**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2021 г факультета \_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

**План-разработка практического занятия №9**

**на тему: Лекарственная болезнь: Синдром Лайелла и Стивенсена-Джонсона. Лекарственно индуцированный СКВ**

**по дисциплине: «Внутренние болезни 3 »**

**для студентов, обучающихся по специальности:**

**(560001) Лечебное дело**

Составители: преподаватель кафедры Айтиева Ж.Т.

**1. Тема: «Лекарственная болезнь. Синдром Лайелла и Стивенсена-Джонсона. Лекарственно индуцированный СКВ.**

**2. Цель занятия:** освоение навыков постановки диагноза и тактики ведения пациентов с лекарственной болезнью (целенаправленный сбор [анамнеза](https://pandia.ru/text/category/anamnez/), проведение объективных и лабораторно-инструментальных обследований), назначение современной терапии.

**3. Вопросы для повторения:**

1.  Иммунная система человека. Функция, Типы иммунного ответа, патофизиология [аллергических](https://pandia.ru/text/category/allergiya/) реакций.

2.  Функциональные тесты и другие [биохимические](https://pandia.ru/text/category/biologicheskaya_hiimya/) параметры.

3.  Основные принципы лечения больных лекарственной болезнью (фармакокинетика, фармакодинамика лекарственных препаратов ).

**4. Вопросы для самоконтроля знаний по теме занятия**:

1.  Определение заболевания.

2.  Вопросы терминологии и классификации лекарственной болезни.

3.  Этиологические факторы.

4.  Патогенез заболевания.

5.  Клинические проявления лекарственной болезни.

6.  Современные возможности диагностики заболевания. Иммунограмма.. Биохимический анализ. Аллергопробы, АСИТ

7.  Современные методы терапии больных лекарственной болезнью.

8.  Показания к госпитализации.

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-12** - способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей; основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для современной диагностики заболеваний и патологических процессов.**ПК-13** – способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин, с учетом течения патологии по органам, системам организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (осовного, сопутствующего, осложнений) с учетом мкб-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний**ПК-15**- способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с диагнозом | **РО-5**-Умеет обрабатывать, анализировать и интерпретировать характер патологического процесса и его клинические проявления посредством использования современных методов исследования.**РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-12),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-12);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт: умеет**- правильно собрать анамнез заболевания и жизни у больного с амилоидозом почек;- провести объективное исследование больного;- оценить диагностическое значение лабораторных и инструментальных исследований;- назначить индивидуализированное лечение. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмРентген рисунок легкихВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентовФормировать ПК 12 | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 10 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 3 | Мотивация к изучению новой темы  | Активизация умственной деятельности студентов, развивать критическое мышление | Демонстрирование ситуации | Свободно участвуют в обсуждении, умение работать в команде |  | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал (Прил. 2) | 10мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Показать  | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач (Прил.3.) | 10мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы.Формироватьпк13 пк14 | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |
|  | перемена |  |  |  |  |  |  | 10мин |

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

При анализе лекарственных осложнений, обусловленных фармакотерапией, выделяют семь причин:

1) игнорирование данных анамнеза

2) отсутствие преемственности в лечении больных

3) применение анафилоктогенных лекарственных препаратов с необоснованным риском

4) взаимодействие лекарственных препаратов

5) кумуляция лекарственных препаратов, технические погрешности в производстве, неправильное этикетирование

6) самолечение

7) длительное потребление лекарственных препаратов, продающихся без рецепта.

Общепринятой классификации лекарственной болезни в настоящее время не существует.

Выделяют общие реакции (шок, изменения крови, сывороточная болезнь, узелковый периартериит, бронхиальная [астма](https://pandia.ru/text/category/astma/), гепатит, нефрит и другие), разнообразные поражения кожи, и тех или иных систем организма.

По времени возникновения реакции делятся на острые - от 0 до 60 минут (анафилактический шок), от 1 часа до суток ( сывороточная реакция, поражения сосудов, бронхиальная астма, поражения крови и другие), от одного дня до нескольких недель (реакции замедленного типа).

**ЛБ** – это своеобразная, стойкая неспецифическая реакция организма, возникающая при применении терапевтических или разрешающих (малых) доз медикаментов и проявляющаяся разнообразными клиническими синдромами. Частота ЛБ по данным отечественных авторов составляет 7-15%, по данным зарубежных авторов 18-50%.

