

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Запорізький державний медичний університет

"Рекомендовано"
на методичній нараді
кафедри факультетської педіатрії

(назва кафедри)

Завідувач кафедри
професор С.М. Недельська
(ПІБ)

(підпис)

"__" _____ 20__р.

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО
ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	факультетська педіатрія
<i>Модуль</i>	Найбільш поширені соматичні захворювання дітей раннього віку; хвороби органів дихання та алергічні захворювання у дітей
<i>Змістовний модуль</i>	Алергічні захворювання у дітей
<i>Тема заняття</i>	Бронхіальна астма у дітей (лікування)
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний
<i>Склала</i>	Ас. Бесікало Т.Г.

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри

«02» вересня 2007р
«29» серпня 2011р
«28» серпня 2012р
«27» серпня 2013р
«27» серпня 2014р

Протокол № 2
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1

«26» серпня 2015р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р

Протокол № 1
Протокол №
Протокол №
Протокол №
Протокол №

Затверджено
на засіданні ЦМК

«16» 09 2010р.

Протокол № 2

«15» 09 2011р.

Протокол № 2

«20» 09 2012р.

Протокол № 2

29 08 2013р.

процесором

27. 08. 2014р.

пр. Лу

27. 08. 2015р.

пр. Лу

I. Актуальність теми

Різноманітні прояви алергічних реакцій і захворювань згідно даних ВООЗ реєструються у 7-20% населення, причому в останні роки постійно утримується тенденція до їх зростання. Існує прогноз, що у 21 столітті дана патологія стане найпоширенішою серед людства. В останні роки широкого розповсюдження набули респіраторні прояви алергії у дітей, особливо часто реєструється бронхіальна астма.

Враховуючи зростання смертності, відсутність тривалого позитивного ефекту терапії «від нападу до нападу», сучасні уявлення про етіологію та патогенез, у 90-их роках була побудована нова концепція захворювання як хронічного запального процесу, змінився підхід до класифікації (Global Initiative for Asthma, GINA). Але і сьогодні відмічається низький рівень діагностики, що призводить до ранньої інвалідизації з несприятливим прогнозом. За результатами популяційних епідеміологічних досліджень, поширеність бронхіальної астми в більшості країн світу коливається в середньому на рівні 3-7%. За останні 25 років бронхіальна астма поширилася серед 5% дорослого і 10% дитячого населення планети. Існують достовірні свідчення про те, що кількість хворих на астму росте у цілому світі. Особливо тривожною є ситуація з дитячою астмою, поширеність якої в різних популяціях коливається майже від 0 % до 30%. Частота цього захворювання серед дітей Франції становить 7%, Англії - 11%, США- 13%, Австралії - 7-10%, Нової Зеландії - 8%, Ірландії - 35%, Росії - 10% .

II. Навчальні цілі заняття:

Конкретні цілі змістового модулю:

1. Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації і профілактики бронхіальної астми у дітей.
2. Ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при астматичному статусі у дітей.
3. Проводити диференціальну діагностику та ставити попередній діагноз при бронхіальній астмі у дітей.
4. Здійснювати прогноз життя при бронхіальній астмі у дітей.
5. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у алергології дитячого віку.

III. Цілі розвитку особистості.

Розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність прийняття рішення по оцінці загального стану, наявності ускладнень та надання невідкладної допомоги хворій дитині. Сформувати деонтологічні уявлення щодо особливості відношення майбутнього фахівця до пацієнта та його батьків.

IV. Міждисциплінарне інтегрування

Дисципліна	Студент повинен знати	Студент повинен вміти
1. Попередні (забесечуючі) дисципліни 1.1. Нормальна анатомія 1.2. Нормальна фізіологія	Особливості дихальної системи дітей різних вікових груп	Використовувати знання для адекватної оцінки клінічних параметрів
1.3. Патанатомія	Основні зміни в респіраторному тракті при алергійному запаленні	Знати етапи та термін розвитку запальних змін для вчасної та адекватної терапії
1.4. Фармакологія	Системні та ІГКС, нестероїдні протизапальні засоби (препарати кромогліциєвої кислоти), бронхолітики для лікування БА, муколітики. Механізми їх дії	Виписувати рецепти, вміти призначати згідно особливостей перебігу захворювання
2. Наступні дисципліни, ті що забезпечуються 2.1. Дитячі хвороби 2.2. Пульмонологія 2.3. Клінічна алергологія та імунологія	Клінічні особливості порушень дихальної системи. Чинники захворювання та механізми його розвитку	Призначити лікування залежно від ступеня та періоду захворювання
III. Внутрішньопредметна інтеграція (між темами даної дисципліни) 1.3. БА	Принципи лікування та профілактики загострень	Визначити основні принципи терапії

