Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 19.12.2025 15:29:06
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e7de679484a4c

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
/Просекова Е.В./
«23» мая 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины (Модуля) Б1.В.ДВ.04.04 Аллергические заболевания в практике врача-терапевта участкового

Индекс, наименование

основной образовательной программы высшего образования

Специальность	**31.05.01 Лечебное дело** (код, наименование)
Уровень подготовки	**специалитет**
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению)
Форма обучения	**очная**
Срок освоения ООП	**6 лет** (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической лабораторной диагностики, общей и клинической иммунологии

Владивосток – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело, направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению) в сфере профессиональной деятельности направленности в сфере профессиональной деятельности профессионального стандарта 02.009 Врачебная практика в области лечебного дела Приказ Министерства труда и социальной защиты от 21.03.2017 №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»в сфере профессиональной деятельности **профессиональных (ПК) компетенций**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды аттестации**	**Оценочные средства***
		Форма
1	**Текущая аттестация**	**Тесты**
		Ситуационные задачи
2	**Промежуточная аттестация**	**Тесты**
		Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств для текущей и промежуточной аттестации осуществляется преподавателем дисциплины

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме решения тестовых заданий, ситуационных задач

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

Тестовый контроль

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	31.05.01	Лечебное дело
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и

		безопасности
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
		Иммунологическим механизмом, лежащим в основе развития аллергического ринита, является: иммунологическая аллергическая реакция III типа, аллергическая реакция II типа, механизм аллергического ринита не иммунный, + немедленная аллергическая реакция I типа токсическая реакция **Симптомы острого аллергического ринита обуславливаются медиаторами:** эозинофилов, нейтрофилов, базофилов, + тучных клеток, моноцитов **Кожные пробы с аллергенами можно проводить** в период обострения аллергического заболевания в период стихающего обострения в любое время + в период стойкой ремиссии **Показание для кожного тестирования с аллергенами для диагностики** +поллиноза хронического гайморита гастрита пневмонии **Кожные пробы диагностически достоверные, если** тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию +тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию тест-контроль дал положительную, а гистамин — отрицательную реакцию **Кожное тестирование с аллергенами можно проводить** на фоне приема антигистаминных препаратов в первый день после отмены антигистаминных препаратов 1 поколения на десятый день после отмены антигистаминных препаратов 1 поколения +не раньше, чем через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов 1 поколения **При проведении скарификационных тестов реакция считается отрицательной, если имеются** участок гиперемии диаметром 1 мм гиперемия >1 мм в диаметре волдырь 1 мм + размеры, как в отрицательном контроле **Изменение, какого из нижеперечисленных лабораторных показателей, с наибольшей достоверностью указывает на наличие атопии.**

		Эозинофилия в периферической крови. Повышение количества эозинофилов в мазках со слизистой полости носа. Повышение уровня общего IgE. + Повышение уровня специфических IgE к ингаляционным аллергенам **Какие критерии лежат в основе классификации аллергического ринита по характеру течения?** + Продолжительность клинических проявлений аллергического ринита (количество дней в неделю, количество недель в году). Преобладание тех или иных симптомов аллергического ринита (назальная обструкция, ринорея и пр.). Наличие или отсутствие сезонности течения аллергического ринита (сезонный, круглогодичный). Спектр сенсибилизации (сенсибилизация к пыльцевым, бытовым и др. группам аллергенов). **Пациентка 27 лет обратилась в начале мая с жалобами на першение в горле, «зуд» слизистых полости рта после употребления моркови, орехов, вишни, а также зуд век, ринорею, круглогодично отмечает высыпания на локтевых и коленных сгибах. В связи с появлением вышеуказанных симптомов принимает антигистаминные препараты** **выберите правильный метод обследования для уточнения диагноза** Назальный провокационный тест + Определение уровня специфических IgE к предполагаемым причинно-значимым аллергенам Цитология назального секрета Посев из зева и носа на флору **Для бронхиальной астмы, вызванной физическим усилием, характерно:** встречаемость у здоровых людей, высокая встречаемость среди больных бронхиальной астмой, влияние факторов окружающей среды, + гипервентиляция, уменьшение бронхоспазма при повторяющихся нагрузках **При высыпаниях и кожном зуде, некупируемом приемом антигистаминных и кортикостероидных препаратов, первоочередно надо исключить** аутоиммунные заболевания заболевания внутренних органов психические расстройства +чесотку **Чаше всего анафилактический шок вызывает:** физиологический раствор, глюкоза, хлористый кальций, + пенициллин, реополиглюкин В патогенезе острой аллергической крапивницы ведущую роль играют +IgE

		IgG, IgM Т- зависимые механизмы неспецифические факторы дефекты системы комплемента **27-летняя женщина приходит на прием в вашу клинику. Она работает бухгалтером. Долгое время она страдает от аллергии на пыльцу деревьев, для лечения которой она использует назальный спрей со стероидами.** **Когда вы даете советы о здоровом питании, пациентка упоминает, что фрукты вызывают у нее сильное покалывание во рту и иногда отек губ. Какова вероятная причина этих симптомов?** Гипервентиляция + Синдром перекрестной пищевой аллергии Аллергия на орехи Гастродуоденит **При пыльцевой аллергии больные имеют клинические проявления:** круглый год при контакте с домашней пылью при ужаление насекомых + в период цветения (поллинации) ветроопыляемых растений при контакте с животными **Клинические проявления при пыльцевой аллергии** усиливаются в дождливую погоду усиливаются в холодное время года не зависят от погодных условий + усиливаются в сухую жаркую ветреную погоду появляются на фоне вирусных заболеваний **Проявления лекарственной аллергии зависят от:** способа введения препарата схемы лечения дозы препарата + ни от чего из перечисленного длительности лечения **Для пациентов с поллинозом к пыльце злаковых характерна непереносимость пищевых продуктов:** морковь орехи рыба + сдобное тесто пиво **Пищевая непереносимость/перекрестная реакция подсолнечного масла характерна для пациентов с:** бытовой аллергией эпидермальной аллергией инсектной аллергией + пыльцевой аллергией бытовой и эпидермальной аллергией **43-летняя пациентка ощущает покалывание и дискомфорт во рту после употребления сырой моркови и сельдерея.**

		Какой из следующих аэроаллергенов с наибольшей вероятностью вызовет аллергическую реакцию у пациентки? Клещи домашней пыли Грибы рода Aspergillus Кошачья шерсть +Березовая пыльца **35-летний мужчина поступил в отделение неотложной помощи с отеком губ и шеи и крапивницей, для лечения которых ему вводили хлорфенамин и стероиды внутривенно. Он не принимает лекарственные препараты регулярно, однако он принял 1 г парацетамола за 12 часов до приступа. Он ничего не ел в течение восьми часов, которые предшествовали приступу. Последние два дня у него была простуда с симптомами острого ринита и небольшая температура до 37,7°С. Какова наиболее вероятная причина этих симптомов?** Аллергия на орехи Аллергический ринит Аллергия на парацетамол + Крапивница и ангиоэдема, вызванные инфекцией **53-летняя женщина приходит на прием с рецидивирующей крапивницей, которая беспокоит ее на протяжение восьми месяцев. У нее нет серьезных заболеваний в анамнезе. Она, как правило, знает о приближении приступа, потому что она чувствует крайнюю степень усталости и ей постоянно хочется прилечь. Затем у нее появляются выпуклые розовые болезненные поражения на руках и туловище, которые постепенно проходят в течение двух-трех дней, хотя они иногда после них остаются кровоподтеки.** **Какой из следующих диагнозов является наиболее вероятным?** + Уртикарный васкулит Хроническая идиопатическая крапивница Наследственная ангиоэдема Неустановленная пищевая аллергия **Сублингвальный провокационный тест с медикаментами имеет право проводить:** терапевт врач любой специальности + аллерголог-иммунолог Стоматолог **У пациента 22 лет с признаками сезонного ринита (симптомы в виде ринореи, чихания, которые отмечаются в осенний период в условиях средней полосы России) выявлены положительные кожные тесты на пыльцу полыни, а также грибковые аллергены. По окончании обследования планируется проведение АСИТ. Правильным методом обследования пациента для уточнения диагноза и начала аллерген-специфической иммунотерапии является** кожное тестирование с предполагаемыми причинно-

		значимыми аэроаллергенами + назальный провокационный тест с предполагаемыми причинно-значимыми аллергенами определение уровня специфических IgE к предполагаемым причинно-значимым аллергенам кожные аллергологические тесты с неифекционными аллергенами **Пациентка 27 лет обратилась в начале мая с жалобами на першение в горле, «зуд» слизистых полости рта после употребления моркови, орехов, вишни, а также зуд век, ринорею. Круглогодично отмечает высыпания на локтевых и коленных сгибах. В связи с появлением указанных симптомов принимает антигистаминные препараты. Правильным методом обследования пациента для уточнения диагноза является** кожное тестирование с предполагаемыми причинно-значимыми аэроаллергенами назальный провокационный тест с предполагаемыми причинно-значимыми аллергенами + определение уровня специфических IgE к предполагаемым причинно-значимым аллергенам кожные аллергологические тесты с неинфекционными аллергенами **Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология» регламентируется** приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04 февраля 2010г. №60н + приказом Министерства здравоохранения РФ от 07 ноября 2012г. №606н Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ (в ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Конституцией РФ **В амбулаторно-поликлинических учреждениях при подозрении или в случае выявления аллергических заболеваний и болезней, ассоциированных с иммунодефицитами, направляют больных на консультацию в кабинет врача аллерголога-иммунолога** врачи-физиотерапевты врачи экспертных комиссий + врачи-педиатры участковые, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи экспертных комиссий, врачи других специальностей врачи ЛФК **28-летний мужчина поступил с анафилактической реакцией на укус пчелы. Он живет около двух ульев и спрашивает, каким будет риск анафилактической реакции, если его ужалят в ближайшем будущем. Как вы оцените возможный риск для пациента?** 5% 25% + 50%

		100% **Препаратами первого выбора для терапии сезонного аллергического ринокнъюнктивита являются** топические деконгестанты + системные блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов топические антигистаминные препараты топические кромогликаты **Антигистаминными препаратами первого поколения являются** +клемастин, хлоропирамин лоратадин, дезлоратадин цетиризин, левоцетиризин фексофенадин **Стандарт первой линии терапии рецидивирующих поллипозных риносинуситов** поллипэктомия + терапия топическими ГКСП (глюкокортикостероидными) препаратами терапия системными антигистаминными препаратами терапия системными глюкокортикостероидными препаратами **Основным препаратом выбора для лечения сезонного аллергического ринита является:** Сосудосуживающие капли +Системные блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения Топические антигистаминные препараты Системные блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов 1-го поколения **Диспансерному наблюдению, в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения, подлежат:** больные с острой крапивницей больные с частотой ОРИ 3-4 раза в год больные, страдающие туберкулезом и получающие иммунотерапию + больные бронхиальной астмой **Препаратами выбора в случае длительного упорного круглогодичного аллергического ринита среднетяжелого течения являются:** Кромогликат натрия; Системные антигистаминные препараты; Комбинированные препараты (системные антигистаминные препараты -адреномиметики); + Интраназальные глюкокортикостероиды; Местные адреномиметики **Положительный эффект комбинированного действия β2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов:** Полностью исчезают ночные симптомы и практически полностью дневные; Достигается нормальная или близкая к нормальной функция легких; Социальная, физическая и психологическая активность пациента практически в норме;