КЛАССИФИКАЦИЯ В 1971 году была создана классификация лекарственной болезни () которая и используется в настоящее время.

Аллергические осложнения, связанные с циркулирующими, гуморальными [антителами](https://pandia.ru/text/category/antitelo/)

Системные:

1. Анафилактический шок

2. Крапивница и отек Квинке

3. Сывороточная болезнь

4. Бронхиальная астма, аллергическая синусопатия (атопические формы)

5. Обострение основного заболевания (бронхиальная астма, аллергический ринит, крапивница и отек Квинке, атопический дерматит и др.)

6. Агранулоцитоз, пурпура, приобретенная гемолитическая [анемия](https://pandia.ru/text/category/anemiya/)

7. Реакция типа феномена Артюса-Сахарова

Местные:

1. Осложнения контактного типа (дерматит, дерматоконъюнктивит, кератит, фарингит, глоссит и др.)

2. Генерализованные распространенные дерматиты

3. Грибковоподобные реакции (эритемо-везикулярные дерматиты)

4. Осложнения гиперергического типа (васкулиты, эритродермия, буллезный, эксфолиативный, и геморрагический дерматиты, синдромы Лайела, Стивенса-Джонсона, многоформная экссудативная эритема и др.)

5. Обострение основного заболевания (коллагенозы, некоторые формы экземы, нейродермитов и др.).

Исходя из современных представлений о механизмах побочных действий лекарств, они могут быть представлены следующей классификационной схемой.

I. Токсические реакции

1. Передозировка

2. Токсические реакции от терапевтических доз, связанные с замедлением метаболизма лекарств

3. Токсические реакции в связи с функциональной недостаточностью печени и почек

4. Отдаленные токсические эффекты (тератогенность, канцерогенность)

II. Суперинфекции и дисбактериозы.

III. Реакции, связанные с массивным бактериолизом под действие лекарств (реакция Яриша-Герсгеймера - при лечении сифилиса ртутью, связана с гибелью спирохет и освобождением бактериальных эндотоксинов).

IV. Реакции, обусловленные особой чувствительностью субпопуляции.

1. Необычные реакции, отличные от фармакологических, обусловленные вероятно энзимопатиями и псевдоаллергические реакции.

2. Аллергические реакции.

V. Психогенные реакции. (Как правило у таких пациентов наблюдается однократная реакция на лекарства и в связи с особенностями психики и при "поддержке" врачей развивается фобический синдром. Такие больные обычно не переносят "все препараты" и в большинстве случаев "непереносимость" выражается в виде вегетативных кризом.)

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) — полиэтиологическое, острое, угрожающее жизни заболевание аллергической природы.

1Острое нарушение общего состояния пациента с симптомами интоксикации, повышение температуры.

2.Появляется кожная сыпь по типу «коревой» или «скарлатинозной» с единичными болезненными элементами.

3.Возникновение на коже через несколько часов (в среднем через 12 часов)больших плоских пузырей с серозным или серозно-геморрагическим содержимым, которые и быстро вскрываются с появлением обширных эрозий ярко-красного цвета.

4.Характерный признак -симптом Никольского (при легком потирании здоровой кожи происходит десквамация (отслаивание) эпидермиса и обнажение мокнущей поверхности).

6.Вся кожа пациента становится красной и резко болезненной при дотрагивании, внешний вид напоминает ожог кипятком II-III степени. 7.Наблюдается характерный симптом «смоченного белья» (кожа при прикосновении к ней легко сдвигается и сморщивается). Эндокринологи (эндокринные заболевания)

8.Возможно токсико-аллергические поражения сердца, печени, органов брюшной полости, почек.

Специфическая реакция организма на какой-либо лекарственный препарат (наиболее распространенная причина): сульфаниламиды, антибиотики, противосудорожные препараты, ацетилсалициловая кислота и т.д.