V. Зміст теми заняття.

Лікування бронхіальної астми:

Основною метою лікування бронхіальної астми є: поліпшення якості життя хворого, яке досягається успішним вирішенням таких завдань:

1. зменшення частоти загострень або повне їх усунення;
2. постійний контроль над симптомами захворювання;
3. нормалізація показників функцій зовнішнього дихання;
4. відсутність або зведення до мінімуму побічних ефектів від препаратів, що застосовують для лікування астми;
5. відновлення нормального (відповідно до віку) рівня фізичної активності;
6. забезпечення нормального росту і розвитку.

Є три можливості в лікуванні бронхіальної астми, за допомогою яких власне і досягається контроль над хворобою практично в кожного хворого:

1. елімінація тригерних факторів;
2. специфічна гіпосенсибілізація;
3. фармакотерапія.

Особливе місце в лікуванні посідає фармакотерапія. Ліки можуть вводитись в організм хворої дитини різними шляхами, однак перевагу треба надавати інгаляційному

шляхові, оскільки при цьому безпосередньо в дихальні шляхи надходить медикамент у високій концентрації, а побічні ефекти не виникають або зводяться до мінімуму.

Суттєву ефективність при бронхіальній астмі мають три групи препаратів:

1. протизапальні препарати які припиняють хронічний запальний процес і пов'язану з ним гіперчутливість бронхів;
2. бронхолітики, які використовуються для зняття бронхіальної обструкції;
3. муколітичні і відхаркувальні засоби, які поліпшують дренажну функцію бронхів.

Основу лікувальної стратегії при бронхіальній астмі складають:

- базисна терапія - скерована на ліквідацію хронічного запального процесу, відновлення прохідності бронхів, запобігання розвиткові повторних загострень хвороби і досягнення ремісії;
- терапевтичні заходи, скеровані на ліквідацію загострення хвороби.

Базисна терапія призначається з врахуванням важкості захворювання. При цьому застосовується ступінчаста програма, згідно з якою у випадку легкого перебігу хвороби лікування починають з призначення слабших препаратів і у разі потреби поступово розширюють терапевтичний комплекс та підвищують його інтенсивність.

Основу базисної терапії складають протизапальні препарати:

- натрію кромоглікат (інтал)
- натрію недокроміл (тайлед)
- кортикостероїди.

Натрію кромоглікат (інтал) слід застосовувати 4 рази на день (по два вдихи дозованого аерозолю або одній капсулі сухого порошку) щонайменше протягом 6 тижнів. За цей час можна оцінити його ефективність. Після досягнення контролю над симптомами астми дозу інталу поступово знижують до двох інгаляцій на добу. Тривалість лікування визначається строго індивідуально, в одних випадках - це 4-6 міс, в інших - 6-12 міс і більше.

Натрію недокроміл (тайлед) призначається в дозі 4 мг (2 інгаляції) 2 рази на день. У разі потреби доза може бути збільшена до 2 інгаляцій 4 рази на день. Тривалість лікування визначається строго індивідуально і може становити від 3 міс до кількох років.

Доведено, що найсильнішими і найефективнішими протизапальними препаратами для лікування бронхіальної астми є **глюкокортикостероїди (ГКС)**.

Сьогодні не існує загальноприйнятих показань до призначення ГКС, продовжується дискусія з цього приводу серед науковців і практичних лікарів. Ми вважаємо, що ГКС треба призначати в період загострення для зняття астматичного статусу або важкого приступу, а також у тих випадках, коли хворобу не вдається контролювати за допомогою інталу чи тайледу і дитина змушена частіше, ніж тричі на тиждень використовувати броходилататори.

