клетчатки, увеличение всех групп лимфоузлов, гипертрофию миндалин.

Чем можно объяснить у ребенка выявленные изменения? В чем опасность такого состояния?

Задача 6.

Ребёнку 6 мес. Масса тела 7500 г. Находится на смешанном вскармливании, получает грудное молоко и манную кашу с 4-х месяцев. Мать обратилась к участковому врачу с жалобами на беспокойство ребёнка, снижение аппетита, плохой сон, высыпание на лице, груди, животе, конечностях. Накануне мать дала ребёнку 3-4 дольки мандарина. Отец ребёнка страдает бронхиальной астмой.

Поставить диагноз, назначить диету.

Задача 7.

Ребёнку 3 месяца. Масса тела 5800 г. Находится на искусственном вскармливании, получает смесь «Малыш», с рисовой мукой 6 раз в день по 140 мл., яблочный сок. У ребёнка на волосистой части головы гнейс, корочки на бровях, ресницах, молочный струп на щеках. Мать страдает пищевой аллергией.

Поставить диагноз, назначить диету и лечение.

Задача 8.

Ребёнку 2 мес., масса тела 5100 г. Находится на естественном вскармливании. С 1 месяца получает яблочный сок по 10-15 мл. Впервые мать дала морковный сок 10 мл. На следующий день появилась пятнисто-папулезная сыпь, бледнеющая при надавливании, ребёнок стал беспокойным.

Поставить диагноз, назначить диету и лечение.

Задача 11

Девочка 6 мес. От 1-ой беременности, протекавшей с токсикозами в 1-ой и 2-ой половине 1-х срочных родов. У матери ребёнка атопическая бронхиальная астма. На естественном вскармливании до 3 мес., затем переведена на искусственное вскармливание коровьим молоком. При замене питания девочка стала беспокойной, появились: выраженные отёчность и гиперемия

кожи щёк, подбородка, лба с участками мокнущия и серозными корочками. Периодически отмечается сильный зуд приступообразного характера. Кожа голеней гиперемирована, отёчна с участками мокнущия. Нет поражения кожи носогубного треугольника. Стул стал неустойчивым, с примесью слизи, лечилась самостоятельно (димедрол), но улучшений в состоянии не отмечается и после обращения к участковому врачу девочка была направлена в стационар. В стационаре проведено обследование:

1. Общий анализ крови с формулой: эр- $3,5 \cdot 10^{12}/л$, НВ 120 г/л, Л- $8 \cdot 10^9/л$, э-10, п-4, с-32, Л50, м-4, СОЭ-7мм/ч.

2. Протеинограмма: общий белок 60 г/л, альбумины 48%, глобулины α_1 α_2 -10%, β -12%, γ - 30%.

3. Кровь на иммуноглобулины: IgA 0,1 г/л (№ 0,28); IgM 0,42 г/л; IgY 8,5 г/л (повышен).

Радиоаллергосорбентным тестом в сыворотке определён высокий уровень IgE- специфический аллерген-2,5 г/л.

4. ЦИКи -20 ед. (N - 6 ед.)

5. Реакция высвобождения лейкоцитарного гистамина положительная.

6. Кал на кишечную группу – отрицательный.

7. Кал на яйца глистов – отрицательный.

8. Кал на копрограмму: лейкоциты -1-2 в п/зр, эритроциты – не определяются, слизь – большое количество, иглы жирных кислот – большое количество. В слизи микроскопически – эозинофилы. *1.Поставить диагноз.*

2.Дать оценку данным дополнительных методов исследования.

Задача 12.

Ребёнку 8 мес. Поступил в стационар с жалобами на беспокойство, сильный зуд, неустойчивый стул и изменения со сторон кожи.

Из анамнеза заболевания: мальчик болен в течение 3-х месяцев, когда после введения прикорма – 5% манной каши на коже щёк, подбородка появилась

гиперемия, сопровождаемая сильным зудом. К врачу не обращались. Мать лечила ребёнка самостоятельно: купание в отварах череды, ромашки, но кожные проявления прогрессировали, и после обращения к участковому педиатру мальчик был направлен в стационар.

Из анализа жизни: мальчик от 2-й беременности, 2-х срочных родов. Беременность протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине, угрозой прерывания. У матери ребёнка аллергия на коровье молоко, проявляющаяся изменением характера стула. Масса ребёнка при рождении 4 кг, рост 55 см, ок. головы 35 см. На естественном вскармливании до 5 мес. Со слов матери у мальчика периодически отмечались проявления гиперемии на коже щёк, подбородка после употребления красных яблок, малины, клубники.

