

### 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине клиническая аллергология и иммунология  
по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>1. Понятие об аллергии, анафилаксии, атопии. Современная классификация аллергических реакций.</p> <p>2. Аллергические и псевдоаллергические реакции.</p> <p>3. Аллергологическое обследование in vivo.</p> <p>4. Аллергены, классификация.</p> <p>5. Лабораторная диагностика аллергических заболеваний.</p> <p>6. Молекулярная аллергодиагностика</p> <p>7. Лекарственная аллергия</p> <p>8. Первичные и вторичные иммунодефицитные состояния. Иммунологическое обследование.</p> <p>9. Роль аллергодиагностик и для подбора элиминационных диет и специфической иммунотерапии.</p> <p>10. Значение вакцинопрофилактики в современном мире.</p>	<p>УК-1 ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,</p>	<p><b><u>Знать:</u></b> -новые современные методы диагностики аллергических заболеваний и иммунодефицитных состояний -современную классификацию аллергических и иммунодефицитных состояний - патогенез и классификацию аллергических и псевдоаллергических реакций -календарь профилактических прививок <b><u>Уметь:</u></b> - интерпретировать данные, полученные при аллергологическом обследовании - интерпретировать данные иммунологического обследования -собирать анамнез у пациентов с аллергопатологией - Уметь собирать анамнез у пациентов с иммунодефицитными состояниями -составить индивидуальный</p>	тесты	30
				Ситуационные задачи	7

			<p>план профилактических прививок пациентам с аллерго- и иммунопатологией</p> <p><b><u>Владеть:</u></b></p> <p>-навыками оценки данных анамнеза, клиники, лабораторных исследований, полученных при обследовании у пациентов с аллергопатогией и иммунодефицитными состояниями.</p> <p>-навыками оказания неотложной помощи при острых аллергических состояниях</p> <p>-Навыками составления элиминационных диет</p> <p>использования лабораторного аллергологического обследования для подбора специфической иммунотерапии</p>		
--	--	--	---	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ПОД ИММУНИТЕТОМ ПОНИМАЮТ СПОСОБ:</p> <p>1) способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности</p> <p>2) способ сохранения жизнедеятельности субъекта при воздействии на него патогенных микроорганизмов</p>	<p>УК-1</p> <p>ПК-1,</p> <p>ПК-5,</p> <p>ПК-6,</p> <p>ПК-8,</p>

<p>3) способ защиты организма от живых микроорганизмов и веществ, не входящих в структуру тканей</p> <p>4) способ защиты от живых и мертвых микроорганизмов, аллергенов, химических веществ</p>	
<p>2. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ПОНЯТИЯ "АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК":</p> <p>1) развивается исключительно при парентеральном введении аллергена</p> <p>2) самый тяжелый вариант течения анафилаксии</p> <p>3) скорость возникновения анафилактического шока колеблется до суток</p> <p>4) частота анафилактического шока среди анафилактических реакций составляет 20%</p>	
<p>3. ДОМИНИРУЮЩИЕ ТРИГГЕРЫ ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ЭТО:</p> <p>1) рыба, морепродукты</p> <p>2) арахис, орехи деревьев</p> <p>3) молоко, яйцо</p> <p>4) фрукты</p>	
<p>4. ТАКРОЛИМУС РЕКОМЕНДОВАН В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ _____ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:</p> <p>1) только легкого</p> <p>2) легкого и среднетяжелого</p> <p>3) только среднетяжелого</p> <p>4) среднетяжелого и тяжелого</p>	
<p>5. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С КОТОРЫМ МОЖЕТ БЫТЬ АССОЦИИРОВАН АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) бронхиальная астма</p> <p>2) альбинизм</p> <p>3) сахарный диабет</p> <p>4) Псориаз</p>	
<p>6. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ НАЧИНАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ):</p> <p>1) старше 7</p> <p>2) до 2</p> <p>3) 2-5</p> <p>4) старше 16</p>	
<p>7. ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ТАКРОЛИМУС ПРИНАДЛЕЖИТ К ГРУППЕ:</p> <p>1) топических ингибиторов кальциневрина</p> <p>2) топических глюкокортикостероидов</p> <p>3) системных иммуносупрессивных препаратов</p> <p>4) традиционных наружных средств</p>	
<p>8. КАКИЕ СВОЙСТВА ПРОЯВЛЯЮТ ОСНОВНЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ МОЛОКА:</p> <p>1) теряют свою биологическую активность после пастеризации</p> <p>2) теряют свою биологическую активность при комнатной температуре</p> <p>3) сохраняют свою биологическую активность после кипячения</p> <p>4) теряют свою биологическую активность после кипячения</p>	
<p>9. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ДИЕТА С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМОГО АЛЛЕРГЕНА:</p> <p>1) исключаящая диета</p> <p>2) интенсивная диета</p> <p>3) стимулирующая диета</p>	