У випадку важкого загострення бронхіальної астми призначаються ударні дози глюкокортикоїдів (2-5 мг/кг маси за преднізолоном) короткими курсами (3-5 днів) на фоні тривалої терапії іншими протизапальними препаратами. При асфіксічному синдромі доза преднізолону, що вводиться внутрішньовенно, може досягати 10 мг/кг .

Для тривалої базисної терапії важкої бронхіальної астми в дітей використовують інгаляційні стероїди (ІГКС), які у разі правильного дозування діють лише місцево і практично не мають загального впливу на організм. Інгаляційний шлях уведення глюкокортикоїдів швидко створює високу концентрацію лікарського засобу безпосередньо в місці ураження.

Для лікування бронхіальної астми сьогодні використовуються такі інгаляційні стероїди:

- бекламетазону дипропіонат (бекотид, альдецин),
- будезонід (пульмікорт),
- флунізолід (інгакорт),
- флутиказон (флексотид),
- триамцінолону ацетонід.

Іноді у випадку важкої бронхіальної астми виникає потреба призначити комбіновану терапію стероїдами, коли поряд з ГКС дають пероральні препарати (стероїди системної дії). Це ситуації, коли небезпека неконтрольованого перебігу бронхіальної астми значно перевищує ризик виникнення побічних ефектів від терапії стероїдами. Метою лікування у таких випадках є досягнення бажаного клінічного ефекту на фоні використання якнайнижчої дози системних стероїдів. Така мінімальна підтримуюча доза визначається індивідуально для кожного хворого. Лікування повинно проводитися з урахуванням циркадного ритму виділення кортизолу корою надниркових залоз. Оскільки максимальний рівень кортизолу в організмі людини спостерігається у ранкові години, більшу частину добової дози пероральних ГКС треба приймати зранку. Це дозволяє зменшити пригнічувальний вплив екзогенних стероїдів на функціональний стан гіпофізарно-надниркової системи.

Бронхолітична терапія.

У випадку розвитку загострення бронхіальної астми проводяться лікувальні заходи, спрямовані на відновлення прохідності бронхів. З цією метою використовуються бронхолітичні препарати таких груп:

- симпатоміметики (найчастіше β_2 -агоністи);
- холінолітики;
- препарати метилксантинового ряду;
- комбіновані препарати, до складу яких входять бронходилататори різних груп.

Серед бронхолітичних препаратів найпоширенішими в лікуванні бронхіальної астми є симпатоміметики, які мають вибірковий (селективний) вплив на β_2 -адренорецептори, так звані β_2 -агоністи. До них належать такі препарати:

- сальбутамол (вентолін);
- тербуталін (бриканіл);
- фенотерол (беротек);
- сальметерол (серевент);
- формотерол (форадил).

β_2 -агоністи поділяються на 2 групи:

- препарати короткої дії (до 6 год)
 - сальбутамол
 - тербуталін
 - фенотерол
- препарати тривалої дії (до 12 год)
 - сальметерол
 - формотерол

β_2 -агоністи з короткою дією слід призначати лише епізодично, в разі потреби, для ліквідації бронхоспазму, але в жодному випадку не йти на планову тривалу терапію. Якщо хворий потребує частого (3-4 рази на тиждень) вживання β_2 -агоністів короткої дії, то це означає, що базисна протизапальна терапія є недостатньою. Шукати вихід з такої ситуації потрібно не в нарощуванні доз β_2 -агоністів, а в підбиранні відповідної до стану хворого базисної протизапальної терапії.

Останнім часом у педіатричній практиці почали використовувати комбіновані препарати, в яких низькі дози β_2 -агоністів поєднуються з антимедіаторною дією натрію кромоглікату.

До цієї групи належать:

- інтал плюс (інтал + сальбутамол)
- і дитек (інтал + беротек).

Така комбінація ліків дозволяє позбутися легкого загострення бронхіальної астми і без помітних побічних ефектів може застосовуватися для курсової терапії протягом 4тижнів.