Причина реакции:

1. Сенсибилизация к данному препарату.
2. Неправильное введение и нарушение дозирования лекарственного препарата.
3. Одновременное введение нескольких лекарственных препаратов.
4. Истекший срок действия лекарственного препарата

Синдром Стивенса-Джонсона – токсический эпидермальный некролиз, острое угрожающее жизни заболевание, характеризующееся более или менее распространенным отслоением эпидермиса и образованием обширных болезненных эрозий на коже и слизистых оболочках, сопровождающееся выраженными водно-электролитными нарушениями, высоким риском развития сепсиса.

|  |  |
| --- | --- |
| 1.jpg |  |

**Симптомы**

Отмечается стремительное развитие заболевания.

1. В типичных случаях возникает картина острого респираторного заболевания с признаками поражения верхних дыхательных путей, может отмечаться: недомогание, потеря аппетита, головные боли, высокая температура.
2. Кожа и слизистые оболочки поражаются внезапно. На коже появляется большое количество округлых возвышающихся элементов, напоминающих волдыри, которые имеют багровую окраску и достигают в размере 3-5 см с преимущественной локализацией на коже предплечий и голеней со склонностью к распространению на бедра, область таза, половой член, мошонку и ягодицы, а также на лицо и затылок (туловище, кисти и стопы, как правило, остаются свободными от высыпаний). Зуд не характерен или слабый. Отличительная особенность элементов кожной сыпи при синдроме Стивенса-Джонсона - появление в их центре серозных или кровянистых пузырей.
3. Далее развивается: тяжелый конъюнктивит (для синдрома Стивенса-Джонсона типично образование на конъюнктиве и роговице эрозивно-язвенных элементов небольшой величины), стоматит, уретрит, вульвовагинит, баланит и т.д..
4. Возникает риск бактериального инфицирования и угроза сепсиса.

**Причины**

Механизм развития синдрома Стивенса-Джонсона окончательно не выяснен, установлена связь с генетической особенностью организма человека. Согласно последним научным данным, в основе заболевания лежит сигналиндуцированный апоптоз кератиноцитов.

К группе риска относятся пациенты с отягощенным аллерголгическим анамнезом (личным и семейным).

Одним из самых опасных проявлений лекарственной болезни является анафилактический шок. В настоящее время следует употреблять термин - лекарственный шок, который подразумевает все острые реакции на введение лекарственных препаратов. А все реакции по патогенезу делятся на два типа: анафилактические и анафилактоидные. Анафилактические реакции - это хорошо известные реакции первого типа, или реакции немедленного типа. Анафилактоидные реакции клинически полностью идентичны стандартному анафилактическому шоку, но их отличает отсутствие специфических к лекарству иммуноглобулинов (IgE), возможность возникновения реакции после первого введения препарата, и более тяжелое течение, зачастую оканчивающееся летально для пациента. То есть при анафилактических и анафилактоидных реакциях совершенно одинаковы патохимические и патофизиологические стадии шока, но различие в [иммунологической](https://pandia.ru/text/category/immunologiya/) стадии: реакция дегрануляции тучных клеток происходит не после наступления реакции [антиген-антитело](https://pandia.ru/text/category/antigen/), а в результате непосредственного воздействия на тучные клетки, например, системы комплементы. В настоящее время анафилактоидные реакции значительно менее изучены, чем анафилактические.

При разборе анафилактического шока следует обратить внимание на причины, его вызывающие, многообразие форм и клинических проявлений, типы течения анафилактического шока.

Особое внимание следует уделить лечению анафилактического (лекарственного) шока – объему.

Вместе с этим отметить роль и место эфферентных методов лечения. В первую очередь – плазмаферез и гемосорбция.

Профилактика.

Все больные разделяются на популяцию А - с анамнезом, не отягощенным аллергией и популяцию Б - с отягощенным анамнезом. Все больные по степени риска делятся на три группы

1 группа - сведения о непереносимости лекарственных препаратов отсутствуют, но больные страдают аллергическими или инфекционно-аллергическими заболеваниями

2 группа - имеются указания на нетяжелые аллергические реакции замедленного типа на один препарат либо непереносимость отдельных пищевых продуктов

3 группа - в прошлом наблюдались тяжелые аллергические реакции

Проводимые пробы перед введением лекарственных препаратов

Капельная кожная проба.

Сублингвальная проба.

Скарификационная кожная проба.

Внутрикожная проба.