4) элиминационная диета
10. КАКОЙ ПРОДУКТ ИЗ СЕМЕЙСТВА БОБОВЫХ МОЖЕТ СТАНОВИТЬСЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫМ «СКРЫТЫМ АЛЛЕРГЕНОМ»: 1) горох 2) соя 3) арахис 4) фасоль
11. КАК С ВОЗРАСТОМ ИЗМЕНЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ НА РЫБУ: 1) нормализуется 2) уменьшается 3) не изменяется 4) увеличивается
12. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ: 1) внутривенном введении медикаментозных средств 2) любом применении лекарственных препаратов 3) приёме медикаментозных препаратов внутрь 4) непосредственном контакте веществ с кожей
13. ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА ДОЛЖНА НАЗНАЧАТЬСЯ БОЛЬНЫМ: 1) буллёзными дерматозами, чесоткой 2) экземой, атопическим дерматитом 3) склеродермией, системной красной волчанкой 4) псориазом, ограниченной склеродермией
14. ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ПЛОЩАДЬ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ): 1) 30 2) 10-20 3) более 50 4) 10-50
15. С АЛЛЕРГИЕЙ НА КАКОЙ ПРОДУКТ КОЗЬЕ МОЛОКО МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ КАК ПЕРЕКРЕСТНЫЙ АЛЛЕРГЕН: 1) рыбий жир 2) пшеницу 3) сою 4) белок коровьего молока
16. НАИБОЛЕЕ КРИТИЧНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ПРИ ВВЕДЕНИИ СМЕСИ НА ОСНОВЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА: 1) 12 месяцев 2) первое полугодие жизни 3) 7 месяцев 4) 9 месяцев 5) 8 месяцев
17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВЫЗЫВАЕТСЯ: 1) стафилококком 2) вирусом простого герпеса 3) клебсиеллой 4) Грибками
18. ПРИВИВАТЬ ПРОТИВ ГРИППА ПАЦИЕНТОВ С АНГИООТЁКОМ НА КУРИНЫЕ ЯЙЦА В АНАМНЕЗЕ:

<p>1) можно, так как ангиоотёк в анамнезе на яйца не является противопоказанием</p> <p>2) можно, не ранее чем через 3 месяца после ангиоотёка, развившегося при употреблении яиц</p> <p>3) можно, не ранее чем через 6 месяцев после ангиоотёка, развившегося при употреблении любых яиц</p> <p>4) нельзя, так как ангиоотёк на белок куриного яйца в анамнезе является противопоказанием</p>	
<p>19. У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА АБСОРБЦИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ОБЛАСТИ ГЕНИТАЛИЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ % ОТ ОБЩЕЙ АБСОРБИРОВАННОЙ ДОЗЫ СО ВСЕЙ ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА:</p> <p>1) 16</p> <p>2) 19</p> <p>3) 28</p> <p>4) 42</p>	
<p>20. РЕБЕНКУ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА:</p> <p>1) цельное коровье молоко, количество остальных молочных продуктов ограничить</p> <p>2) цельное коровье молоко и все остальные молочные продукты</p> <p>3) только цельное коровье молоко</p>	
<p>21. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 1-1,5 месяца</p> <p>2) до полугода</p> <p>3) до года</p> <p>4) 8-10 месяцев</p>	
<p>22. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПЕРВИЧНОГО ИММУННОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) неблагоприятные факторы среды</p> <p>2) вирус иммунодефицита человека</p> <p>3) хронический стресс</p> <p>4) генетическая детерминированность</p>	
<p>23. ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ ДЕРМАТИТЫ ВОЗНИКАЮТ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПЕРВОГО КОНТАКТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ:</p> <p>1) 7 дней</p> <p>2) 4-8 часов</p> <p>3) 3 дня</p> <p>4) 10 часов</p>	
<p>24. В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА ИСКЛЮЧЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</p> <p>1) кожные пробы с аллергенами</p> <p>2) риноскопия</p> <p>3) спирометрия с бронхолитическими тестами</p> <p>4) определение общего Ig E</p> <p>5) определение специфических Ig E</p>	
<p>25. БОЛЬНЫМ С ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ:</p> <p>1) противостолбнячную сыворотку</p> <p>2) столбнячный анатоксин</p>	