		+ Все перечисленное; Необходимость в В2-агонистах короткого действия исчезает сведена до минимума. **Бронхолитическое действие сальметерола:** Начинается 8 течение 1-й минуты после ингаляции и продолжается 4-6 часов; Начинается в конце первой недели лечения; Начинается в течение первого часа; + Начинается в течение первых 30 минут после ингаляции и продолжается в течение 12 часов; Продолжается сутки. **Для купирования острого приступа удушья следует применить ингаляционно:** ß2-агонисты длительного действия; Теофиллин; Антилейкотриеновые препараты; + ß 2-агонисты короткого действия; Кромоны **Определите порядок противовоспалительной активности ингаляционных глюкокортикостероидов:** Беклометазои, будесонид, флунизолид, флютиказон; Флютиказон, беклометазон, будесонид, флунизолид; Флунизолид, беклометазон, флютиказон, будесонид; + Беклометазон, флунизолид, будесонид, флютиказон; Будесонид, флютиказон, беклометазон, флунизолид **Системные побочные эффекты топических ингаляционных глюкокортикостероидов:** Остеопороз; Стероидный диабет; Ульцерогенное действие; + Крайне редки; Синдром Иценко-Кушинга. **Побочными эффектами β2-агонистов являются:** Чувство беспокойства; Синдром «рикошета»; Сухость во рту, брадикардия; + Все перечисленные побочные эффекты; Тремор пальцев, тахикардия. **В отношении клиники атопического дерматита справедливо утверждение:** Не зависит от возраста; Существуют 3 возрастных периода атопического дерматита единой локализацией поражения, одинаковыми кожными элементами; Существуют 2 возрастных периода атопического дерматита с различной локализацией поражений; + Существуют 3 возрастных периода атопического дерматита с различной локализацией поражений и различным преобладанием первичных и вторичных элементов; Клиника атопического дерматита полиморфна и меняется ежегодно. **Для атопического дерматита характерны кожные высыпания:**

		Папулезные; Везикулезные; Уртикарные; + Полиморфные; Эритематозные. **Различия между простым и аллергическим контактным дерматитом заключается в:** Клинике болезни; Этиологии болезни; Аллергологическом анамнезе; + Механизме развития; Терапевтических подходах **Основным видом терапии контактного аллергического дерматита являются:** Антигистаминные препараты; Ингибиторы протеиназ; Антибактериальные мази; + ГКС-мази; Системные ГКС **Наиболее часто хроническая крапивница сопровождает заболевания:** сердечно-сосудистой системы; верхних и нижних дыхательных путей; + желудочно-кишечного тракта; опорно-двигательного аппарата; сосудов мозга **Дермографическая крапивница вызывается:** иммунными механизмами с участием IgE; иммунными механизмами с участием IgG; + неспецифическим освобождением гистамина; неслецифическим освобождением ацетилхолина; неспецифическим освобождением всех медиаторов**.** **При дермографической крапивнице наиболее эффективны:** препараты белладонны; + антигистаминные препараты; препараты кромогликата натрия; хлористый кальций; глюкокортикостероиды **Главным медиатором при аллергической крапивнице является:** ацетилхолин; простагландин; + гистамин; лейкотриены; гепарин. **Высокая эозинофилия крови наиболее характерна для крапивницы, вызванной:** аллергией к домашней пыли; пищевой аллергией; очагами хронической инфекции; + глистной инвазией; пыльцевой аллергией **При наследственном ангионевротическом отеке**

		дефекты связаны с: четвертым фактором системы комплемента; третьим фактором системы комплемента; + ингибитором первого фактора системы комплемента; первым фактором системы комплемента; вторым фактором системы комплемента. **В патогенезе острой аллергической крапивницы и ангиоотека ведущую роль играют:** + IgE; IgG, IgM; Т-зависимые механизмы; неспецифические факторы; дефекты системы комплемента **Уртикаркные элементы существуют на коже не более:** 5 дней; 7 дней; 10 дней; + 1-2 дней.
		ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 2 УРОВНЯ (НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ)
		Содержание образовательных программ для пациентов при аллергических заболеваниях включает *Объяснение причин заболевания *Разъяснение целей лечения, необходимости проведения профилактических мероприятий. *Информирование причинно-значимых агентах, вызывающих аллергические заболевания *Разъяснение адекватных элиминационных мероприятий **Первичная профилактика лекарственной аллергии включает:** *Тщательный сбор фармакологического анамнеза. *Избегать полипрагмазии. *Соответствие дозы лекарственного средства возрасту и массе тела больного. *Способ введения лекарственного средства должен строго соответствовать инструкции. *Назначение лекарственного средства строго по показаниям **К мерам профилактики лекарственной аллергии у лиц с аллергической конституцией относятся:** 1. исключение пенициллина из лечения, 2. назначение препаратов строго по показаниям, 3. избегание полипрагмазии 4. проведение профилактических прививок только в период стойкой ремиссии аллергического заболевания, 5. назначение адекватных доз препарата 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Специфическую иммунотерапию при бронхиальной астме назначают в тех случаях, когда:**

		длительность заболевания не более 3 лет длительность заболевания более 3 лет * течение круглогодичное, подтверждена причинная значимость сенсибилизации * течение сезонное, выявлен клинически значимый аллерген нет наследственной предрасположенности **Показания для АСИТ при аллергическом рините:** * круглогодичное течение * сезонное течение при наличие поливалентной сенсибилизации * совпадение аллергических проб и клинических данных длительности заболевания не более 6 лет отсутствие сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы **Специфическая гипосенсибилизация показана:** * при аллергии на пыльцу злаковых для профилактики местной реакции на укусы пчел * при аллергии на пыльцу деревьев * для профилактики анафилаксии на укус осы * при аллергизации антигенами бытовых клещей **Лекарственные средства, используемые при лечении крапивницы в первую очередь:** антилейкотриеновые препараты гидрокортизон и препараты кальция + антигистаминные препараты Глюкокортикостероиды **Какая тактика ведения рецидивирующих поллипозных риносинуситов наиболее предпочтительна:** полипотомия +эндоназальная терапия топическими глюкокортикостероидами эндоназальная терапия антигистаминными препаратами эндоназальная терапия кромогликатом натрия **Выберите правильный метод симптоматического лечения пациенту с сезонным обострением аллергического ринита и признаками выраженной назальной обструкции, симптомами аллергического синусита профессия – водитель автобуса.** Системные антигистаминные препараты I поколения. Физиотерапия. + Топические ГКС. Аллерген-специфическая иммунотерапия **Для лечения аллергического ринита используются**: 1. антигистаминные препараты, 2. глюкокортикостероидные гормоны, 3. кромогликат натрия, 4. недокромил натрия, 5. препараты аллергенов 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

		При аллергическом рините ГКС, применяемые местно, могут: 1. купировать позднюю фазу воспаления, 2. редуцировать аллергическое воспаление (раннюю и позднюю формы), 3. устранять заложенность носа, 4. тормозить высвобождение медиаторов из тучной клетки и устранять симптомы острого аллергического ринита, 5. уменьшать гиперсекрецию 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Кромоны применяются при:** **1. бронхиальной астме,** **2. аллергическом рините,** **3. аллергической крапивнице,** **4. поллинозе,** **5. аллергическом конъюнктивите** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 4 и 5. **Использование спейсера позволяет:** **1. свести до минимума отложение аэрозоля в полости рта и на голосовых складках,** **2. применять ингаляционно препараты, не выпускающиеся в форме дозированных аэрозолей,** **3. улучшить координацию вдоха и ингаляции 4. использовать весь препарат,** **5. улучшить депозицию препарата в легких** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Для лечения среднетяжелого и тяжелого сезонного аллергического ринита показано:** **1. назально глюкокортикостероиды,** **2. системные антигистаминные препараты,** **3. ипратропиум бромид,** **4. местные бета-адреномиметики (не более 7-10 дней),** **5. местные антигистаминные препараты** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Общие принципы профилактики лекарственной болезни:** * назначение медикаментов, обоснованные клинической ситуацией

		* избегать полипрагмазии * тщательно собирать лекарственный анамнез антибиотики назначать только в комплексе с антигистаминными препаратами **При лечении легких или эпизодических симптомов сезонного аллергического ринита применяют:** **1. системные быстродействующие блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов,** **2. недокромил натрия,** **3. интраназальные глюкокортикостероиды,** **4. местные интраназальные антигистаминные препараты,** **5. кромогликат натрия** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Методами специфического лечения пыльцевого ринита являются:** **1. удаление аллергена,** **2. иглорефлексотерапия,** **3. специфическая иммунотерапия,** **4. фармакотерапия,** **5. оперативное лечение** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Специфическая иммунотерапия показана пациентам, страдающим аллергическим ринитом:** **1. симптомы которого не контролируются фармакологическими препаратами** **2. в сочетании с тяжелой атопической астмой, 3. нуждающимся в постоянном применении фармакотерапии для контроля симптомов ринита,** **4. круглогодичного течения или сезонным с длительным сезоном пыления/цветения** **5. в сочетании с атопическим дерматитом** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1, 3,4. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Для лечения круглогодичного аллергического ринита используются:** **1. системные антигистаминные препараты,** **2. топические глюкокортикостероидные препараты,** **3. кромогликат натрия,** **4. топические антигистаминные препараты,** **5. препараты аллергенов** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. 2) если правильные ответы 1 и 3.