Чрезвычайно большое внимание должно уделяться [аллергологическому](https://pandia.ru/text/category/allergologiya/%22%20%5Co%20%22%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) анамнезу, где должны быть получены ответы по следующим пунктам:

1) наличие в анамнезе сомнительных аллергических реакций, связанных с основным заболеванием,

2) аллергические осложнения, возникавшие ранее при приеме нескольких лекарственных препаратов,

3) проявления типа сывороточной болезни – особенно при планируемом введении сывороток или других белковых препаратов,

4) профессиональный анамнез – в плане контакта и наличия реакций на различные химические вещества,

5) применение в прошлом [антибиотиков](https://pandia.ru/text/category/antibiotik/) и наличие микотических процессов в организме

6) реакции типа крапивницы и отека Квинке при контактах со всеми возможными [аллергенами](https://pandia.ru/text/category/allergen/).

7) наличие «штатного» аллергологического заболевания типа бронхиальной астмы, атопического дерматита и других.

**6. Ориентировочная основа действий врача по лечению больного**:

Лечение анафилактического шока. Все мероприятия проводятся одновременно.

- прекратить введение лекарственного препарата

- наложить жгут на артерию выше места введения препарата (если он вводится в конечность), обколоть место инъекции раствором [адреналина](https://pandia.ru/text/category/adrenalin/).

- положить больного на спину, опустить и запрокинуть назад его голову, поднять ноги, очистить верхние дыхательные пути

- внутримышечно ввести 0.5 мл 0,1% раствора адреналина

- внутримышечно ввести преднизолон из расчета 1-3 мг на кг массы тела или 250 мг гидрокортизона

- внутримышечно ввести 1-2 мл 2% раствора супрастина; через 5 минут

- внутривенно медленно ввести 0.25-0.5 мл 0.1% раствора ад­реналина в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия; через 5 минут

- внутривенно капельно (при отсутствии эффекта) ввести 200 мг (5 мл) раствора дофамина в 5% растворе глюкозы или 1-2 мл 0.2% раствора норадреналина в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия

- внутривенно капельно ввести 3-5-10 мг на кг массы тела больного преднизолона; через 10 минут

- внутривенно капельно ввести 0.5-1.0 мг/кг массы тела боль­ного супрастина

В зависимости от варианта шока

- при клинической смерти 0.5-1.0 0.1% раствора адреналина внутрисердечно, внутривенно капельно 200-400 мл раствора натрия гидрокарбоната, каждые 5 минут внутривенно преднизолон 3-5 мг/кг массы тела

- внутривенно ввести 10 мл 2.% раствора эуфиллина, под кожу 1 мл 5% раствора эфедрина

- внутривенно капельно ввести полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль, альвезин, гемодез, раствор крахмала

-  внутривенно ввести 1 мл 2.5% раствора аминазина, 60 и бо­лее мг лазикса.

Лечение крапивницы и отека Квинке.

Основные препараты для лечения этих заболеваний -- антигистаминные препараты. Димедрол, супрастин, тавегил, Кларитин и другие назначаются в комбинированной форме: перорально и внутримышечно. Срок такой терапии 10-15 дней. Кортикостероиды назначаются при тяжелых формах, особенно при отеке Квинке. Назначаются как парентерально, так и в таблеттированной форме. Дозировка преднизолона 2-3 мг/кг массы тела.

Гипосенсибилизация проводится в тех случаях, когда невозможна полная элиминация аллергена. В большей степени это относится к таким аллергенам, как домашняя пыль, цветочная пыльца. Чрезвычайно эффективны при этих заболеваниях методы экстракорпоральной терапии крови - гемосорбция и плазмаферез. Эти методы проводятся как в острый период, так и при хронизации процесса.

Лечение гистаглобулином применяется в основном при лечении хронических форм крапивницы, обусловленными трудно элиминируемыми пищевыми продуктами. Известно много схем лечения гистаглобулином. Наиболее эффективной считается следующая: первоначально подкожно вводят 0.1 мл, ежедневно увеличивая дозу по 0.1 мл, доводят до 1 мл, затем через сутки вводят 1.5 мл, а впоследствии делают 3 инъекции по 2 мл 1 раз в три дня.