3) антирабическую вакцину 4) антирабический иммуноглобулин	
26. ТАБАКОКУРЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ПРОЯВЛЕНИЕ СЕЗОННОЙ АЛЛЕРГИИ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ: 1) увеличивает проявление аллергии 2) на проявление аллергии влияют только сигареты 3) электронные сигареты не влияют на формирование пыльцевых реакций 4) не влияет на проявление аллергии 5) уменьшает проявления аллергии	
27. ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТЫ ВОЗМОЖНЫ ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ: 1) общих антигенных детерминант 2) повышенного титра Ig E антител к медикаментам 3) повышенного титра Ig G 4 антител к медикаментам 4) разных антигенных детерминант	
28. ДЛЯ ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ _____ ОБОСТРЕНИЯ В ГОД: 1) 4 2) 1-2 3) 2-3 4) 3-4	
29. ОБЪЕМ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: 1) уровнем специфических IgE к различным аллергенам в сыворотке крови 2) выраженностью клинических проявлений 3) длительностью заболевания 4) уровнем сенсибилизации по результатам кожного тестирования	
30. ВОЗРАСТ ДЕБЮТА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, СЧИТАЮЩИЙСЯ ЕГО «РАННИМ НАЧАЛОМ», СОСТАВЛЯЕТ: 1) от 2 до 6 лет 2) до 2 месяцев 3) от 2 до 6 месяцев 4) до 2 лет	

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1.	2	11.	3	21.	1
2.	2	12.	4	22.	4
3.	3	13.	2	23.	2
4.	4	14.	4	24.	1
5.	1	15.	4	25.	1
6.	2	16.	2	26.	1
7.	1	17.	1	27.	1
8.	3	18.	4	28.	2
9.	4	19.	4	29.	2
10.	3	20.	2	30.	3

### 2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001

Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик 10 лет от 3 - ей нормально протекавшей беременности, 2 - х срочных родов (1 аборт). Вес при рождении 3500. К груди приложен на 6 - е сутки. В периоде новорожденности - гемолитическая болезнь новорожденных, желтушная форма, легкое течение. На грудном вскармливании до 4 - х месяцев. До года в связи с подозрением на БЦЖит не прививался, в последующем получил вакцинацию против полиомиелита живой полиомиелитной вакциной и вакцинацию с ревакцинацией АДС - М анатоксином, в январе 2001 года – вакцинацию против кори, реакций на прививки не отмечалось. В последующие годы р.Манту отрицательные.</p> <p>Наследственность: бронхиальная астма у прабабушки, бабушки по линии матери бронхиальная астма, у матери бронхиальная астма и эпилепсия.</p> <p>После года болел острыми бронхитами 4 - 5 раз в год, с хрипами в легких, каждый в лечении использовались антибиотики. В 2 - летнем возрасте перенес афтозный стоматит, затем полисегментарную правостороннюю бронхопневмонию с явлениями деструкции, рентгенологически подтвержденную, лечился стационарно. Затем вновь повторилась правосторонняя пневмония, рентгенологически подчеркнута междолевая плевра. В последующем приступы удушья на фоне нормальной температуры 1 раз в 2 недели, с 3 - лет чаще. При аллергологическом обследовании (кожное тестирование и МАСТ) сенсibilизации не выявлено. При обследовании в стационаре выявлен аутоиммунный гепатит, холестаза. С 3 - летнего возраста постоянно отмечается грибковое поражение ногтей и слизистой полости рта. В полости рта- неправильный рост зубов, гипоплазия эмали. В соскобе с языка постоянно в последующем выделялись колонии дрожжеподобных грибов рода Candida в большом количестве (до 5000 колоний). Осмотрен дерматологом, диагноз: кандидозные онихии и паронихии. С 4,5 лет - кандидоз стоп, алопеция тотальная. С 4 - х летнего возраста уровень кальция в крови 2 ммоль/л. Появились карпопедальные спазмы, парестезия стоп. В 6,5 лет появился ежедневный разжиженный стул, стали беспокоить боли в животе, начала прогрессировать алопеция. Был поставлен диагноз синдрома мальабсорбции, вторичной лактазной недостаточности, хронического энтерита средней тяжести, непрерывно - рецидивирующего течения. В последующее повторилась правосторонняя пневмония, выявлен дисковидный ателектаз в верхней доле. Был поставлен диагноз: двусторонний умеренный пневмосклероз на почве хронического бронхолегочного воспаления (бронхит, бронхиальная астма). По данным иммунологического обследования было выявлено снижение относительного и абсолютного числа CD3, CD4, CD20,CD16. В последующем был выявлен сахарный диабет 1 типа.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный иммунодефицит: Аутоиммунная полиэндокринопатия – кандидоз –эктодермальная дистрофия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: хронический кандидоз.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании наличия инфекционного синдрома (хронического кожно – слизистого кандидоза, хронического бронхолегочного процесса); признаков эктодермальной дисплазии-гипоплазии эмали, тотальной алопеции; наличия эндокринной патологии - гипопаратиреоза (карпопедальные спазмы, гиперстезия стоп, снижение уровня кальция в крови) и сахарного диабета 1 типа; аутоиммунных поражений (аутоиммунный гепатит и сахарный диабет 1 типа).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указано наличие признаков эктодермальной дисплазии или не отмечено наличие аутоиммунного гепатита
P0	-	Диагноз обоснован неполностью
В	3	Ежегодный лабораторный скрининг и более частые лабораторные исследования у данного пациента должны включать
Э	-	Исследование функции щитовидной железы, исследование функции печени, определение уровня кортикотропина и кортизола в сыворотке крови, уровень паратгормона, уровень микроальбуминурии; 1 раз в 3 мес – уровень гликозилированного гемоглобина, исследование функции печени, уровень кальция в сыворотке крови. Контроль уровня глюкозы в крови ежедневно.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Не названы один или два метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.
В	4	Наметьте пути посиндромной терапии
Э	-	Для лечения грибковых поражений – постоянное применение системных и топических противогрибковых препаратов. Для лечения бактериальных инфекций – парентеральное введение антибактериальных препаратов, при необходимости в/в введение препаратов иммуноглобулинов. Заместительная коррекция эндокринных расстройств: сахарный диабет – болюсно- базисная инсулинотерапия, гипопаратиреоз – витамин Д (дегидротахистерол по 10-15 капель 3 раза в день, препараты кальция рег ос и в/в 10% р-р; для лечения аутоиммунного гепатита – иммуносупрессивная терапия (стероиды). При выявлении надпочечниковой недостаточности – индивидуальный подбор дозы