		3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. **5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Методом неспецифической терапии поллинозов является:** **1. назначение антигистаминных препаратов,** **2. предсезонная иммунотерапия,** **3. назначение глюкокортикостероидов,** **4. полная элиминация аллергена,** **5. назначение антибиотиков** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Действие неспецифической терапии поллинозов направлено на:** **1. патохимическую стадию патогенеза,** **2. период сенсибилизации** **3. патофизиологическую стадию,** **4. иммунологическую стадию патогенеза,** **5. период сенсибилизации и иммунологическую стадию патогенеза** 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **Мероприятия, проводимые при лечении анафилактического шока, начинаются с**: 1. оказания немедленно медицинской помощи на месте, 2. транспортировки больного в медицинское учреждение, 3. введения адреналина, 4. вызова специализированной бригады скорой помощи, 5. промывания желудка 1) если правильные ответы 1, 2 и 3. **2) если правильные ответы 1 и 3. 3) если правильные ответы 2 и 4. 4) если правильный ответ 4. 5) если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5. **К аллергическим реакциям немедленного типа на вакцину относятся:** +Крапивница и отек Квинке; Полиартралгия; + Синдром крупа; Энцефалопатия; Полирадикулоневрит **Для диагностики лекарственной аллергии используется:** **+** Аллергологический анамнез; +Кожное тестирование; + Провокационные тесты; + Лабораторные тесты; + Пробная отмена препарата

		Лекарственный агранулоцитоз может сопровождаться: + Сепсисом; + Ангиной; + Лимфоаденопатией; + Гипертермией; + Анемией **Профилактика пищевой аллергии заключается:** + В длительном грудном вскармливании детей; + В использовании гипоаллергенных диет; + В коррекции заболеваний желудочно-кишечного тракта; В коррекции иммунологических нарушений; В постоянном применении антигистаминных препаратов **Терапия пищевой аллергии в период обострения, включает:** + Удаление аллергена путем промывания желудка и кишечника; + Симптоматическую терапию имеющихся у больного клинических проявлений пищевой аллергии; + Назначение энтеросорбентов; Проведение специфической иммунотерапии; Проведение неспецифической иммунотерапии **Пищевыми продуктами, высвобождающими гистамин, являются следующие:** + Яичный белок; + Клубника; + Томаты; + Моллюски; + Шоколад **Пищевыми продуктами, содержащими много гистамина, являются следующие:** + Ферментированные продукты; + Томаты; + Шпинат; + Шоколад; + Клубника **Перекрестно-реагирующими пищевыми продуктами у лиц с респираторной аллергией к непатогенным плесневым грибам могут быть:** +Кисломолочные продукты и сыр; + Дрожжевое тесто; + Старые овощи и фрукты; Свежие фрукты и овощи; Лесные орехи **Имитировать пищевую аллергию могут следующие клинические синдромы:** +Пищевой токсикоинфекции; +Пищевой непереносимости вследствие гистаминолиберации; + Идиосинкразии вследствие дефекта ферментных систем желудочно-кишечного тракта; + Психогенной непереносимости продуктов; + Пищевой непереносимости вследствие избыточного потребления биогенных аминов **При аллергии к пыльце деревьев возможна аллергия:**

		+ К орехам; + К вишне; + К яблокам; К клубнике; К арахису **Для лечения аллергического бронхолегочного аспергиллеза применяют:** Антибиотики; +Противогрибковые средства; Нестероидные противовоспалительные препараты; + Глюкокортикостероиды; Сульфаниламиды **Для лечения среднетяжелого и тяжелого сезонного аллергического ринита показано:** +Назально глюкокортикостероиды; + Системные антигистаминные препараты; +Ипратропиум бромид; + Местные адреномиметики (не более 7-10 дней); + Местные антигистаминные препараты **Высокие эффективность и безопасность комбинированных препаратов (β2-агонисты + ингаляционные глюкокортихостероиды) достигаются за счет:** + Увеличения синтеза β2-рецепторов; + Уменьшения десентизацин β2-рецепторов при длительном приеме β1-агонистов; + Возрастания чувствительности глюкокортикостероидных рецепторов к ингаляционным глюкокортикостероидам; Увеличения количества В2-рецепторов и глюкокортикостероидных рецепторов; Все вышеперечисленное. **Противовоспалительными препаратами для лечения бронхиальной астмы являются:** +Ингаляционные ГКС; + Препараты кромоглициевой кислоты; + Антагонисты лейкотриенов; Теофиллины; Селективные бета2 - агонисты короткого действия **Возможные нежелательные события у пожилых больных, длительно получающих высокие дозы ингаляционных ГКС:** + Остеопороз; Сахарный диабет; + Повышается риск развития глаукомы; Развитие эмфиземы легких; Повышение артериального давления; Все из перечисленного **Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения:** +Высокое сродство к Н1 рецепторам; Высокая проходимость через гемато-энцефалический барьер; + Отстутствие седативного эффекта; +Отсутствие тахифилаксии;

		Блокада других типов рецепторов; Все из перечисленного **Клинические показания для применения Н1— антитистаминных препаратов является наличие у больных:** **+**Поллиноза; +Аллергического ринита; +Отека Квинке; Астматического состояния; Холинергической крапивницы **Для атопического дерматита при специфическом обследовании наибольшее диагностическое значение имеют:** + Аллергоанамнез; + Клиника болезни; + Кожные пробы и определение специфических IgE антител; Определение общего IgE; Определение IgG антител

Типовые ситуационные задачи и чек-листы по дисциплине Б1.В.ДВ.04.04 Аллергические заболевания в практике врача-терапевта участкового

Ситуационная задача №1

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Пациентке М., 30 лет, преподаватель математики, страдает аллергическим ринитом, в стоматологическом кабинете перед экстракцией зуба сделана местная анестезия 0,25% раствором новокаина. В течение 7 минут после введения препарат пациентка почувствовала затруднение дыхания, чувство жара в теле, шум в ушах, беспокойство и чувство тревоги, слабость. Объективно: состояние средней степени тяжести, пациентка в сознании, возбуждена. Кожные покровы с элементами папулезных высыпаний в области спины и груди. Частота дыхательных движений 24 в

		минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс - 120 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.
В		Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
В		Алгоритм оказания первой медицинской помощи при анафилактическом шоке. Назовите препарат выбора
В		Профилактика анафилактического шока. Какую ошибку допустил врач стоматологического кабинета?
В		Перечислите критерии оценки I степени тяжести анафилактического шока.
В		План профилактических мероприятий для предупреждения повторного развития анафилактического шока.

Чек-лист к ситуационной задаче № 1

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Пациентке М., 30 лет, преподаватель математики, страдает аллергическим ринитом, в стоматологическом кабинете перед экстракцией зуба сделана местная анестезия 0,25% раствором новокаина. В течение 7 минут после введения препарат пациентка почувствовала затруднение дыхания, чувство жара в теле, шум в ушах, беспокойство и чувство тревоги, слабость. Объективно: состояние средней степени тяжести, пациентка в сознании, возбуждена. Кожные покровы с элементами папулезных высыпаний в области спины и груди. Частота дыхательных движений 24 в минуту. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс - 120 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
Э		Правильный ответ Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на новокаин, гемодинамический вариант, 1 степени тяжести. Т88.6-Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и

		правильно примененное лекарственное средство.
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Алгоритм оказания первой медицинской помощи при анафилактическом шоке. Назовите препарат выбора
Э	-	Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при АШ. 1. Приложить лед к месту инъекции ЛС. 2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента. 3. Срочно вызвать реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь. 4. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина. При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. 5. Необходимо уложить больную на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение, сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу. 6. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. Препарат выбора – раствор эпинефрина 0,1 %, все остальные ЛС и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия
Р2	отлично	Алгоритм оказания первой медицинской помощи указан полностью. Препарат выбора указан правильно.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислено 5 пунктов ответа. Препарат выбора указан правильно. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено 3 пункта ответа. Препарат выбора указан правильно.
Р0	неудовлетворительно	Перечислен один пункт алгоритма. Препарат выбора указан неправильно.
В	3	Профилактика анафилактического шока. Какую ошибку допустил врач стоматологического кабинета?
Э		Профилактика: 1. Пациенты, имеющие в анамнезе аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальную астму, атопический дерматит, лекарственную аллергию, реакции на ужаление перепончатокрылых, пищевую аллергию и т.д.) должны быть в плановом порядке обследованы врачом

		аллергологом-иммунологом, особенно перед плановыми оперативными вмешательствами 2. При отягощенном аллергологическом анамнезе перед оперативным вмешательством, рентгенконтрастным исследованием провести премедикацию (С): за 1 ч до вмешательства вводят дексаметазон 4–8 мг или преднизолон 30–60 мг внутримышечно или внутривенно капельно на 0,9% растворе натрия хлорида; клемастин 0,1% 2 мл или хлоропирамин 0,2% 1–2 мл внутримышечно или внутривенно на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы. Врач стоматологического кабинета не собрал аллергологический анамнез.
Р2	отлично	Названы все аспекты профилактики. Ошибка врача указана правильно.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: ошибка врача указана правильно. Частично названы аспекты профилактики. для оценки «удовлетворительно»: ошибка врача указана правильно. Не названы аспекты профилактики.
Р0	неудовлетворительно	Ошибка врача не указана или указана неправильно. Не названо ни одного аспекта профилактики.
В	4	Перечислите критерии оценки I степени тяжести анафилактического шока.
Э		1. Внезапный зуд глаз и носа. Генерализованный зуд, эритема, крапивница, ангиоотек. 2. Оральный зуд, чувство покалывания во рту, незначительный отек губ, тошнота и/или рвота, умеренные боли в животе. 3. Заложенность носа и/или ринорея, чувство зуда в горле или удушье. 4.Тахикардия (повышение числа сердечных сокращений более чем на 15 уд/мин). 5. Изменение активности чувство тревоги.
Р2	отлично	Перечислены все признаки по 5 системам.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены не все признаки по 3 системам. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены не все признаки по 2 системам.
Р0	неудовлетворительно	Не названо признаков не по одной из систем
В	5	План профилактических мероприятий для предупреждения повторного развития анафилактического шока.
Э		1. Все больные, перенесшие анафилаксию, АШ, должны быть направлены на консультацию к врачу аллергологу-иммунологу. 2. Объяснить пациенту и его ближнему окружению (родственники, педагоги и т.п.) клинические проявления анафилаксии, АШ. Обучить оказанию первой медицинской помощи. 3. Необходимо выдать пациенту медицинское заключение или паспорт больного аллергическим заболеванием с указанием мероприятий необходимых

		для исключения контакта с аллергеном (ЛС, пищевой продукт, яд насекомых, латекс и пр.), четкий алгоритм действия для купирования развившейся реакции. 4. Пациенту, перенесшему анафилаксию, АШ, при себе рекомендуется иметь противошоковый набор, включающим раствор эпинефрина 0,1% 1,0 мл в ампуле. 5. Избегать любого возможного контакта с причинно-значимым аллергеном: не применять причинно-значимое или перекрестно реагирующие ЛС; учитывать дженерики, производимые различными фармацевтическими компаниями; не употреблять пищевой продукт (в том числе в следовых количествах), содержащий аллерген; избегать ужаления перепончатокрылыми насекомыми и т.д. 6. На титульном листе амбулаторной и/или стационарной карты больного необходимо указывать причину (ЛС, пищевой продукт) анафилактической реакции, дату и ее клинические проявления.
Р2	отлично	Перечислены все 6 пунктов вторичной профилактики.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислено 3 пункта. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено 2 пункта.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или не названо ни одного пункта
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача №2

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная А., 49 лет, продавец в магазине, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья в дневное время и 1-2 раза в неделю - в ночное, кашель с отделением вязкой мокроты, одышку смешанного характера при физической нагрузке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, бледного цвета. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 22/минуту. Сатурация 88%. Тоны

		сердца приглушенные, ритмичные. АД 157/94 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/минуту. Отмечаются отеки нижней 1/3 трети голени, с двух сторон. Препараты принимает нерегулярно, так как забывает, при приступах удушья использует сальбутамол. При обследовании: ПСВ 74% от должной; на спирограмме - ЖЕЛ 64%, ОФВ1 48%, постбронходилатационный ОФВ1 64%; в крови - специфические IgE к сорным травам (амброзии, полыни) и клещу домашней пыли; в клиническом анализе крови – эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 138 г/л, тромбоциты - 250×109/л, лейкоциты – 5,1×109/л, СОЭ 5 мм/ч, базофилы - 1, эозинофилы - 45, нейтрофилы: п/я - 4, с/я – 50; лимфоциты – 28, моноциты – 5.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
В	2	Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. Обоснуйте свой ответ.
В	3	Нуждается ли пациентка в стационарном лечении? Перечислите показания для госпитализации.
В	4	Определите показания для установления диспансерного наблюдения, его сроки и кратность диспансерных осмотров.
В	5	Перечислите противопоказанные виды и условия труда.