В останні роки для лікування БА в дітей почали використовувати β_2 -агоністи тривалої дії, серед яких найпоширенішим препаратом є сальметерол (серевент). Лікування цими препаратами слід розпочинати у випадку середньоважкого і важкого перебігу бронхіальної астми. Пролонговані інгаляційні β_2 -агоністи застосовують для тривалої

базисної терапії бронхіальної астми. Нещодавно проведені дослідження довели, що використання препаратів цієї групи в поєднанні з інгаляційними стероїдами дозволяє запобігти призначенню системних глюкокортикостероїдів у дітей з важкою формою захворювання.

Для ліквідації холінергічного компоненту бронхоспазму, пов'язаного з дією ацетилхоліну використовуються холінолітики. Традиційні холінолітичні препарати (атропін і інші препарати беладонни) мають серйозну побічну дію (сухість слизових оболонок, тахікардія, екстрасистоля, порушення сну і зору, розлади травлення) і тому для лікування бронхіальної астми в дітей практично не застосовуються. В останні роки розроблений синтетичний препарат іпратропіум бромід (атровент), великою перевагою якого є висока терапевтична активність і мінімальні побічні ефекти (лише сухість у роті і гіркий смак).

Велику перспективу мають комбіновані антиастматичні аерозолі, які містять у собі симпатоміметики і холінолітики. Серед них особливо широко використовуються двокомпонентні дозовані аерозолі - беродуал та комбівент.

У терапії бронхіальної астми в дітей продовжують широко використовувати **препарати теофіліну**, хоча питання стосовно їх клінічного застосування постійно дискутуються в науковій і практичній літературі. Ключовою проблемою дискусії є визначення адекватного дозування цих препаратів, оскільки вони мають вузький терапевтичний індекс (незначна різниця між дозами терапевтичною і тією, що викликає побічні ефекти). Оптимальним способом вибору ефективної дози теофіліну і зменшення небезпеки побічної дії є визначення його концентрації у крові. Оптимальний терапевтичний ефект настає, якщо концентрація теофіліну в крові становить від 10 до 20 мкг/мл. На жаль, більшість вітчизняних клінік не мають можливості визначати концентрацію теофіліну в крові. Тому призначають препарат, базуючись на розрахованій за віком дозі насичення, поступово переходять на підтримуючу дозу, яка становить половину попередньої.

Дітям з важким приступом бронхіальної астми, астматичним статусом потрібно терміново провести еуфілінізацію. Для тих, хто не отримує регулярну терапію препаратом per os, перша доза насичення становить 4мг/кг і може бути введена протягом 5-10хв. Якщо дитині проводять регулярну терапію еуфіліном, для першого введення треба використовувати 1/2 від дози насичення. Найкращим методом еуфілінізації є краплинна інфузія у режимі 0,7мг/кг маси за 1 год.

Муколітичні та відхаркувальні препарати.

Важливе місце у терапії бронхіальної астми посідають муколітичні та відхаркувальні засоби, які сприяють очищенню дихальних шляхів від накопиченого секрету і цим самим дозволяють досягти більшого ефекту від терапії специфічними протиастматичними аерозольними препаратами. Найчастіше використовуються муколітичні препарати, які, розріджуючи харкотиння, не збільшують його об'єм. Найоптимальнішими муколітиками для лікування бронхіальної астми в дітей є бромгексин (бісольвон) і амброксол (лазолван).

Бронхіальна астма - хронічне і водночас дуже динамічне захворювання, тому програма її лікування повинна бути:

- тривалою,
- етапною,
- диференційованою залежно від ступеня важкості та індивідуальних особливостей захворювання у кожної дитини.

Саме цим вимогам відповідає "ступінчаста" терапія бронхіальної астми, згідно з якою розробляється гнучка програма лікування, що базується на визначенні ступеня важкості захворювання у кожного хворого. "Ступінчастий" підхід до терапії рекомендує розширювати інтенсивність лікувальних заходів ("піднятися на сходинку вгору") залежно від зростання важкості астми. Якщо протягом трьох місяців астму вдається контролювати, слід зменшувати обсяг терапії (тобто "опускатися на сходинку вниз").