		глюкокортикостероидов.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы только местные противогрибковые препараты.
B	5	Определите прогноз при данном заболевании
Э	-	Прогноз заболевания определяют эндокринные заболевания, гипокальцемиические судороги, хронический аутоиммунный гепатит. Иммунная недостаточность не определяет прогноз заболевания.
P2	-	Прогноз определен правильно
P1	-	Указаны не все причины неблагоприятного прогноза
P0	-	Прогноз определен неверно: указано, что основной причиной смерти являются проявления иммунной недостаточности.
H	-	<b>002</b>
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребёнок 6 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание.</p> <p>Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.</p> <p>Ребёнок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает бронхиальной астмой, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью 1-й линии из-за гипогалактии у мамы. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.</p> <p>Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие,</p>

		свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений 66 в минуту. Частота сердечных сокращений 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.
В	1	Поставьте клинический диагноз
Э	-	Острый бронхиолит. Дыхательная недостаточность II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие вирусы чаще всего вызывают бронхобструкцию после перенесенного бронхиолита?
Э	-	RSV и риновирусы (hRV), либо смешанная вирусная инфекция. Установлено, что риновирусная инфекция у детей с ранним синдромом бронхиальной обструкции является не только фактором риска повторной бронхиальной обструкции, но и фактором риска бронхиальной астмы к школьному возрасту.
P2	-	Предполагаемая этиология заболевания указана верно
P1	-	Предполагаемая этиология заболевания указана неполностью
P0	-	Предполагаемая этиология заболевания указана неверно
В	3	Что помогает прогнозировать риск развития астмы после перенесенного бронхиолита?
Э	-	Индекс риска астмы, разработанный на основании когортного исследования детей с бронхообструкцией в возрасте до 3 лет. К группе высокого риска астмы относятся дети 2 – 3 лет, у которых в течение последнего года было 3 -4 эпизода свистящих хрипов и один большой критерий: -у одного из родителей подтвержденный диагноз астмы - подтвержденный диагноз атопического дерматита -пищевая аллергия -чувствительность к аэроаллергенам Или Два малых критерия: -аллергический ринит -чувствительность к пищевым аллергенам -эозинофилия в крови более 4% -бронхообструктивный синдром на фоне вирусной инфекции, отличной от респираторно – синтициального вируса
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	4	Показания для госпитализации
Э	-	Критериями госпитализации детей с бронхиолитом являются: 1. Апноэ. 2. Признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени. 3. Возраст до 6 месяцев у недоношенных детей. 4. Пониженное питание. 5. Дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость.