Чек-лист к ситуационной задаче № 2

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная А., 49 лет, продавец в магазине, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья в дневное время и 1-2 раза в неделю - в ночное, кашель с отделением вязкой мокроты, одышку смешанного характера при физической нагрузке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, бледного цвета. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 22/минуту. Сатурация 88%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 157/94 мм.рт.ст.

		ЧСС 78 уд/минуту. Отмечаются отеки нижней 1/3 трети голени, с двух сторон. Препараты принимает нерегулярно, так как забывает, при приступах удушья использует сальбутамол. При обследовании: ПСВ 74% от должной; на спирограмме - ЖЕЛ 64%, ОФВ1 48%, постбронходилатационный ОФВ1 64%; в крови - специфические IgE к сорным травам (амброзии, полыни) и клещу домашней пыли; в клиническом анализе крови – эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 138 г/л, тромбоциты - 250×109/л, лейкоциты – 5,1×109/л, СОЭ 5 мм/ч, базофилы - 1, эозинофилы - 45, нейтрофилы: п/я - 4, с/я – 50; лимфоциты – 28, моноциты – 5.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
Э		Основной диагноз: Аллергическая бронхиальная астма, персистирующее, недостаточно контролируемое течение средней тяжести, обострение средней степени тяжести. Круглогодичный аллергический ринит, легкое персистирующее течение, обострение. Сенсибилизация к пыльце сорных трав (амброзия, полынь) и КДП. Осложнения основного диагноза: ДН II степени. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск ССО 3. Хроническая сердечная недостаточность IIA стадии, ФК II. J 45.0 – Астма с преобладанием аллергического компонента.
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. Обоснуйте свой ответ.
Э	-	1.Пациентка временно нетрудоспособна. Причиной нетрудоспособности является обострение хронического заболевания. Необходимо выдать листок временной нетрудоспособности (ЛВН); 2. Срок временной нетрудоспособности – 85-90 дней; 3.Максимальный срок временной нетрудоспособности при неблагоприятном прогнозе – 4 месяца, далее МСЭ и признание пациента стойко утратившим трудоспособность; 4. Единолично врач имеет право выдать ЛВН до 15 календарных дней. При продлении ЛВН пациент направляется на врачебную комиссию (ВК) на 15 день. № протокола и решение ВК вносятся в амбулаторную карту, в ЛВН ставится подпись председателя ВК и лечащего врача.

Р2	отлично	Алгоритм проведения временной нетрудоспособности указан верно, перечислены все 4 пункта.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Алгоритм проведения временной нетрудоспособности указан не полностью, перечислены 3 пункта. Для оценки «удовлетворительно»: Алгоритм проведения временной нетрудоспособности указан не полностью, перечислены 1-2 пункта ответа.
Р0	неудовлетворительно	Алгоритм проведения временной нетрудоспособности указан неправильно. Не названо ни одного пункта.
В	3	Нуждается ли пациентка в стационарном лечении? Перечислите показания для госпитализации.
Э		Не нуждается, пациентке показано амбулаторное лечение. Показания для госпитализации: 1 астматический статус; 2 тяжелое обострение (одышка в покое, вынужденное положение, ЧД более 30 в минуту, дистанционные хрипы, ПСВ менее 60% от должной и т.д.); 3 отсутствие ответа на применение бронходилататоров; 4 отсутствие улучшения после начала лечения глюкокортикостероидами в течение 2-6 часов; 5 жизнеугрожающие обострения БА в анамнезе;6 наличие сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации.
Р2	отлично	Отсутствие показаний для госпитализации пациентки определено верно. Перечислены все 6 причин для госпитализации.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: отсутствие показаний госпитализации данной пациентки определено верно. Перечислены 4 причины для госпитализации. Для оценки «удовлетворительно»: отсутствие показаний для госпитализации данной пациентки определено верно. Перечислены 2 причины для госпитализации.
Р0	неудовлетворительно	Необходимость в госпитализации данной пациентки определена не верно. Не названо ни одного показания для госпитализации.
В	4	Определите показания для установления диспансерного наблюдения, его сроки и кратность диспансерных осмотров.
Э		Все пациенты, имеющие хронические неинфекционные заболевания относятся к IIIа группе здоровья и нуждаются в диспансерном наблюдении. Пациенты с недостаточно контролируемой бронхиальной астмой состоят на диспансерном учете у врача-аллерголога-иммунолога или врача-пульмонолога. По достижению полного медикаментозного контроля над клиническими проявлениями – у врача-терапевта/ педиатра участкового или врача общей практики (семейного врача). Диспансерное наблюдение устанавливается пожизненно Кратность диспансерных явок: при интермиттирующем и лёгком персистирующем, контролируемом течении – 1 раз в 6 месяцев, при

		персистирующем средней тяжести и тяжёлом - 1 раз в 3 месяца.
Р2	отлично	Показания для установления диспансерного наблюдения и его сроки определены правильно. Кратность диспансерных осмотров указана верно.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: показания для установления диспансерного наблюдения и его сроки определены правильно. Кратность диспансерных осмотров указана не верно. Для оценки «удовлетворительно»: показания для установления диспансерного наблюдения и его сроки определены неправильно. Кратность диспансерных осмотров указана не верно.
Р0	неудовлетворительно	Показания для установления диспансерного наблюдения не определены. Сроки ДН и кратность диспансерных осмотров указаны не верно.
В	5	Перечислите противопоказанные виды и условия труда.
Э		1. работа, связанная с физическим напряжением средней тяжести; 2. работа, связанная с выраженным нервно-психическим напряжением; 3. работа, связанная с контактом с причинно-значимыми аллергенами; 4. работа, связанная со значительной речевой нагрузкой в течение рабочего дня; 5. работа в условиях неблагоприятного климата (перепады температуры/давления, повышенная влажность и др.), запыленности, загазованности; 6. виды трудовой деятельности, внезапное прекращение которых в связи с приступом удушья может нанести вред больной и окружающим (авиадиспетчеры, водители автотранспорта, работа на конвейере, работа на высоте и др.); 7 длительные командировки.
Р2	отлично	Перечислены все противопоказанные виды и условия труда.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислено 4-5 противопоказанных видов и условий труда. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено 2-3 противопоказанных видов и условий труда.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или не названо ни одного пункта противопоказанных видов и условий труда.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача №3

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов,

		синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная П., 15 лет, школьница, пришла на повторный прием к аллергологу-иммунологу за результатами обследования. Дожидаясь своей очереди, решила перекусить ореховым батончиком – мюсли. Внезапно возник приступ высыпания и отек на лице, осиплость голоса. Объективно: состояние средней степени тяжести. Пациентка в сознании. Лицо одутловатое, отек век, губ, языка и шеи, высыпания мелкоточечного характера. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд/минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД 20/минуту.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
В	2	В соответствии с каким приказом оказывается помощь населению по профилю «аллергологи и иммунология»? Перечислите, виды и условия оказания медицинской помощи?
В	3	Определите в каких условиях следует оказывать медицинскую помощь пациентам с диагнозом в данном клиническом случае?
В	4	Перечислите показания для госпитализации
В	5	Составьте план ведения и лечения для данной пациентки

Чек-лист к ситуационной задаче № 3

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная П., 15 лет, школьница, пришла на повторный прием к аллергологу-иммунологу за результатами обследования. Дожидаясь своей очереди, решила перекусить ореховым батончиком – мюсли. Внезапно возник приступ высыпания и отек на лице, осиплость голоса. Объективно: состояние средней степени тяжести. Пациентка в сознании. Лицо одутловатое, отек век, губ, языка и шеи, высыпания мелкоточечного характера. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд/минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. ЧД 20/минуту.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите код по МКБ-10.
Э		Ангионевротический отек в области головы и шеи. Т 78.3 – Ангионевротический отек.
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	В соответствии с каким приказом оказывается помощь населению по профилю «аллергологи и иммунология»? Перечислите, виды и условия оказания медицинской помощи?
Э	-	Приказ 606н (от 7.11.2012г.) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология». Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: а) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой помощи или в транспортном средстве при медицинской эвакуации); б) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного наблюдения и лечения); г) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
Р2	отлично	Приказ назван верно и полностью. Перечислены и охарактеризованы все условия, в которых может оказываться медицинская помощь.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: приказ назван верно и полностью. Перечислены, но не охарактеризованы все условия, в которых может оказываться медицинская помощь. Для оценки «удовлетворительно»: приказ назван неверно. Перечислены и охарактеризованы 50% условий, в которых может оказываться медицинская помощь.

Р0	неудовлетворительно	Приказ назван неверно. Не названо и не охарактеризовано ни одно условие, в которых может оказываться медицинская помощь
В	3	Определите в каких условиях следует оказывать медицинскую помощь пациентам с диагнозом в данном клиническом случае?
Э		а) пациентам с диагнозом ангионевротический отек в области головы и шеи медицинская помощь может быть оказана вне медицинской организации и стационарно; б) в данном клиническом случае медицинскую помощь следует оказывать в условиях стационара.
Р2	отлично	Перечислены все условия, в которых может оказываться медицинская помощь пациентам с таким диагнозом. Условия для оказания медицинской помощи в данном клиническом случае выбраны верно.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены все условия, в которых может оказываться медицинская помощь пациентам с таким диагнозом. Условия для оказания медицинской помощи в данном клиническом случае выбраны не верно. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены не все условия, в которых может оказываться медицинская помощь пациентам с таким диагнозом. Условия для оказания медицинской помощи в данном клиническом случае выбраны не верно.
Р0	неудовлетворительно	Условия, в которых может оказываться медицинская помощь пациентам с таким диагнозом и условия для оказания медицинской помощи в данном клиническом случае - выбраны не верно.
В	4	Перечислите показания для госпитализации
Э		а) серьезные и угрожающие жизни осложнения ангиоотека: - асфиксия – отек языка, отек верхних дыхательных путей; - острый живот; б) отсутствие эффекта или недостаточный эффект амбулаторного лечения.
Р2	отлично	Перечислены все показания для госпитализации.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены не все показания для госпитализации. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено 50% показаний для госпитализации.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно показания для госпитализации.
В	5	Составьте план ведения и лечения для данной пациентки
Э		Медикаментозная терапия АО, не связанных с нарушениями в системе комплемента, аналогична терапии острой и хронической крапивницы в сочетании с ангиотёком. Лечение следует начинать с блокаторов Н1-рецепторов II поколения. Не рекомендуется применять седативные антигистаминные средства в качестве препаратов первой линии лечения. При тяжелом течении заболевания или обострениях

		ангиоотека, не контролируемого Н1 блокаторами назначают ГКС. Терапия может проводиться парентерально или перорально коротким курсом (3-10 суток) для купирования обострения (начальная доза по преднизолону 30-60 мг). а) элиминация причинно-значимого аллергена; б) при жизнеугрожающих состояниях (ангиоотек гортани) показано назначения эпинефрина - купирование симптомов – при ангиоотеке в области головы и шеи применяется 0,1% р-р эпинефрина внутримышечно или подкожно, блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов и ГКС парентерально, контроль функции дыхания и кровообращения, госпитализация; в) обучение пациентки; г) исключение употребления причинных пищевых продуктов, биологических добавок, продуктов-гистамино-либераторов или подозреваемых лекарственных средств.
Р2	отлично	Перечислены все этапы ведения и терапии.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены не все этапы ведения и более 50% плана лечения. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены не все этапы ведения и менее 50% плана лечения.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или не названо ни одного пункта ведения и лечения.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача №4

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная 19 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на затрудненное дыхание, отек в области шеи, лица. Отек развился после экстракции зуба, которая была проведена 5 часов назад. Пациентке был назначен тавегил 2.0 мл внутримышечно,

		но отек продолжает нарастать, усилилась одышка, кашель, осиплость голоса. *При дальнейшем расспросе установлено, что у пациентки с 8-10 лет развиваются отеки разной локализации , возникновение которых всегда связано с психоэмоциональным напряжением или травмой и никогда не сопровождается крапивницей и зудом.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза и план лабораторного обследования
В	3	Составьте план купирования острого приступа НАО
В	4	Профилактика и диспансерное наблюдение при НАО?
В	5	Дифференциальный диагноз НАО?