Надо помнить о том, что эти заболевания далеко те так безобидны, как производят впечатление. Игнорирование крапивницы в прошлом в надежде на то, что аллергия на медикаменты держится недолго, приводит к появлению перекрестной аллергии и анафилактическому шоку

Лечение сывороточной болезни зависит от формы ее проявления. При развитии тяжелой общей реакции типа анафилактического шока - купирование описано выше. Легкая форма не требует применения большой терапии. Как правило, а применяются антигистаминные средства, аскорутин и препараты кальция. При средней степени тяжести лечение симптоматическое. При поражениях суставов нестероидные противовоспалительные средства, делагил. При поражениях сердца и нервной системы - применяется преднизолон. Доза подбирается индивидуально и определяется тяжестью течения заболевания. Другая симптоматическая терапия проводится по показаниям.

Лечение синдрома Стивенса-Джонса проводится в стерильных боксах, при уходе за пораженной кожей аналогично ожогам. Основа медикаментозной терапии – применение массивных доз глюкокортикоидов до 1 и более грамма преднизолона в сутки на протяжении нескольких дней. Для профилактики инфекционных осложнений – применение антибиотиков широкого спектра действия. Также проводится симптоматическая терапия – инфузионная, по показаниям сердечные гликозиды, сосудотонические средства и другие препараты.

**7. Учебные ситуационные задачи:**

1. 32 лет, строитель. После введения 500 тыс ЕД пенициллина внутримышечно (по поводу острой очаговой пневмонии) появился сильный кожный зуд, отек губ и века левого глаза, кожные высыпания по всему телу в виде красных пятен различной величины с четкими границами, приподнимающимися над поверхностью кожи.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Сердце: умеренная тахикардия, тоны ритмичные, достаточно громкости, шумов нет. Пульс 86 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. В легких справа в подлопаточной области ослабленное везикулярное дыхание, [влажные](https://pandia.ru/text/category/vlazhnostmz/) мелкопузырчатые хрипы.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги, край ее мягкий, безболезненный.

1.  Ваш предположительный диагноз?

2.  Тактика ведения больного?

20 лет, студент. После введения противогриппозной [вакцины](https://pandia.ru/text/category/vaktcina/) (с профилактической целью) потерял сознание; появились клонические судороги.

Объективно: сознание отсутствует; кожные покровы бледные, влажные на ощупь; на коже туловища и конечностей множественные уртикарные высыпания. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, нитевидный. Тоны сердца учащены, тихие, глухие. АД 50/20 мм рт. ст. Над легкими дыхание везикулярное с жестким удлиненным выдохом, рассеянные свистящие сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий. Со слов родственников у больного периодически в течение последних 5 лет появилась крапивница при употреблении в пищу рыбных консервов, клубники, шоколада.

1.  Ваш предположительный диагноз?

2.  Тактика ведения больного?

**8. Контрольные ситуационные задания.**

1. 28 лет, продавец; после приема одной таблетки амидопирина (по поводу ОРЗ, повышения температуры тела до 37,50С) почувствовала жжение в области лица, горла, ощущение "растяжения и жара" кожи лица; одновременно повысилась температура тела до 390С, стало трудно дышать. Ранее подобных явлений не было.

Объективно: общее состояние средней тяжести, дыхание затруднено, особенно выдох, учащено (до 25-28 в 1 мин). Наблюдается резкий отек кожи лица, губ, умеренный - мягкого неба; лицо гиперемировано.

Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Сердце - размеры не увеличены, тахикардия, тоны громкие, особенно 1-й. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание с жестким удлиненным выдохом, сухие хрипы. Живот мягкий безболезненный, печень у края правой реберной дуги.

1.  Ваш предположительный диагноз?

2.  Тактика ведения больной?

2. Какие из предложенных препаратов относятся к антигистаминным препаратам III поколения:

А) кларитин

Б) кестин

В) терфена

Г) зиртек

Д) телфаст

3. Для анафилактического шока средней степени тяжести характерно:

А) снижение систолического АД до 60 мм рт. ст., учащенный мягкий пульс до 120 уд/мин., деформация комплекса QRS, желудочная экстрасистолия, дпрессия сегмента SТ, повышение гематокрита до 45-50%, при респираторном синдроме учащенное нерегулярное дыхание, при церебральном синдроме - сопорозное состояние, судороги

Б) либо при кортиковаскулярном синдроме - систолическое АД 100-80 мм рт. ст., пульс 100-110 ударов в минуту, ЭКГ - мягкие транзиторные изменения зубца Т, инверсия РQ, диурез в норме, учащенное дыхание, дремота, чередующаяся с возбуждением.