		6. Потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях. 7. Отягощенный преморбидный фон. 8. Социальные показания
P2	-	Показания для госпитализации указаны верно
P1	-	Показания для госпитализации указаны неполностью
P0	-	Показания для госпитализации указаны неверно
B	5	Каков прогноз после перенесенного бронхиолита?
Э	-	Прогноз после перенесенного острого бронхиолита, как правило, благоприятный. Респираторные симптомы средней степени выраженности могут сохраняться приблизительно 3 недели. Около половины детей, перенесших острый бронхиолит, в дальнейшем могут иметь эпизоды бронхиальной обструкции. Среди них чаще встречаются пациенты с отягощенной наследственностью по атопии, для которых бронхиолит может быть одним из факторов риска развития бронхиальной астмы. Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита, характеризующегося хроническим течением с развитием фиброза и облитерацией просвета бронхиол, инвалидизации
P2	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан верно
P1	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неполностью
P0	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неверно
H	-	<b>003</b>
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К врачу обратился пациент с жалобами на зуд век, слезотечение, сильный насморк, чиханье, которые беспокоят его четвертый год подряд в апреле-мае. В лечении антигистаминные препараты 1 поколения с незначительным эффектом. При употреблении яблок, моркови, вишни, орехов – першение в горле, периодически осиплость голоса. Отец больного страдает бронхиальной астмой. Пациент от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный.

		<p>Дыхание везикулярное. Тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – <math>4,3 \times 10^{12}</math>/л, лейкоциты – <math>5,8 \times 10^9</math>/л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи – нет, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.</p> <p>В цитологии носового секрета – эозинофилы 45%.</p> <p>Консультирован ЛОР – аллергический ринит</p> <p>Осмотр отоларинголога: аллергический конъюнктивит</p>
В	1	Установите предположительный диагноз
Э	-	Поллиноз: аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, период обострения Оральный аллергический синдром (ОАС)
P2	-	Предположительный диагноз указан верно
P1	-	Предположительный диагноз указан неполностью: не указан оральный синдром
P0	-	Предположительный диагноз указан неверно
В	2	При аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к пыльце березы++++, ольхи+++ , ясеня++ , дуба+++ , орешника++ , методом ImmunoCAP – к экстракту березы (t3)++++. Показана ли пациенту аллергенспецифическая иммунотерапия? Что позволит прогнозировать эффективность АСИТ?
Э	-	Учитывая совпадение анамнеза и данных аллергологического обследования пациенту показано проведение АСИТ. Для прогнозирования эффективности АСИТ показано проведение молекулярной диагностики – определение антител к мажорному компоненту березы Bet v1 и к минорным - Bet v2, Bet v4.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указано определение антител к мажорным и минорным компонентам пыльцы березы.
P0	-	Ответ дан неправильный
В	3	При дополнительном аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к Bet v1, Bet v2, не выявлены к компоненту Bet v4. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению пациента. Наличие антител к Bet v1 (белок PR-10) объясняет наличие реакций на фрукты, орехи у данного пациента. Как правило, реакции на пищу ограничены оральными синдромами, белок PR-10 разрушается при приготовлении пищи, поэтому данному пациенту можно употреблять в пищу фрукты термически обработанные. Белок PR-10 обнаруживается в пыльце березы,

		лещины, в яблоке, персике, моркови, арахисе, сое, киви и сельдерее. Белок PR-10 используется как маркер истинной сенсibilизации для всех деревьев порядка Букоцветные (семейства Березовые, Буковые, Ореховые и другие).
Э	-	В случае отсутствия специфических IgE к мажорному компоненту пыльцы березы АСИТ будет средняя.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Укажите преимущества АСИТ
Э	-	Эффективность АСИТ выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена. После проведения АСИТ отмечается уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА, предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента. АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит к торможению не только аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии – гистамину. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов.
P2	-	Преимущества АСИТ указаны верно
P1	-	Преимущества АСИТ указаны неполностью
P0	-	Преимущества АСИТ указаны неверно
В	5	Какие протоколы проведения АСИТ существуют
Э	-	Любой протокол проведения АСИТ включает два этапа: 1 этап – этап достижения максимальной терапевтической дозы; 2 этап – этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии). В зависимости от длительности протокола АСИТ может быть: - предсезонной; - предсезонно-сезонной; - круглогодичной.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
Н	-	<b>004</b>
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами

Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.</p> <p>Бытовой анамнез: дома сухо, есть кошка породы Сфинкс.</p> <p>Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – <math>3,8 \times 10^{12}/л</math>, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – <math>6,3 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Атопический дерматит, младенческая форма, средней степени тяжести, распространенный, период обострения. Пищевая аллергия.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз ставится на основании</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнеза жизни – грудное вскармливание до 3 месяцев, при этом мать пила много чая со сгущенным молоком, медом, с 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка», в 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке, у матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад, курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить</li> <li>- анамнеза заболевания – высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые), ребенок постоянно получает лечение, в амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами, продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца.</li> <li>- объективного осмотра - мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже в области лица, шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц в виде гиперемии кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение, умеренного кожного зуда, наблюдаются множественные эрозии и корки, зуд нарушает сон, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна, кожа сухая, л/узлы увеличены до размеров «лесного ореха», язык «географический»</li> <li>- данных лабораторного исследования – ОАК - эозинофилы – 10%</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план аллергологического обследования пациента
Э	-	Необходимо определить специфические IgE к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам. Кожное тестирование провести не удастся, так как у ребенка атопический дерматит в стадии обострения.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	При лабораторном аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к шерсти кошки++, к пыльце полыни++, к молоку++, к белку яйца+++, свинине++. Нужно ли провести еще какое-либо аллергологическое лабораторное обследование?
Э	-	Для более конкретных рекомендаций по питанию и быту, а также вакцинации необходимо выявить специфические IgE к: 1.мажорным и минорным компонентам аллергенов кошки rFel d1, rFel d4, Fel d 2,

		2. к альфа-лакальбумину, бета-лакальбумину, к сывороточному альбумину, к казеину 3. к компонентам белка яйца – овомукоиду, овальбумину, кональбумину, овотрансферину, лизоциму. 4. К антигенам пыльцы полыни – nArt v1, nArt v3, rPhl p7, rPhl p 12
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	При дополнительном обследовании выявлены специфические IgE к овоальбумину+++ , к овомукоиду++ , к казеину+++ , к альфалакальбумину++ , к полыни Art v1++ , Art v 3++ , не выявлены к лизоциму, кональбумину, овотрансферину, rFel d1, rFel d4, Fel d 2, к сывороточному альбумину. Дайте заключение по результатам.
Э	-	Овомукоид – основной аллерген белка яйца, он устойчив к действию протеаз и термической обработке. Овоальбумин – также термически устойчивый белок. Таким образом, пациент имеет высокие риск клинических проявлений на яйцо и высокий риск постоянной ллергии на яйцо. Наличие антител к казеину также свидетельствует необходимости строгой гипоаллергенной диеты с полным исключением молока и молочных продуктов. Компонент полыни Art v1 –основной аллерген, его обнаружение позволит предположить наличие перекрестных реакций, например, к пыльце амброзии и подсолнечника. Белок Art v 3 – важный диагностический маркер пищевой аллергии, возможна связь между сенсibilизацией к компоненту пыльцы полыни Art v 3 и аллергическими реакциями на фрукты. В основе коросс-реактивности полынь – персик лежит гомологичность этих аллергенов. Отсутствие специфических IgE к мажорным и минорным аллергенам кошки позволяет на данный момент исключить аллергию к кошке.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
H	-	005
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К аллергологу обратился пациент 17 лет с жалобами на постоянный

		<p>зуд кожи и высыпания в складках.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды первые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3050 гр, длина 51,0 см. На искусственном вскармливании с рождения адаптированными молочными смесями, с 10 месяцев в питании неадаптированные молочные смеси (козье молоко до 400 мл/сут). Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевую аллергию отрицает. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились.</p> <p>Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. ЖБУ: квартира, сухо, тепло, ковров, цветов – нет, домашних животных нет, постель – синтетика. Простудными заболеваниями болеет редко.</p> <p>Анамнез заболевания: кожные проявления с 3 –летнего возраста, улучшение в летний период. Лечение симптоматическое, элиминационные диеты не соблюдает, увлажняющие косметические средства ухода использует эпизодически. Со слов: никакое лечение не помогает. Предыдущее обострение 2 месяца назад, связывают с перенесенной герпетической инфекцией на лице.</p> <p>Локальный статус: кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. На коже локтевых и подколенных складок и задней поверхности голени высыпания в виде эритемо-сквамозных пятен и обилия биопсированных узелков. В очагах поражения выражена лихенификация, обилие эскориаций, участки мокнутия, единичные высыпания по типу пиодермии. На коже лица везикулярная сыпь по ходу тройничного нерва. Шейные л/узлы до 1,5 см, умеренно болезненные, эластичные.</p> <p>Уровень общего IgE 980 kIU/L. Глистные инвазии исключены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, подростковая форма, распространенный, средне-тяжелое течение, обострение, осложненный вторичной инфекцией. Варицелла-зостер инфекция, реактивация.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень тяжести атопического дерматита; неверно оценена форма и период основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Каковы показания к госпитализации при атопическом дерматите?
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>-обострение АД, сопровождающееся нарушением общего состояния;</li> <li>- распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;</li> <li>- рецидивирующие кожные инфекции,</li> <li>-эритродермия,</li> <li>-герпетическая экзема, - тяжелая форма АД, не отвечающая на стандартную терапию,</li> </ul>