Чек-лист к ситуационной задаче № 4

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Больная 19 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на затрудненное дыхание, отек в области шеи, лица. Отек развился после экстракции зуба, которая была

		проведена 5 часов назад. Пациентке был назначен тавегил 2.0 мл внутримышечно, но отек продолжает нарастать, усилилась одышка, кашель, осиплость голоса. *При дальнейшем расспросе установлено, что у пациентки с 8-10 лет развиваются отеки разной локализации , возникновение которых всегда связано с психоэмоциональным напряжением или травмой и никогда не сопровождается крапивницей и зудом.

В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		Первичный иммунодефицит. Наследственный ангиоотёк (НАО) D 84.1 – дефект в системе комплемента
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза и план лабораторного обследования.
Э	-	Клиническая картина заболевания проявляется ангиоотёками различной локализации, имеющими специфические триггерные факторы и особенности течения. Периферические отёки – наиболее частое клиническое проявление заболевания, встречающееся практически у 100% пациентов. Отёки рецидивирующие, не сопровождаются крапивницей. Кожные покровы над отёком не гиперемированы и обычной температуры. Средняя продолжительность отёков 2-4 суток. Возможно наличие покалывания, жжения, болезненности в месте отёка. Верхние и нижние конечности - наиболее частая локализация. Абдоминальные атаки – второй по частоте симптом, встречающейся у пациентов с НАО (более 80%). Клинические проявления могут варьировать от дискомфорта до острой боли в области живота, сопровождающейся рвотой, диареей/запором, вздутием, резкой слабостью (при развитии асцита возникает гиповолемия). С помощью визуализирующих методов

		исследования (УЗИ и КТ органов брюшной полости) можно выявить отёк участка кишечника и свободную жидкость в брюшной полости или полости малого таза. Абдоминальные атаки часто являются причиной необоснованного хирургического вмешательства, так как симптомы имитируют клинику «острого живота». Нередко абдоминальные атаки являются первым клиническим проявлением заболевания, что затрудняет постановку диагноза. Отёки, способные привести к асфиксии (потенциально фатальные отёки): отёк гортани, отёк языка, отёк связочного аппарата и небной занавески. Клинически проявляются нарушением дыхания и глотания, осиплостью голоса, дисфонией, страхом смерти, стридором. При отёке языка – отмечается существенное увеличение его в объеме, часто язык не помещается в ротовой полости; При отёке наружных половых органов у мужчин может возникнуть острая задержка мочи; При отёке мозговых оболочек наблюдаются интенсивные головные боли. Маргинальная эритема – не возвышающиеся над поверхностью кожи высыпания розово-красного цвета, без зуда и шелушения, проходящие бесследно в течение нескольких часов – двух суток. Может быть самостоятельным проявлением заболевания или являться «предвестниками». Триггеры: — механическая травма (в том числе, длительное сдавление, укол, ушиб, оперативные вмешательства, инвазивные методы обследования и др); — острые инфекции/декомпенсация любой сопутствующей патологии — менструация/беременность/лактация; — прием эстрогенсодержащих препаратов — прием ингибиторов АПФ, антагонистов рецептора ангиотензина II; — стресс. Лабораторная диагностика: Всем пациентам с подозрением на НАО рекомендуется определение уровня С1-ИНГ и его функциональной активности. Измененные показатели требуют подтверждения с интервалом не менее, чем в 1 месяц и не менее через 3 дня после отмены концентрата С1 ингибитора плазмы крови. Определение уровня С4 компонента пациентам с подозрением на НАО рекомендуется только в качестве скрининга, в связи с низкой специфичностью данного теста. Пациентам с НАО не рекомендуется определение уровня С2 и С3 компонентов комплемента в связи с неинформативностью результатов, так как С1-ингибитор регулирует работу только классического пути активации системы комплимента. Проведение молекулярно-генетического обследования не является обязательным для верификации диагноза НАО I и II типа при наличии типичной клинической картины и диагностически-значимого снижения уровня и/или функциональной активности ингибитора С1-эстеразы. Молекулярно-генетическое обследование рекомендуется проводить 1. для постановки диагноза

		НАО у детей раннего возраста (в связи с малой информативностью исследования уровня и функции компонентов комплемента); 2. на этапе пренатальной диагностики; 3. при скрининге родственников пробанда с известной мутацией на доклиническом этапе. При постановке диагноза НАО без патологии системы комплемента (HAE -FXII, HAE-ANGPTI, HAE-PLG) рекомендуется проведение молекулярно-генетического обследования с поиском мутаций не в гене SERPING1, а в генах XII фактора, плазминогена, ангиопоэтина. В случае НАО без патологии в системе комплемента, данный вид обследования является единственным методом верификации диагноза
Р2	отлично	Перечислены все клинические и лабораторные критерии заболевания.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Перечислены и охарактеризованы более 80% клинических и лабораторных критериев данного заболевания. Для оценки «удовлетворительно»: Перечислены и охарактеризованы более 50% клинических и лабораторных критериев данного заболевания.
Р0	неудовлетворительно	Перечислены и охарактеризованы неверно или менее 25% клинических и лабораторных критериев данного заболевания
В	3	Составьте план купирования острого приступа НАО
Э		Купирование острого приступа НАО. Неотложную терапию НАО I, II типов рекомендуется проводить без отмены препаратов базисной терапии. Пациентам с отёками, способными привести к асфиксии, абдоминальными атаками и тяжелыми периферическими отёками, сопряженными с развитием осложнений (например, отёк половых органов с острой задержкой мочи у мужчин) рекомендуется назначения неотложной патогенетической терапии В качестве препаратов выбора для купирования атак рекомендуется назначать икатибант и концентрат ингибитора С1-эстеразы Терапию рекомендуется начинать максимально быстро от момента появления симптомов, так как раннее введение повышает эффективность терапии и уменьшает продолжительность и тяжесть клинических проявлений. Позднее назначение препаратов может привести к фатальному исходу при отёке верхних дыхательных путей Плазму крови, представляющую собой донатор ингибитора С1-эсетразы, рекомендуется использовать в экстренных случаях при недоступности икатибанта и концентрата ингибитора С1-эстеразы Ингибиторы фибринолиза (аминокапроновую кислоту, транексамовую кислоту) рекомендуются для долгосрочной профилактики, однако имеют клиническую эффективность в небольшой группе

		пациентов (менее 15%) и не используются для купирования потенциально жизнеугрожающих атак в связи с низкой эффективностью Перед проведением стоматологических манипуляций (в дополнение к указанным препаратам) рекомендуется полоскание полости рта 5% раствором аминокапроновой кислоты
Р2	отлично	План купирования острого приступа НАО составлен полностью
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: В плане купирования острого приступа НАО указано более 80% критериев. Для оценки «удовлетворительно»: В плане купирования острого приступа НАО перечислены более 50% критериев.
Р0	неудовлетворительно	План купирования острого приступа НАО составлен неверно или перечислено менее 25% критериев
В	4	Профилактика и диспансерное наблюдение при НАО?
Э		Профилактика и диспансерное наблюдение Первичная профилактика - Генетическое консультирование и пренатальная диагностика при планировании беременности пациентам с подтвержденным диагнозом НАО Вторичная профилактика - Запрещено использование ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл, рамиприл и др.) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (эпросартан, телмисартан, валсартан и др.). Запрещено использование препаратов, содержащих эстрогенные гормоны. Проведение премедикации перед планирующимися оперативными вмешательствами и стоматологическими манипуляциями. С осторожностью назначать активаторы плазминогена (стрептокиназа, алтеплаза, актилизе и др.). Необходимо избегать необоснованных оперативных вмешательств и других травм, простудных заболеваний, стрессовых ситуаций, воздействия холодового фактора, интенсивной физической нагрузки. Скрининг(родителей, братьев, сестер, детей пациента с НАО): Исследование уровня С1-ингибитора и его функциональной активности в пуповинной крови неинформативно, так как эти показатели снижены у 30-50% здоровых новорожденных; Исследования уровня и функциональной активности С1- ингибитора проводить не ранее 1 года жизни (лучше 5 лет). При беременности и в период лактации как для купирования атак, так и в случае необходимости долгосрочной профилактики рекомендуется использовать концентрат ингибитора С1-эстеразы. У пациенток с НАО I и II типа могут быть использованы антифибринолитики.
Р2	отлично	Перечислены все аспекты необходимой профилактики и диспансерного наблюдения при НАО.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% аспектов необходимой профилактики и диспансерного

		наблюдения при НАО. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено более 50% аспектов необходимой профилактики и диспансерного наблюдения при НАО.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно или менее 25% аспектов необходимой профилактики и диспансерного наблюдения при НАО.
В	5	Дифференциальный диагноз НАО?
Э		Всем пациентам с НАО рекомендуется проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями: – Приобретенные ангиоотёки с дефицитом/нарушением функциональной активности С1-ингибитора (ПАО). С целью исключения ПАО всем пациентам с рецидивирующими ангиоотёками без крапивницы – рекомендуется исследование уровней C1q, C1-INH95 Kd и определение наличия антител к C1q. При лабораторных исследованиях отмечается снижение количества или функциональной активности С1-ингибитора, как правило, менее выраженное, чем при НАО. – Ангиоотёки, вызванные приемом иАПФ и антагонистов рецептора ангиотензина II – Ангиоотёки, вызванные медиаторами тучных клеток; – Идиопатические ангиоотёки; – Псевдоангиоотёки; – Гипопротеинемические отёки. При проведении дифференциальной диагностики АО с любым другим заболеванием (псевдоангиоотёки) рекомендуется помнить о том, что симптомы при АО длятся от часов до нескольких суток и проходят бесследно, если отёк сохраняется более длительное время, то диагноз ангиоотёка маловероятен.
Р2	отлично	Перечислены все заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику НАО.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику НАО. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены менее 50%. заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику НАО
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или названо менее 25% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику НАО.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача № 5