4.Назовите основные препараты для лечения лекарственной аллергии по типу крапивницы:

А) аминокапроновая кислота

Б) антигистаминные препараты

В) кортикостероиды

Г) хлористый кальций

Д) [витамины](https://pandia.ru/text/category/vitamin/)

5.Лечение анафилактического шока включает в себя:

А) кровопускание

Б) введение вазопрессорных веществ (адреналина, мезатона)

В) введение кортикостероидов

Г) введение диуретиков

Д) введение антигистаминных препаратов

**9. Внеаудиторная самостоятельная работа**

*Рефераты на тему:*

1.  Роль иммунной системы в развитии лекарственной болезни. Клинико-иммунологические аспекты лекарственной болезни.

2.  Современная диагностика лекарственной болезни. Аллергопробы (методика, техника проведения). Аллерген специфическая иммунотерапия (АСИТ) Показания к поведению и интерпретация данных

3.  Современные принципы лечения и профилактики лекарственной болезни

Тестовые вопросы

Вопрос № 1

Синдром Стивенса-Джонсона характеризуется:
1. Только поражением кожи;
2. Изолированным поражением слизистой оболочки полости рта;
3. Изолированным поражением слизистых оболочек глаз;
4. Поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов;
5. Изолированным поражением слизистой носа.
а) если правильные ответы 1, 2 и 3
б) если правильные ответы 1 и 3
в) если правильные ответы 2 и 4
г) если правильный ответ 4             (+)
д) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

2.Осложнением синдрома Лайелла может быть:
1. Пневмония;
2. Присоединения гнойной инфекции на коже;
3. Почечная недостаточность;
4. Миокардит;
5. Гнойная инфекция на слизистых.
а) если правильные ответы 1, 2 и 3
б) если правильные ответы 1 и 3
в) если правильные ответы 2 и 4
г) если правильный ответ 4
д) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5             (+)

3.Синдром Стивенса-Джонсона обычно:
1. Начинается подостро;
2. Имеет хроническое течение;
3. Возможны различные варианты;
4. Начинается остро;
5. Постоянно рецидивирует.
а) если правильные ответы 1, 2 и 3
б) если правильные ответы 1 и 3
в) если правильные ответы 2 и 4
г) если правильный ответ 4             (+)
д) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

4.Для синдрома Лайелла характерно:
1. Эпидермальный некролиз;
2. Поражение внутренних органов;
3. Присоединение гнойной инфекции;
4. Поражение конъюнктивы;
5. Поражение роговицы.
а) если правильные ответы 1, 2 и 3
б) если правильные ответы 1 и 3
в) если правильные ответы 2 и 4
г) если правильный ответ 4
д) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5             (+)

**6.Больному с синдромом Лайелла должны быть немедленно назначены**

+1) антибиотики

2) кортикостероиды

3) сульфаниламиды

4) витамины

5) цитостатики

**7.Синдром Лайелла – это самая тяжелая форма**

1) крапивницы

+2) красной волчанки

3) аллергического дерматита

4) токсикодермии

5) псориаза

8[. Синдром Лайелла характеризуется 1.подострым началом, 2. хроническим течением, 3.рецидивирующим течением, 4.острым, бурным началом, 5.возможны различные варианты течения](https://testsonline.ru/quest/28/4422.html)

[9. При синдроме Лайелла возможно поражение 1.сердечно-сосудистой системы, 2.желудочно-кишечного тракта, 3.центральной нервной системы, 4.органов дыхания, 5.мочевыделительной системы](https://testsonline.ru/quest/28/4425.html)

10.Синдром Лайелла сочетается:

1. коньюктивитом+

2.назофарингитом

3.отитом

4.стоматитом

11.Выберите положительный симптом при синдроме Лайелла:1. Никольского 2.«Стеаринового пятна»3. «Терминальной пленки» 4.Арди-Горчакова

12.Синдром Стивенса – Джонсона это:1. Буллезный пемфигоид 2.Проявление профессиональной экземы 3.Тяжелая форма экссудативной эритемы 4.100% случаев заканчивается летальным исход