		-отсутствие приверженности больного к выполнению рекомендаций врача. У данного пациента есть показания к госпитализации: вторичное инфицирование, кожная инфекция, отсутствие приверженности пациента к терапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	3	Какие противовоспалительные препараты применяются для терапии атопического дерматита и есть ли показания к их назначению у данного пациента?
Э	-	К группе противовоспалительных препаратов, применяемых при АД, относятся: топические глюкокортикостероиды и топические ингибиторы кальневрина. Но наличие у пациента вирусной инфекции кожи и пиодермии являются временным противопоказанием для их назначения. После купирования инфекционных проявлений показано применение топических ингибиторов кальневрина, так они достоверно снижают степень колонизации кожи золотистым стафилококком уже в первую неделю т начала терапии в отличии от топических стероидов, у которых этот эффект наступает только через 2 недели от начала терапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Требуется ли состояние пациента назначения системной антибактериальной терапии? Каков диагностический алгоритм?
Э	-	Учитывая единичные высыпания по типу пиодермии можно воздержаться от применения системной антибактериальной терапии. Однако возможно определение IgE антител к стафилококковым энтеротоксинам (СЭ) в периферической крови (стафилококковому энтеротоксину С, TSST, в меньшей степени – к А и В). Наличие этих антител указывает на настоящую или предшествующую стимуляцию местной иммунной системы е энтеротоксином. Высокий уровень общего IgE и увеличение IgE к СЭ свидетельствуют о текущей активности суперантигена (золотистого стафилококка), а также помогает проводить дифференциальную диагностику с атопией, которая может сосуществовать или предшествовать. Таким образом, принимая во внимание высокий уровень IgE и отсутствие глистных инвазий можно предположить наличие выраженного воспалительного процесса. Таким образом, данному ациенту покзано проведение системной антибиотикотерапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Назовит состояния, сопровождающиеся экстремально высоким кровнем общего IgE.

Э	-	Атопический дерматит и пищевая аллергия Паразитарные болезни Первичные иммунодефициты – гипер-IgE синдром, синдром Нетертона Вич- инфекция IgE-миелома, лимфо-ретикулярная опухоль.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	<b>006</b>
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К аллергологу в конце мая обратился пациент 14 лет с жалобами на зуд глаз, светобоязнь с конца марта по конец июня в течение последних 2 лет. Зуд усиливается к вечеру. Ухудшение пациент отмечает в сухую ветреную солнечную погоду. Антигистаминные препараты с кратковременным эффектом. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды первые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3050 гр, длина 51,0 см. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевую аллергию отрицает. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена. Бытовые условия: квартира, сухо, тепло, ковров, цветов – нет, домашних животных нет, постель – синтетика. Простудными заболеваниями болеет редко. Объективно: верхние веки отечны, утолщены с обеих сторон. На слизистой верхнего и в меньшей степени нижнего века отмечается выраженная гипертрофия сосочков до 8 мм в диаметре (эффект «бульжной мостовой»), утолщенные железообразные разрастания. Слезная жилкость тягучая и липкая. Под верхним веком – спиралевидные скопления. Выявлено изъязвление роговицы. При осмотре у окулиста в слезной жидкости выявлены эозинофилы до 9%. Рекомендована консультация аллерголога
В	1	Ваш предположительный диагноз
Э	-	Учитывая отсутствие отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям, каких-либо аллергических