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов,

		синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Мужчина в возрасте 35 лет, работающий столяром, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие в течение последнего года уртикарные высыпания на руках груди, животе, спине, сопровождающиеся сильным зудом. Подобные высыпания были различных размеров, возникали без какой-либо видимой причины и исчезали спустя 6-12 часов, одновременно появляясь при этом на других участках кожи груди и спины. Описанные приступы кожных высыпаний повторялись 2-3 раза в неделю. В анамнезе отмечались за последние 2 года отеки Квинке, периодически отмечал изжогу, боли в эпигастральной области. Аллергологическая наследственность не отягощена, лекарственной непереносимости не отмечает, в детстве аллергических реакций не было, у родственников аллергических реакций не отмечено
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза
В	4	Принципы лечения крапивницы
В	5	Дифференциальный диагноз крапивницы

Чек-лист к ситуационной задаче № 5

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической

		классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ Мужчина в возрасте 35 лет, работающий столяром, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие в течение последнего года уртикарные высыпания на руках груди, животе, спине, сопровождающиеся сильным зудом. Подобные высыпания были различных размеров, возникали без какой-либо видимой причины и исчезали спустя 6-12 часов, одновременно появляясь при этом на других участках кожи груди и спины. Описанные приступы кожных высыпаний повторялись 2-3 раза в неделю. В анамнезе отмечались за последние 2 года отеки Квинке, периодически отмечал изжогу, боли в эпигастральной области. Аллергологическая наследственность не отягощена, лекарственной непереносимости не отмечает, в детстве аллергических реакций не было, у родственников аллергических реакций не отмечено
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		Хроническая крапивница L50 Крапивница: L50.9 – неуточненная.
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза
Э	-	Диагностика крапивницы визуальная. Обратимые зудящие волдыри и/или ангиоотеки, характеризующиеся чувством распирания. Волдырь при крапивнице имеет три характерных признака: • центральный отек разных размеров, почти

		всегда окруженный рефлекторной эритемой; • зуд, иногда ощущение жжения; • обратимость, волдырь исчезает бесследно в течение 1–24 ч. Ангиоотек характеризуется следующими признаками: • быстроразвивающийся отек глубоких слоев дермы, подкожной клетчатки и подслизистого слоя; • чувство распирания и болезненности чаще, чем зуд; • эритема может отсутствовать; • разрешение в период до 72 ч. Резидуальная гиперпигментация, особенно на голенях и бедрах, указывает на уртикарный васкулит, буллезные элементы заставляют думать о буллезном пемфигоиде и герпетиформном дерматите. Красновато-коричневые пятна, превращающиеся в волдыри после расчесывания, указывают на пигментную крапивницу. Пальпируемая пурпура на нижних конечностях часто сопровождает васкулит.
Р2	отлично	Перечислены все клинические симптомы заболевания.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Перечислены и охарактеризованы более 80% клинических симптомов заболевания. Для оценки «удовлетворительно»: Перечислены и охарактеризованы более 50% клинических симптомов данного заболевания.
Р0	неудовлетворительно	Перечислены и охарактеризованы неверно или менее 25% клинических симптомов заболевания
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза
Э		Учитывая неоднородность крапивницы, обследование следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования, а также основных лабораторных методов, позволяющих исключить тяжелые системные заболевания, протекающие с синдромом крапивницы. Специальные провокационные пробы и лабораторные тесты помогают выявить причины хронической спонтанной крапивницы, однако они малоинформативны при физической крапивнице и других типах крапивницы, вызванных внешними факторами. Расширенное диагностическое обследование, направленное на выяснение причины крапивницы, обосновано у пациентов с длительно сохраняющейся, тяжелой и/или персистирующей крапивницей. Причиной крапивницы могут быть заболевания и состояния, ассоциированные с хронической крапивницей: аутоиммунный тиреоидит, вирусные инфекции (гепатит А и В), бактериальные инфекции (например, заболевания желудочно-кишечного тракта, вызванные Helicobacter pylori), паразитарные инвазии, неинфекционные хронические воспалительные процессы (гастрит, рефлюкс – эзофагит, холецистит), неспецифическая пищевая гиперчувствительность, атопия, аутоиммунные заболевания Рекомендуемые диагностические тесты у пациентов со

		спонтанной хронической крапивницей: Клинический анализ крови, СРБ. Тесты для исключения инфекционных заболеваний (например, Helicobacter pylory), паразитарной инвазии; атопии; гормонов щитовидной железы и антител к структурам щитовидной железы; тесты для исключения физической крапивницы, с лекарствами, пищевые оральные; тест с аутологичной сывороткой; триптаза; кожная биопсия; D-димер; антинуклеарные антитела; С3/С4-компоненты комплемента; белковые фракции
Р2	отлично	План обследования для подтверждения диагноза составлен полностью
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: В плане обследования для подтверждения диагноза указано более 80% критериев. Для оценки «удовлетворительно»: В плане обследования для подтверждения диагноза перечислены более 50% критериев.
Р0	неудовлетворительно	План обследования для подтверждения диагноза составлен неверно или перечислено менее 25% критериев
В	4	Принципы лечения крапивницы
Э		Основные принципы лечения крапивницы • Элиминация и устранение причин и триггеров. • Симптоматическая терапия, направленная на снижение высвобождения медиаторов тучными клетками и реализацию эффектов этих медиаторов. • Индукция толерантности. Медикаментозное лечение хронической крапивницы Терапия первой линии - Н1-антигистаминные ЛС – основные средства для лечения крапивницы. • Рекомендуется использовать неседативные Н1-антигистаминные препараты (нсН1-АГ) в качестве препаратов первой линии лечения крапивницы (рекомендуется принимать в минимально необходимой дозе регулярно). Терапия второй линии - рекомендуется пробовать повышение дозы нсН1-АГ до четырехкратной, следуя алгоритму лечения пациентов с хронической крапивницей (увеличивать дозу одного нсН1-АГ, а не комбинировать разные Н1-антигистаминные препараты). Терапия третьей линии. Если симптомы сохраняются через 1–4 нед Третья линия терапии Омализумаб или циклоспорин А или монтелукаст. Короткий (максимум 10 дней) курс ГКС может быть проведен в любое время. Показание – тяжесть обострения
Р2	отлично	Перечислены все Принципы лечения крапивницы.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% аспектов принципов лечения крапивницы. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено более 50% аспектов принципов лечения крапивницы.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно или менее 25%

		аспектов принципов лечения крапивницы
В	5	Дифференциальный диагноз крапивницы?
Э		Дифференциальную диагностику крапивницы рекомендовано проводить со следующими заболеваниями: начальной уртикарной стадией буллезного пемфигоида; чесоткой и другими реакциями на членистоногих; фигурной эритемой; синдромом Свита; стойкой возвышающейся эритемой (erythema elevatum diutinum); полиморфными высыпаниями беременных (PUPPP) и гестационным пемфигоидом. Дифференциальная диагностика крапивницы проводится со следующими заболеваниями: Пигментная крапивница (мастоцитоз); Уртикарный васкулит; Семейная холодовая крапивница (васкулит); Негистаминэргический ангиоотек (например, НАО); Анафилаксия, индуцируемая физической нагрузкой; Криопиринассоциированные синдромы (CAPS; уртикарные высыпания, рецидивирующая лихорадка, артралгия или артрит, воспаление глаз, слабость, головные боли), такие как семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS), синдром Muckle–Wells (крапивница-глухота-амилоидоз), неонатальные мультисистемные воспалительные заболевания (NOMID) Синдром Schnitzler’s (рецидивирующие уртикарные высыпания, моноклональная гаммапатия, рецидивирующая лихорадка, боли в мышцах и костях, артралгии, артриты, лимфаденопатия) Синдром Gleich’s (эпизодический ангиоотек с эозинофилией) Синдром Well’s (гранулематозный дерматит с эозинофилией) . Дифференциальная диагностика проводится в случае нетипичных кожных элементов (отсутствие зуда, длительное сохранение волдыря, явления резидуальной гиперпигментации, наличие наряду с волдырями других кожных элементов), периодического повышения температуры до фебрильных цифр, присутствия других признаков аутовоспалительных симптомов. В случае ангиоотека без крапивницы следует исключить брадикинин-опосредованные ангиоотеки, вызванные ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, или блокаторами рецепторов к ангиотензину II, или наследственный или приобретенный ангионевротический отек, связанный с дефицитом ингибитора С1 эстеразы. Длительно сохраняющиеся ангиоотеки на лице могут быть связаны с развитием синдрома Мелькерсона–Розенталя, гранулематозного хейлита. Необходимо помнить, что синдром верхней полой вены и микседема сопровождаются отеком лица и шеи, но при этих заболеваниях ангиоотек необратим без лечения основного заболевания.

Р2	отлично	Перечислены все заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены менее 50%. заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или названо менее 25% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача № 6

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщину 69 лет во время прогулки ужалила оса в область правого предплечья. Спустя 5 минут женщина почувствовала себя плохо, отметила чувство сдавления в области грудной клетки и затруднения дыхания, затем возникло головокружение, потеря сознания и обморок. Окружающие отметили, что женщина «посерела», дыхание шумное со свистящими хрипами. Спустя 2-3 минуты женщина пришла в себя, но при попытке встать повторная потеря сознания Уровень общего IgE в сыворотке крови- 147МЕ/мл Уровень специфического IgE к яду ос – 21МЕ/мл, к яду пчел – 0,3МЕ/мл
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза
В	4	Принципы лечения анафилаксии, АШ
В	5	Дифференциальный диагноз анафилаксии

Чек-лист к ситуационной задаче № 6

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщину 69 лет во время прогулки ужалила оса в область правого предплечья. Спустя 5 минут женщина почувствовала себя плохо, отметила чувство сдавления в области грудной клетки и затруднения дыхания, затем возникло головокружение, потеря сознания и обморок. Окружающие отметили, что женщина «посерела», дыхание шумное со свистящими хрипами. Спустя 2-3 минуты женщина пришла в себя, но при попытке встать повторная потеря сознания Уровень общего IgE в сыворотке крови- 147МЕ/мл Уровень специфического IgE к яду ос – 21МЕ/мл, к яду пчел – 0,3МЕ/мл
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		Анафилактическая реакция, на ужаление перепончатокрылых. Т78.2 – Анафилактический шок. Код диагноза анафилаксии в МКБ-10 отсутствует
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно. Код по МКБ-10 указан верно
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан верно. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован. Код по МКБ-10 указан не верно.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Назовите клинические симптомы, характерные для данного диагноза
Э	-	Диагноз анафилаксии, АШ устанавливается на основании клинической картины заболевания и обстоятельств, при которых возникла реакция. Быстрота появления симптомов: чувство сдавления в области грудной клетки и затруднения дыхания, головокружение, потеря сознания и обморок, дыхание шумное со свистящими хрипами. Ведущими

		симптомами являются гемодинамические нарушения (резкое падение АД, развитие нарушений ритма, сердечной недостаточности), которые часто сочетаются с возникновением крапивницы, ангиоотека, кожного зуда. - Жалобы пациента (при сохраненном сознании) на беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе. - Нарушения сердечно-сосудистой системы: резкое снижение АД, развитие острой сердечной недостаточности, нарушения ритма - Состояние кожных покровов и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, кожный зуд, на более поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ. - Нарушения дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек дыхательных путей (возможно развитие асфиксии при отеке гортани), ринит
Р2	отлично	Перечислены все клинические симптомы заболевания.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Перечислены и охарактеризованы более 80% клинических симптомов заболевания. Для оценки «удовлетворительно»: Перечислены и охарактеризованы более 50% клинических симптомов данного заболевания.
Р0	неудовлетворительно	Перечислены и охарактеризованы неверно или менее 25% клинических симптомов заболевания
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза
Э		Проведение лабораторных тестов для подтверждения анафилаксии целесообразно в определенное время после развития реакции: - Двукратное определение уровня сывороточной триптазы, для определения которой забор крови должен проводится через 15 минут - 3 часа после возникновения первых симптомов анафилактической реакции (максимально - до 6 часов после начала развития реакции), после выздоровления. - Для определения уровня сывороточного гистамина забор крови должен осуществляться в течение 15-60 минут после возникновения первых симптомов (менее информативный метод). Увеличение уровня концентрации гистамина и триптазы наиболее типично при развитии анафилаксии на фоне парентерального введения аллергена (ЛС, инсектная аллергия). Данные методы малоинформативны в случае пищевой анафилаксии. Нормальные уровни гистамина и триптазы, определяемые в оптимальные сроки, не исключают диагноза анафилаксии. Через 1,5-2 месяца, после перенесенного эпизода анафилаксии, показано обследование у врача аллерголога-иммунолога для определения возможной причины анафилактической реакции.
Р2	отлично	План обследования для подтверждения диагноза составлен полностью
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: В плане обследования для подтверждения диагноза указано более 80% критериев.