У разі неможливості виключення контактів з причинно-значущими алергенами у періоді ремісії захворювання, при легкому та середньоважкому перебігу його, показана специфічна алерговакцинація (САВ) чинниковим алергеном як єдиний метод лікування, що впливає майже на всі ланки патогенезу. Цей метод лікування забезпечує тривалу і стійку

ремісію. Терапевтичний ефект САВ зумовлений її впливом на імунну відповідь. Механізм цього впливу багатогранний. Найважливішими моментами є активація синтезу блокуючих антитіл і виснаження реактивів під дією дрібних доз алергену. Блокуючі антитіла зв'язують алергени, що поступають в організм, і таким чином запобігають їх взаємодії з антитілами, а отже й розвитку алергічної реакції. Пригнічення синтезу реактивних антитіл (IgE) досягається за допомогою впливу на антигенспецифічні Т-супресори.

Для отримання максимального терапевтичного ефекту підбір хворих для специфічної імунотерапії повинен проводитися дуже ретельно. Найкращий ефект від проведення САВ досягається у дітей з гіперчутливістю до пилоквих, епідермальних (котів та собак) алергенів і кліщів домашнього пилу.

Таким чином, САВ залишається ефективним методом лікування БА. Її слід поєднувати з елімінацією тригерів і фармакотерапією. Це дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів і забезпечити стійку ремісію захворювання.

Освітні програми.

Лікування бронхіальної астми у дітей може бути ефективним, лише в тому випадку, коли всі учасники лікувального процесу (лікар, хворий і його батьки) розуміють потребу тривалої терапії і активно співпрацюють. Цьому сприяють різноманітні навчальні програми для хворих на бронхіальну астму та їх родин. Навчання допомагає зрозуміти сутність бронхіальної астми і пов'язану з нею необхідність тривалого лікування, дозволяє здобути певні навички, що забезпечують самоконтроль за перебігом хвороби і лікуванням. При цьому використовуються різні методи роботи: безпосередні заняття з хворим в різних варіантах (індивідуальні, групові, астма-школа), друкована продукція, аудіо- і відеокасети, телефон "Астма-допомога". **Ефект у лікуванні – ОСВІТНІ ПРОГРАМИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ БАТЬКІВ.**

VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвиликах)
1	Підготовчий етап Організаційні заходи			П.2 «Навчальні цілі»	5 хв.
2	Постановка навчальних цілей та мотивація			П.1 «Актуальність теми»	
3	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1. Нагляд та лікування дітей з БА. 2. Принципи патогенетичної терапії (ступенева терапія). Показання до антибактеріальної терапії та призначення системних стероїдів. 3. Показання та протипоказання для призначення САВ.	II II II III III III III	Індивідуальне усне опитування Фронтальна співбесіда Тестовий контроль II рівня Тестовий контроль III рівня Рішення типових задач II рівня	Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди, Питання для індивідуального опитування Тести II рівня Тести III рівня Задачі II рівня	25 хв.

4	<p>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок:</p> <p>1.Визначити план лікування БА за ступенем тяжкості та періодом захворювання.</p> <p>2.Визначити лікувальну тактику при ускладненнях БА.</p> <p>3.Дослідити клініко-інструментальні особливості перебігу БА у дітей раннього віку.</p>	<p>III</p> <p>III</p> <p>III</p> <p>III</p>	<p>Метод формування навичок:</p> <p>професійний тренінг, рішення тестів III рівня, задачі III рівня</p> <p>Метод формування вмінь: професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Алгоритми (інструкції, орієнтовні карти) для формування практичних навичок і вмінь.</p> <p>Обладнання</p> <p>Хворі</p> <p>Історії хвороби</p> <p>Текстові ситуаційні нетипові задачі III рівня</p> <p>Імітаційні ігри</p> <p>Накази МОЗ України (протоколи обстеження та лікування)</p> <p>Мікропрепарати</p>	150 хв.
---	---	---	---	--	---------

5	<p>Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок</p>	III	Методи контролю навичок: індивідуальний контроль навичок або їх результатів	Обладнання	45 хв.
6	<p>Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)</p>		Методи контролю вмінь: аналіз та оцінка результатів клінічної роботи, рішення нетипових задач;тестовий контроль IIIр.	Результати клінічної роботи + (історія хвороби)	
7	<p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>			Задачі III рівня	
				Тести III р.	
				Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	