		заболеваний в анамнезе, отсутствие терапевтической активности антигистаминных препаратов, сезонность заболевания, данные объективного осмотра («бульжная мостовая») можно думать о весеннем катаре. Наличие выраженной фолликулярной реакции отличает весенний катар от других поражений конъюнктивы.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	2	Какова причина развития «весеннего катара»?
Э	-	Причина весеннего катара или весеннего кератоконъюнктивита до настоящего времени не выяснена. Предполагают, что в основе лежит псевдоаллергическая фолликулярная реакция в конъюнктиве, которая возникает в ответ на неспецифические раздражители (ультрафиолетовые лучи при повышенной чувствительности к ним). Чаще всего это заболевание поражает мальчиков, возраст от 4 до 20 лет. Наибольшая выраженность симптомов весной и летом в областях с жарким сухим климатом. Увеличенные фолликулы могут механически повреждать роговицу, что приводит к развитию точечного кератита или изъязвления роговицы.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	3	Какова терапия весеннего кератоконъюнктивита?
Э	-	Показано применение базисной терапии – стабилизаторов тучных клеток: лекролин, кромогесал, в более тяжелых случаях – задитен или Опатанол, или в сочетании с сосудосуживающими компонентами - Полинадим, Бетадрин, Диабенил. Действуют не сразу. Антигистаминные глазные капли (левокабастин, азеластин) начинают действовать быстрее. В более тяжелых случаях – применение местных кортикостероидов или глазных капель с содержанием 0,5-2,0% циклоспирин А, или системных кортикостероидов. Для купирования зуда мгу применяться и системные неседативные антигистаминные препараты.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Следует ли проводить аллергологическое обследование данному пациенту?
Э	-	Следует провести также и аллергологическое обследование для исключения аллергического конъюнктивита. По европейским стандартам всем пациентам с подозрением на аллергию сначала проводят первичный качественный скрининг с помощью специфических алерготестов на атопию Фадиотоп ImmunoCAP, который содержит самые распространенные ингаляционные аллергены. В случае положительных результатов скрининговых

		тестов затем пациенту назначают определение специфических IgE для выявления аллергенов для каждого конкретного пациента.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	При обследовании пациента в конце марта специфических IgE к различным группам небактериальных аллергенов не было выявлено. Содержание общего IgE 110 Кг/л. Как часто следует проводить аллергологическое обследование пациентам с подозрением на аллергическое заболевание? Каковы могут быть причины трицательных результатов IgE?
Э	-	Аллергологическое обследование следует проводить ежегодно. Причиной отрицательных результатов могут быть: 1. В случае аллергенов, активных время о времени 2. Сезонных или круглогодичных аллергенов с недостаточной экспозицией 3. Если сенсibilизация только начала развиваться и еще относительно слаба.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
H	-	<b>007</b>
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись

		<p>неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должствующих цифр.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, средней степени тяжести, неконтролируемая, период обострения
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Цитология мокроты, цитология носового секрета 2. Рентгенограмма грудной клетки 3. Спирограмма 4. Кожные пробы (в постприступный период) или IgE специфические
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования пациента составлен неполностью
P0	-	План дополнительного обследования пациента составлен неверно
В	3	Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием
Э	-	Терапия приступного состояния: Бронхолитик + игкс (небулайзерная терапия), по показаниям – системные гкс в/м, или в/м, или per os. После купирования приступа перевод на базисную терапию –

		комбинированные гкс, по показаниям при отсутствии эффективности подключение рекомбинантных гуманизированных моноклональных антител (IgG <sub>1</sub> ).
P2	-	Медицинская помощь оказана верно
P1	-	Медицинская помощь оказана неполностью
P0	-	Медицинская помощь оказана неверно
B	4	Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей
Э	-	Антибактериальная терапия показана только при наличии рентгенологически подтвержденной пневмонии или другой бактериальной инфекции. Седативные препараты строго противопоказаны! Противопоказаны муколитики, фитопрепараты, горчичники, банки, все виды физиолечения, пролонгированные бронхолитики (метилксантины и В2-агонисты), антигистаминные препараты
P2	-	Препараты указаны верно
P1	-	Препараты указаны неполностью
P0	-	Препараты указаны не верно
B	5	Как вакцинировать пациента с бронхиальной астмой средней степени тяжести?
Э	-	Пациенту показана вакцинация в рамках календаря прививок в периоде ремиссии 2 – 4 недели, по эпидпоказаниям – сразу после купирования приступа удушья. Дополнительно показана вакцинация против гемофильной инфекции типа b и менингококковой инфекции конъюгированной вакциной.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1 ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1 ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8,	Глубокое усвоение программного материала, логически	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные	Знание основного материала, допустимы неточности в	Незнание значительной части программного материала,

	<p>стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</p>	<p>неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</p>	<p>ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</p>	<p>неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</p>
--	---	---	---	--

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.