		Для оценки «удовлетворительно»: В плане обследования для подтверждения диагноза перечислены более 50% критериев.
Р0	неудовлетворительно	План обследования для подтверждения диагноза составлен неверно или перечислено менее 25% критериев
В	4	Принципы лечения анафилаксии, АШ
Э		При лечении анафилактического шока скорость оказания помощи является критическим фактором. Препарат выбора – раствор эпинефрина 0,1 %, все остальные ЛС и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия. Чем короче период развития выраженной гипотонии, дыхательной и сердечной недостаточности от начала введения (или поступления в организм) аллергена, тем менее благоприятен прогноз лечения. Смертность в тяжелых случаях достигает 90% Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при АШ. 1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение ЛС, удалить жало и др.). В случае введения ЛС или ужаления в конечность - выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС. 2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента. 3. Срочно вызвать реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь (если Вы вне медицинского учреждения). 4. Как можно быстрее ввести в/м в середину переднелатеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина взрослым, для детей – расчет 0,01 мг/кг веса, максимум – 0,3 мл (В). При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. 5. Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть зубные протезы, их необходимо удалить. Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение, сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу. 6. Обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (6-8 л/мин.) (по показаниям). Кислород поступает через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания. Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, некупируемой гипотонии, нарушении сознания, стойком бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, не купирующемся отеке легких, развитии коагулопатического кровотечения. 7. Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 1-2 литра

		0,9% раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5-10 мл/кг впервые 5-10 минут; для ребенка – 10 мл/кг).
Р2	отлично	Перечислены все принципы лечения анафилаксии, АШ.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% аспектов принципов лечения анафилаксии, АШ. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено более 50% аспектов принципов лечения анафилаксии, АШ.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно или менее 25% аспектов принципов лечения анафилаксии, АШ
В	5	Дифференциальный диагноз анафилаксии?
Э		Дифференциальный диагноз анафилактических реакций проводится с заболеваниями, для которых характерны схожие симптомы со стороны различных органов и систем: - острый бронхоспазм при бронхиальной астме, острая крапивница или обострение хронической рецидивирующей крапивницы и пр.; - системный мастоцитоз; - другие виды шока (кардиогенный, септический и пр.); - другие острые состояния, сопровождающиеся артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, синкопальные состояния, ТЭЛА, эпилепсия, солнечный и тепловой удары, гипогликемия, гиповолемия, передозировка ЛС, аспирация и др.; - Вазовагальные реакции; - Психогенные реакции (истерия, панические атаки).
Р2	отлично	Перечислены все заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены менее 50%. заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или названо менее 25% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача № 7

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков

		оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщина 42 лет, обратилась с жалобами на кожные высыпания в виде пузырей, зуд, покраснение и отек на руке на запястье с распространением за пределы контакта в области браслета от часов, впервые появившиеся после двух недель ношения металлического браслета для часов. Аллергоанамнез не отягощен При обследовании клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологии, в сыворотке крови общий IgE-27МЕ/мл
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Назовите клинические симптомы аллергического контактного дерматита
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза аллергического контактного дерматита
В	4	Принципы лечения аллергического контактного дерматита
В	5	Дифференциальный диагноз аллергического контактного дерматита

Чек-лист к ситуационной задаче № 7

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У		Женщина 42 лет, обратилась с жалобами на кожные высыпания в виде пузырей, зуд, покраснение и отек на руке на запястье с распространением за пределы контакта в области браслета от часов, впервые появившиеся после двух недель ношения металлического браслета для часов. Аллергоанамнез не отягощен При обследовании клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологии, в сыворотке крови общий IgE-27МЕ/мл
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		L23.0. Аллергический контактный дерматит, вызванный металлами.
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не полностью сформулирован. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Назовите клинические симптомы аллергического контактного дерматита
Э	-	Клинические признаки аллергического контактного дерматита — зуд, покраснение, отечность кожи, возникновение мелких пузырьков и крупных пузырей, наполненных жидкостью, которые локализуются в месте непосредственного контакта кожи с аллергеном. Иногда такие пузыри сливаются, лопаются, образуя обширные мокнущие очаги, которые могут нагнаиваться вследствие присоединения вторичной инфекции. В особо тяжелых случаях воспаление кожи может носить распространенный характер. Это обусловлено либо непосредственным влиянием аллергена на обширную поверхность кожных покровов (например, фотозащитного крема), либо перемещением вступивших в контакт с аллергеном сенсибилизированных лимфоцитов в кожу вне зоны действия аллергена. Риск возникновения аллергического контактного дерматита возрастает с увеличением концентрации вещества, воздействующего на кожу, зависит от площади поверхности кожи, контактирующей с веществом, от характера воздействия (окклюзионные повязки, компрессы, тесная одежда и т.д.), от состояния кожи (воспаленная или ранее поврежденная). У пациентов могут быть общие симптомы недомогания: головная боль, артралгии, слабость, тошнота и рвота, диарея. Наличие воздействия провоцирующего фактора: металлы, местные ЛС, косметика и парфюмерия, детергенты, мыла, консерванты, растения, резина и резиновые изделия, краска для волос, лаки, синтетический клей, адгезивы и др. и время,

		прошедшее после воздействия провоцирующего фактора до возникновения симптомов дерматита: спустя 10–14 сут и более после первичного контакта с предполагаемым аллергеном и через 12–48, а иногда 72–120 ч
Р2	отлично	Перечислены все клинические симптомы аллергического контактного дерматита.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Перечислены и охарактеризованы более 80% клинических симптомов аллергического контактного дерматита. Для оценки «удовлетворительно»: Перечислены и охарактеризованы более 50% клинических симптомов аллергического контактного дерматита.
Р0	неудовлетворительно	Перечислены и охарактеризованы неверно или менее 25% клинических симптомов аллергического контактного дерматита
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза аллергического контактного дерматита
Э		Диагноз аллергического контактного дерматита устанавливают на основании данных анамнеза, характерной клинической картины и этиологической связи контакта с аллергеном и подтверждают с помощью постановки провокационных аппликационных тестов. Пациентам с подозрением на аллергический контактный дерматит показана консультация дерматолога, аллерголога, при необходимости профпатолога. С целью постановки диагноза и для его подтверждения применяют кожные аппликационные пробы (patch-тесты) со стандартным набором аллергенов для тестирования или классические аппликационные тесты с индивидуальными аллергенами.
Р2	отлично	План обследования для подтверждения диагноза аллергического контактного дерматита за составлен полностью
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: В плане обследования для подтверждения аллергического контактного дерматита указано более 80% критериев. Для оценки «удовлетворительно»: В плане обследования для подтверждения диагноза аллергического контактного дерматита перечислены более 50% критериев.
Р0	неудовлетворительно	План обследования для подтверждения диагноза аллергического контактного дерматита составлен неверно или перечислено менее 25% критериев
В	4	Принципы лечения аллергического контактного дерматита
Э		Общие принципы лечения аллергического контактного дерматита включают: Элиминацию подозреваемого вещества, однако нередко полной элиминации добиться не удается в связи с возможными перекрестными реакциями; Фармакотерапию: наружную терапию; системную терапию. В острый период назначают компрессы с холодной водой, дубящими отварами через каждые 3–4 ч продолжительностью 15 мин для уменьшения мокнутия кожи. Основные наружные средства, применяемые при лечении острого аллергического контактного дерматита —

		топические глюкокортикостероиды. В случае осложнения микробной инфекцией целесообразно применять комбинированные наружные средства, содержащие, помимо глюкокортикостероидов, антибиотик и противогрибковые компоненты. В последнее время появились данные о клинической эффективности топических ингибиторов кальциневрина. Нет убедительных данных об эффективности антигистаминных препаратов для лечения аллергического контактного дерматита. Системные ГКС назначают в случае распространенного и системного аллергического контактного дерматита при неэффективности наружной терапии
Р2	отлично	Перечислены все принципы лечения аллергического контактного дерматита.
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% аспектов принципов лечения аллергического контактного дерматита. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено более 50% аспектов принципов лечения аллергического контактного дерматита.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно или менее 25% аспектов принципов лечения аллергического контактного дерматита
В	5	Дифференциальный диагноз аллергического контактного дерматита
Э		Дифференциальная диагностика аллергического контактного дерматита проводится со следующими заболеваниями: атопический дерматит; нумулярная экзема, псориаз, себорейный дерматит, герпетическое поражение кожи, дерматомикозы.
Р2	отлично	Перечислены все заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику аллергического контактного дерматита.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику аллергического контактного дерматита. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены менее 50%. заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику аллергического контактного дерматита.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или названо менее 25% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику аллергического контактного дерматита.
О	Итоговая оценка	

Ситуационная задача № 8

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов,

		синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Пациентка А., 35 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья в ночное время и утренние часы и 1-2 раза в неделю, кашель с отделением вязкой мокроты, одышку при физической нагрузке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, бледного цвета. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 22/минуту. Сатурация 88%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 157/94 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/минуту. При приступах удушья использует сальбутамол. При обследовании: ПСВ 74% от должной; на спирограмме - ЖЕЛ 64%, ОФВ1 48%, постбронходилатационный ОФВ1 64%; в крови - выявлены более 5,0 Ме/мл специфические IgE к сорным травам (полыни) и клещу домашней пыли; в клиническом анализе крови – эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 138 г/л, тромбоциты - 250×109/л, лейкоциты – 5,1×109/л, СОЭ 5 мм/ч, базофилы - 1, эозинофилы - 45, нейтрофилы: п/я - 4, с/я – 50; лимфоциты – 28, моноциты
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Назовите клинические симптомы бронхиальной астмы
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза аллергической бронхиальной астмы
В	4	Принципы лечения бронхиальной астмы
В	5	Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы

Чек-лист к ситуационной задаче № 8

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст**
С	**31.05.01**	**Лечебное дело**
К	ПК-4	Способность и готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК -6	Способность и готовность к определению типов маршрутизации на основании действующих порядков оказания медицинской помощи

Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Пациентка А., 35 лет, обратилась с жалобами на ежедневные приступы удушья в ночное время и утренние часы и 1-2 раза в неделю, кашель с отделением вязкой мокроты, одышку при физической нагрузке. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров чистый, бледного цвета. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. ЧД 22/минуту. Сатурация 88%. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 157/94 мм.рт.ст. ЧСС 78 уд/минуту. При приступах удушья использует сальбутамол. При обследовании: ПСВ 74% от должной; на спирограмме - ЖЕЛ 64%, ОФВ1 48%, постбронходилатационный ОФВ1 64%; в крови - выявлены более 5,0 Ме/мл специфические IgE к сорным травам (полыни) и клещу домашней пыли; в клиническом анализе крови – эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 138 г/л, тромбоциты - 250×109/л, лейкоциты – 5,1×109/л, СОЭ 5 мм/ч, базофилы - 1, эозинофилы - 45, нейтрофилы: п/я - 4, с/я – 50; лимфоциты – 28, моноциты
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э		Аллергическая бронхиальная астма обострение средней степени тяжести. Сенсибилизация к аллергенам клещей домашней пыли и пыльце сорных трав. J45.0 – Бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента
Р2	отлично	Диагноз поставлен и сформулирован правильно.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз поставлен правильно, не полностью сформулирован. Для оценки «удовлетворительно»: диагноз поставлен правильно, не сформулирован.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Назовите клинические симптомы бронхиальной астмы
Э	-	Характерными симптомами БА являются свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель. Симптомы вариабельны по времени и интенсивности и часто ухудшаются ночью или рано утром. Клинические проявления БА могут провоцировать респираторные вирусные инфекции, физические упражнения, воздействие аллергенов, изменения погоды, контакт с неспецифическими ирритантами. Типичными клиническими симптомами БА у детей являются свистящие хрипы, кашель, одышка, часто усиливающиеся в ночное время или при пробуждении. При развитии обострения БА у детей появляется навязчивый сухой или малопродуктивный кашель (иногда до рвоты), экспираторная одышка, шумное свистящее дыхание
Р2	отлично	Перечислены все клинические симптомы бронхиальной астмы

Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Перечислены и охарактеризованы более 80% клинических симптомов бронхиальной астмы. Для оценки «удовлетворительно»: Перечислены и охарактеризованы более 50% клинических симптомов бронхиальной астмы.
Р0	неудовлетворительно	Перечислены и охарактеризованы неверно или менее 25% клинических симптомов бронхиальной астмы
В	3	Составьте план обследования для подтверждения диагноза аллергической бронхиальной астмы
Э		Диагноз БА рекомендуется устанавливать на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования, специфического аллергологического обследования и исключения других заболеваний. Диагностику БА рекомендуется основывать на оценке клинических симптомов, наличии факторов риска развития БА при исключении других причин бронхиальной обструкции. Наиболее часто при БА выявляют свистящие хрипы, которые у ряда пациентов выслушиваются только во время форсированного выдоха. В связи с вариабельностью проявлений БА изменения со стороны дыхательной системы при физикальном обследовании могут отсутствовать. У всех пациентов с подозрением на БА рекомендуется использовать спирометрию в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей. Пациентам с бронхиальной обструкцией и возможной БА рекомендуется проведение бронходилатационного теста и/или пробной терапии в течение определенного периода. У пациентов с нормальными показателями спирометрии для подтверждения диагноза БА рекомендуется повторить обследование в период наличия симптомов, или, если позволяет состояние пациента, после отмены бронхолитиков. У пациентов с нормальными показателями спирометрии и отрицательным бронходилатационным тестом для подтверждения диагноза БА рекомендуется использовать тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР) – бронхоконстрикторные тесты. У пациентов с клиническими симптомами БА, у которых нет возможности провести спирометрию или дополнительные диагностичекие тесты рекомендуется использовать множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока. В качестве маркеров аллергического воспаления при БА рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе. В анализах крови при БА характерных изменений нет. Часто выявляется эозинофилия, однако ее нельзя считать патогномоничным симптомом. В мокроте у детей с БА могут выявляться эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. В качестве маркеров аллергического воспаления при БА рекомендуется исследовать уровень эозинофилов в мокроте. Кожные скарификационные тесты рекомендуется проводить кроме пациентов с выраженным атопическим

		дерматитом/экземой, или при невозможности отмены антигистаминных препаратов, или существовании реальной угрозы развития анафилактической реакции на введение аллергена. Определение аллерген-специфических IgE рекомендуется для уточнения этиологии заболевания, в том числе, когда выполнение кожных проб не представляется возможным
Р2	отлично	План обследования для подтверждения диагноза аллергической бронхиальной астмы составлен полностью
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: В плане обследования для подтверждения аллергической бронхиальной астмы указано более 80% критериев. Для оценки «удовлетворительно»: В плане обследования для подтверждения диагноза аллергической бронхиальной астмы перечислены более 50% критериев.
Р0	неудовлетворительно	План обследования для подтверждения аллергической бронхиальной астмы составлен неверно или перечислено менее 25% критериев
В	4	Принципы лечения бронхиальной астмы
Э		Современные цели терапии БА:1. Достижение и поддержание контроля симптомов БА в течение длительного времени. 2. Минимизация рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии. У каждого пациента с БА рекомендуется оценивать контроль симптомов, риск развития обострений, необратимой бронхиальной обструкции и побочных эффектов лекарств При лечении БА рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений БА. Ступень 1: Короткодействующие β2–агонисты (КДБА) рекомендуется использовать в качестве неотложной облегчающей терапии у всех пациентов с симптомами БА на всех ступенях терапии У взрослых пациентов (≥18 лет) с легкой БА в качестве альтернативы КДБА рекомендуется фиксированная комбинация сальбутамол/беклометазона дипропионат, для купирования симптомов и поддерживающей терапии БА. Пациентам с БА с наличием факторов риска обострений рекомендуется назначать регулярную терапию низкими дозами ИГКС в дополнение к КДБА по потребности Ступень 2 Рекомендуется регулярное применение низких доз ИГКС в качестве базисной терапии и КДБА для купирования симптомов. АЛР рекомендуются для терапии пациентам с БА в сочетании с аллергическим ринитом, пациентам с вирусиндуцированной БА, с астмой физического усилия. У взрослых пациентов с легкой БА, у которых сохраняется контроль на фоне постоянной терапии ИГКС или ИГКС/КДБА, рекомендуется рассмотреть его перевод на использование фиксированной комбинации ИГКС/КДБА только по потребности Ступень 3

		Взрослым пациентам с БА на 3-й ступени терапии рекомендуется комбинация низких доз ИГКС и длительно действующих β2-агонистов (ДДБА) как поддерживающая терапия и КДБА по потребности. Пациентам с БА старше 18 лет из группы риска по развитию обострений рекомендуется комбинация низких доз будесонида/формотерола или беклометазона дипропионата/формотерола в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов – т.н. режим единого ингалятора. При наличии у пациента с БА, получающего терапию ИГКС, ограничений по применению ДДБА (нежелательных эффектов, противопоказаний или индивидуальной непереносимости) в качестве альтернативы ДДБА рекомендуется использовать тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе. Назначение тиотропия бромида в жидкостном ингаляторе рекомендуется в дополнение к терапии ИГКС/ДДБА у пациентов с частыми и/или тяжелыми обострениями БА. Ступень 4 На 4-й ступени лечения взрослым пациентам с БА рекомендуется назначение комбинации низких доз ИГКС (будесонид или беклометазон/формотерол в режиме единого ингалятора или комбинации средних доз ИГКС/ДДБА и КДБА по потребности. Ступень 5. Всех пациентов, особенно детей, с персистирующими симптомами или обострениями БА, несмотря на правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему 4-й ступени лечения БА, рекомендуется направлять к специалисту, занимающемуся экспертизой и лечением тяжелой БА, для ревизии диагноза и коррекции терапии. В качестве дополнительной терапии к максимальной дозе ИГКС ≥ 1000 мкг в эквиваленте беклометазона дипропионата рекомендуются тиотропия бромид**, омализумаб**, меполизумаб, реслизумаб, минимально возможная доза пероральных ГКС. Взрослым пациентам, получающим терапию 4-й ступени лечения БА , у которых не был достигнут контроль БА или сохраняются частые (≥2 в год) и/или тяжелые обострения БА (хотя бы 1 обострение в течение года, потребовавшее назначения системных глюкокортикостероидов (СГКС) или госпитализации) рекомендуется назначение тиотропия бромида в жидкостном ингаляторе. Терапия меполизумабом (анти-ИЛ-5 (ИЛ-5 – интерлейкин 5) 100 мг подкожно 1 раз в 4 недели) рекомендуется взрослым пациентами с тяжелой эозинофильной БА (число эозинофилов в периферической крови ≥150 клеток/мкл на момент начала терапии или ≥300 клеток/мкл наблюдавшееся в течение предыдущих 12 месяцев) и обострениями в анамнезе. Терапия реслизумабом (анти-ИЛ-5) рекомендуется взрослым пациентам (≥18 лет) с тяжелой БА и эозинофильным типом воспаления (персистирующая эозинофилия крови ≥400 клеток/мкл). Другие виды терапии - Аллерген-специфическая

		иммунотерапия Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) используется у детей старше 5 лет, подростков и взрослых, если аллергия играет ведущую роль в патогенезе БА. В результате АСИТ ожидается умеренный клинический эффект в отношении симптомов БА, стероид-спаринговый эффект, улучшение качества жизни, уменьшение специфической БГР
Р2	отлично	Перечислены все принципы лечения бронхиальной астмы
Р1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% аспектов принципов лечения бронхиальной астмы. Для оценки «удовлетворительно»: перечислено более 50% аспектов принципов лечения бронхиальной астмы.
Р0	неудовлетворительно	Не названы или названы неправильно или менее 25% аспектов принципов лечения бронхиальной астмы
В	5	Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы
Э		Спектр заболеваний и состояний, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику, зависит от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции, определяемой как ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7 (ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких) до применения бронхолитика. У пациентов с БА могут иметь место другие заболевания, являющиеся причинами бронхиальной обструкции, что усложняет интерпретацию проведенных исследований. Особенно часто могут сочетаться БА и хроническая обструктивная болезнь легких. При отсутствии бронхиальной обструкции необходимо дифференцировать БА со следующими заболеваниями: Синдром хронического кашля Гипервентиляционный синдром Синдром дисфункции голосовых связок ГЭРБ Риниты Заболевания сердца Легочный фиброз При наличии бронхиальной обструкции: ХОБЛ Бронхоэктазы Инородное тело Облитерирующий бронхиолит Стеноз крупных дыхательных путей Рак легких Саркоидоз
Р2	отлично	Перечислены все заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхиальной астмы
Р1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: перечислены более 80% заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхиальной астмы. Для оценки «удовлетворительно»: перечислены менее 50%. заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхиальной астмы.
Р0	неудовлетворительно	Неправильно названы или названо менее 25% заболеваний, с

		которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику бронхиальной астмы.
О	Итоговая оценка	

4. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.