VI. Матеріали методичного забезпечення заняття

1.Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Основні показання для обов'язкової госпіталізації дітей з БА.
2. Принципи ступеневої терапії у дітей із БА у міжприступному періоді.
3. Принципи терапії приступів ядухи при БА та побічні дії препаратів.
4. Профілактика ускладнень топічної стероїдної терапії.
5. Засоби доставки інгаляційних препаратів при лікуванні БА у дітей.
6. Астматичний статус та особливості його лікування.
7. Показання для ШВЛ.
8. Показання та протипоказання для призначення САВ.
9. Принципи та схеми проведення САВ.
- 10.Ускладнення САВ та їх профілактика.
- 11.Освітні програми в лікуванні БА.

Тести II рівня:

Тест №1 – тест з множинним вибором

Тест №2 – на знаходження співвідношення між елементами двох рядів даних

Тест №3 – тест, що передбачає визначення правильної послідовності дій із заданої довільної

Тест №4 – тест “на підстановку” або із відповіддю, що самостійно конструюється

Задачі II рівня (типові)

Задача №1 (α-II)

Матеріали контролю для заключного етапу:

Підсумковий тестовий контроль:

1. Хворому 6 років із середньоважким перебігом БА Ви рекомендуєте:
 - A Проведення базисної терапії з включенням інгаляційних кортикостероїдів
 - B Базисну терапію не проводити
 - C Планове призначення В2-агоністів короткої дії
 - D Планове призначення пролонгованих теофілінів
 - E Планове призначення пролонгованих в2-агоністів
2. У дитини, що користується кишеньковим інгалятором, з'явилися: хрипкий голос, кандидоз порожнини рота. Це ускладнення після прийому:
 - A Інгаляційних кортикостероїдів
 - B Пролонгованих В2-агоністів
 - C Антилейкотриєнових препаратів
 - D Кромоглікату натрія
 - E Теофілінів
3. У дитини 1 року при призначенні інгаляційних кортикостероїдів Ви порекомендуєте обов'язково використовувати:
 - A Бебіхалер
 - B Інгалятор типу «Ізі-бриз»
 - C Спейсер
 - D Спінхалер
 - E Паровой інгалятор
4. У дитини 5 років із тяжким приступом БА для інгаляційного введення препаратів з бронхолітичним ефектом Ви використаєте:
 - A Спейсер
 - B Небулайзер
 - C Кишеньковий інгалятор типу рMDI
 - D Апарат ШВЛ
 - E Паровий інгалятор
5. При приступі БА не треба використовувати все, окрім:
 - A Антигістамінні препарати
 - B Препарати кальція
 - C Горчичники, банки
 - D Седативні препарати
 - E В2-агоністи короткої дії
6. Побічні ефекти В2-агоністів короткої дії все, окрім:
 - A Тремора скелетних м'язів
 - B Збудження, занепокоєння, підвищення рухової активності
 - C Сердцебиття
 - D Запаморочення

Е Болі у м'язах

7. У дітей висока доза беклометазону становить:

- А Більше 600 мкг
- В Менше 400 мкг
- С Більше 1000 мкг
- Д Більше 2000 мкг
- Е Більше 200 мкг

8. Здатністю стабілізувати мембрани мастоцитів володіють, окрім:

- А Кромоглікату натрія
- В Фенотерол
- С Недокроміл натрія
- Д Тайлед
- Е Інтал

9. До базисної терапії БА відноситься все, окрім:

- А Недокроміл натрія
- В Специфічна вакцинація алергенами
- С Інгаляційні стероїди
- Д Препарати теофіліна
- Е Системні стероїди

10. Терапевтичний ефект інгаляційних стероїдів розвивається через:

- А 1-3 годину
- В 10-14 діб
- С 10-15 хвилин
- Д 30 сек
- Е 1-2 години

11. Дитині 7 років із тяжким приступом БА, неефективністю бронхолітичної терапії протягом 2 годин, що мешкають у несприятливих побутових умовах, показано:

- А Госпіталізація до стаціонару
- В Посилити бронхолітичну терапію під контролем пікфлоуметрії і батьків
- С Підключити інгаляційні стероїди
- Д Введення препаратів теофіліну в/в
- Е Призначення атровенту

12. Оберіть стартовий препарат для купірування вперше виникнувшого легкого приступу ядухи у дитини 10 років:

- А В2-агоніст короткої дії «Сальбутамол» інгаляційно *
- В Преднізолон в/м
- С Еуфілін 2,4% р-н в/в
- Д Інгаляційний глюкокортикостероїд «Фліксотид»
- Е «Теопек»

VII. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:

Орієнтовна карта

для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Навчальні завдання	Вказівки до завдання	Відповідь
--------------------	----------------------	-----------

<p>Вивчити:</p> <p>1.Визначення БА у дітей.</p> <p>2.Особливості діагностики БА.</p> <p>3.Клінічні особливості залежно від віку дитини та методи діагностики БА.</p> <p>4.Диференціальну діагностику БА у дітей.</p> <p>5.Лікування дітей із БА</p> <p>6.Профілактичні заходи.</p>	<p>Назвати основні етіологічні фактори БА.</p> <p>Перелічити основні діагностичні ознаки БА. Охарактеризувати функцію зовнішнього дихання. Перелічити основні діагностичні критерії та методи специфічної діагностики.</p> <p>Заповнити таблицю диференціальної діагностики.</p> <p>Назвати показання до госпіталізації, скласти план обстеження з урахуванням режимних заходів. Скласти план профілактичних заходів.</p> <p>Скласти план ступеневої терапії БА. Визначити показання та протипоказання до САВ. Надати рекомендації щодо режимних заходів. Освітні програми</p>	
---	--	--

Тести для визначення вихідного рівня знань:

1.Флютиказона пропіонат – це:

- A Інгаляційний глюкокортикостероїд
- B Прологнований В2-агоніст
- C М-холінолітик
- D Антибактеріальні препарати
- E Антилейкотриєнові препарати

2.Для купірування приступу БА необхідно використовувати:

- A Інгаляційний кортикостероїд «Фліксотид»
- B В2-агоніст короткої дії «Сальбутамол»
- C Пролонгований теofilлін «Теопек»
- D Еуфіллін 24% в/м
- E Пролонгований В-агоніст «Серевент»

3.Для профілактики місцевих ускладнень кортикостероїдної терапії необхідно використовувати:

- A Спейсер
- B Спінхалер
- C Небулайзер
- D УЗ-інгалятор
- E Паровий інгалятор

4.Для організації моніторингу симптомів БА і контролю за ефективністю проведеної терапії вдома необхідний:

- A Бебіхалер
- B Пікфлоуметр
- C Спейсер
- D Небулайзер
- E Спірограф

5. «Серевент» (сальметерол) – це:

- A Інгаляційний кортикостероїд
- B В2-агоніст короткої дії

- C B2 –агоніст пролонгованої дії
- D Препарат теофіліну
- E Антибактеріальний препарат

6. До інгаляційних стероїдів відносяться всі, окрім:

- A Беклометазон
- B Флютиказону пропіонат
- C Будезонід
- D Фенотерол
- E Тріамцінолон

7. Базисна терапія обирається з урахуванням:

- A Ступеня тяжкості перебігу
- B Тяжкості приступного періоду
- C Епізодичності нічних симптомів
- D Вік хворого
- E ПШВ в періоді загострення

8. Оцінити ефективність кромогліката натрію можна через:

- A 20 хвилин
- B 4-6 тижнів
- C 7-10 діб
- D 30 сек
- E 1-2 тижні.