Объективно: Кожа щёк, подбородка, лба, голеней, разгибательной поверхности рук, ног гиперемирована в виде эритематозных отёчных пятен; имеются очаги мокнущих с серозно-гнойными корочками, а также пустулёзные элементы вокруг очагов. Выражен зуд в виде приступов.

1. *Выявить диагноз.*
2. *Назначить лечение.*

Задача 13.

Ребёнку 5 месяцев. Находится на искусственном вскармливании, с 3-х мес. – кормится коровьим молоком. Во время беременности мать ребёнка злоупотребляла приёмом коровьего молока, особенно в последней триместр беременности.

Объективно: На коже волосистой части головы, лба, щёк, около ушных раковин, подбородка – гиперемия, умеренная отёчность с выраженным крупно и мелко-пластинчатым шелушением, сопровождающиеся умеренным, но постоянным зудом.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Провести дифференциальную диагностику с другими формами аллергодерматозов.*

Задача 14.

Ребёнку 4,5 месяца. Находится на естественном вскармливании. При введении 1-ого прикорма 5% манной каши у девочки появилась на коже опрелости в естественных складках шеи, за ушами, в паховых областях, кожа щёк гиперемирована, отёчна, шелушится.

Стул стал неустойчивым с примесью слизи. Появилось беспокойство ребёнка.

1. *Поставить диагноз.*
2. *Назначить лечение.*

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Определение
2. Предрасполагающие факторы
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клинические проявления в зависимости от степени тяжести и течения заболевания
6. Критерии диагностики
7. Дифференциальная диагностика
8. Лечение.
9. Виды профилактики.

6. Тестовые задания

2. Критериями перехода истинной экземы в нейродермит являются все, кроме:

- а) смена розового дермографизма на белый
- б) типичная для нейродермита локализация процесса
- в) появления микровезикул
- г) появление эпидермодермальных папул
- д) лихенификация кожи

3. К кожным формам аллергодерматоза по классификации О.А.Синявской относятся нижеперечисленные, кроме:

- а) аллергический конституциональный дерматит
- б) истинная экзема
- в) себорейная экзема
- г) нейродермит
- д) рецидивирующая крапивница

4. К клиническим проявлениям строфулюса относятся нижеперечисленные, кроме:

- а) узелковая сыпь с микровезикулами и на вершине (серопапулы)
- б) кожный зуд
- в) эскориации
- г) типичная локализация на разгибательных поверхностях конечностей, волосистой части головы
- д) опрелости

5. К клиническим проявлениям нейродермита относятся нижеперечисленные, кроме:

- а) инфильтрация кожи
- б) лихенификация
- в) эпидермодермальные папулы
- г) эскориации
- д) серопапулы

6. К клиническим проявлениям истинной экземы относятся все, кроме:

- а) микровезикулы
- б) “серозные колодцы”
- в) мокнутие
- г) серозные корки
- д) серопапулы

7. К клиническим проявлениям себорейной экземы относятся все, кроме:

- а) эритематозно-сквамозные пятна
- б) выраженная сухость кожи

- в) утрированный ладонно-подошвенный рисунок
- г) жирные корочки на голове
- д) мокнутие

8. К клиническим проявлениям аллергического конституционального дерматита относятся все, кроме:

- а) усиливающаяся к вечеру эритема щек
- б) чешуйко-корочки в области бровей и лба
- в) гнейс
- г) молочный струп
- д) эритематозно-сквамозные пятна

9. Режим антигенного щажения при лечении аллергодерматоза предусматривает:

- а) назначение гипоаллергенной диеты
- б) обеспечение условий гипоаллергенного быта
- в) устранение источников эндогенной сенсibilизации
- г) ограничение высокоаллергенных лекарств
- д) все вышеперечисленное

10. К безмолочным смесям, используемым для вскармливания детей с аллергодерматозами, относятся все, кроме:

- а) “Изомил”
- б) “Фитолак”
- в) “Прособи”
- г) “Соялак”
- д) ”Новолакт М.М.”

11. К препаратам антилибераторной направленности относятся все, кроме:

- а) интал
- б) задитен
- в) эуфиллин
- г) папаверин

д) салицилат натрия