9. «Синдром рикошету» - це:

- A Посилення бронхоспазми при передозуванні B2-агоністів короткої дії
- B Покращення бронхіальної прохідності при лікуванні муколітичними препаратами
- C Зниження показників ПШВ вранці
- D Погіршення показників бронхіальної прохідності після відміни стероїдів
- E Розкид добових показників ПШВ більше 20%

10. Переважний шлях введення препаратів при проведенні базисної терапії БА:

- A В/в
- B Інгаляційно
- C Перорально
- D В/м
- E Через небулайзер

VIII. ЛІТЕРАТУРА

A. Навчальна (основна і додаткова)

Основна:

1. Лекції.
2. Лечение и профилактика бронхиальной астмы: глобальная стратегия. Практическое руководство для организаторов здравоохранения и медицинских работников. Киев «Морион» 2000 г.
3. Неотложная терапия бронхиальной астмы у детей. Пособие для врачей. Москва. 1999г.
4. Российский медицинский журнал. Приложение «Бронхиальная астма у детей». Том 6, №2, май, 1998г.
5. Бронхиальная астма: вопросы и ответы. Ю.М. Мостовой. Киев 2000г. Копылев И.Д. Аллергические заболевания легких. В кн.: Болезни органов дыхания. Под ред. Н.Р. Палеева. М. Медицина, 2000, стр. 473 – 491.

6. Финк Д.Н. Гиперчувствительный пневмонит. В кн.: Аллергические болезни. Диагностика и лечение (пер. с англ.). Под ред. Р. Паттерсона, Л.К. Циммера, П.А. Гринбергера. М. ГЭОТАР, Медицина, 2000, с. 574 – 584.
7. Міжнародний консенсус GINA 2011 р.

Додаткова:

- А. Медицина дитинства / За ред. Мощича П.С. – К.: Здоров'я, 1998. – Т. 3, – С.263-269.
- В. Детские болезни / под ред. Шабалов

В. Наукова.

1. Богорад А.Е., Костюченко М.В., Сорокина Е.В. и др. Острый гиперсенситивный пневмонит (алерический альвеолит). Рос. вестник перинат. и педиатрии, 2002, №6, стр. 27 – 33.
2. Нестеренко В.Н., Каганов С.Ю. Аллергическая пневмония у детей. В кн.: Пневмонія у дітей. Под. ред. Каганова С.Ю., Вельтищева Ю.Е. М. Медицина, 1995, с. 257 – 269.
3. Нестеренко В.Н. Бронхиальная астма и экзогенный аллергический альвеолит. В кн.: Бронхиальная астма у детей. Под. ред. С.Ю. Каганова. М. Медицина, 1999, с. 263 – 276.
4. Рачинский С.В. Альвеолиты и диффузные фиброзирующие процессы в легких. В кн.: Болезни органов дыхания. Под ред. С.В Рачинского, В.К. Таточенко. М. Медицина, 1987, с. 351 – 362.
5. Регеда М.С. Екзогенний алергічний альвеоліт. "Сполом", Львів, 2001, с. 165.
6. Denis M., Bisson D. Antigen-induced alveolitis cytokine production in a mouse model. Inflammation, 1995; 19; 157 – 177.
7. Grech M., Vella C., Lenicker H. Pigeon breeder's lung in childhood: varied clinical picture at presentation. Pediat. Pulmonol., 2000; 30:2; 145 – 148.
8. Griffiths M.H. Extrinsic allergic alveolitis. Jn: Oxford textbook.
9. Gudmundsson G., Hunninghake G. Interferon gamma is necessary for the expression of hypersensitivity pneumonitis. J. Clin. Invtst. 1997, 99, 2386 – 2390.
10. Olesen H.V., Theller T., Moller G.S. Childhood hypersensitivity pneumonitis probably caused by cat hair. Acta Paediatr. 1998, 87: 7: 811 – 813.
11. Patel A.M., Ryu G.H., Reed C.E. Hypersensitivity pneumonitis: Current concepts and future questions. J. Allergy Clin. Immunol, 2001: 108:5: 661 – 670.
12. Schuyler M., Cormier G. The diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. Chest 1997: 111: 534 – 536.
13. Wahlstrom G., Berlin M., Lundgren R., Olerup O. et al. Lung and blood T-cell receptor repertoire in extrinsic allergic alveolitis. Eur. Res. J. 1997; 10: 772 – 779.

С. Методична.

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних ВУЗах: Методичний посібник. – Київ, 2004. – 80с.
2. Наказ МОЗ України № 128 від 19 березня 2007 р. та №728 від 27 серпня 2010р.
3. Аллергология 2006 / метод рекомендации под ред Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – «ГЭОТАР-Медиа», Москва, 2006. – С. 72-1004.