

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине

«Клиническая фармакология»

(приложение к рабочей программе

«СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА»

Специальность 31.08.37 «Клиническая фармакология»

Форма обучения – очная

Ростов-на-Дону

1. **Форма промежуточной аттестации зачёт, дифференцированный зачёт (зачёт с оценкой), экзамен).** Основной формой промежуточной аттестации является зачет.

2. **Вид промежуточной аттестации** – собеседование, сдача практических навыков - в соответствии с рабочей программой.

3. **Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина**

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

4. **Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать - Основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний, требующих срочного медицинского вмешательства - Методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человек - Лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые для оказания неотложной помощи
	Уметь - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме

	<p>- Применять в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи</p> <p>- Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Владеть</p> <p>- Навыками распознавания состояний, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форм</p> <p>-Навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>-Применением лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>
--	--

Текущий контроль

Формы контроля из РПД дисциплины	Примерные (типовые) задания, количество
Задания закрытого типа (тесты)	30 тестов
Ситуационные задачи	40 задач с эталонами ответов
Устный опрос, собеседование	35 контрольных вопросов

Задания закрытого типа (тесты)

Проверяемые компетенции ОПК-9

1. Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является:
 - a) вдыхание паров нашатырного спирта
 - b) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
 - c) проведение закрытого массажа сердца
 - d) одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца**
2. Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить: всей ладонной поверхностью
 - a) **проксимальной частью ладони**
 - b) тремя пальцами
 - c) одним пальцем
3. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом:
 - a) на 1 вдох – 2 компрессии
 - b) на 2 вдоха – 4 компрессии
 - c) на 3 вдоха – 6 компрессий
 - d) на 2 вдоха – 12-15 компрессий**
4. Противопоказанием к проведению закрытого массажа сердца является:
 - a) отсутствие пульса на сонной артерии
 - b) отсутствие дыхания
 - c) травмы, не совместимые с жизнью
 - d) проникающее ранение грудной клетки**
5. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку двумя лицами:
 - a) на 1 вдох – 2 компрессии 3
 - b) на 1 вдох – 4-5 компрессий**
 - c) на 1 вдох – 10 компрессий
 - d) на 1 вдох – 12 компрессий
6. Определите противопоказания к проведению искусственной вентиляции легких:
 - a) **частичная проходимость верхних дыхательных путей**
 - b) проникающее ранение грудной клетки
 - c) травма, не совместимая с жизнью
 - d) напряженный пневмоторакс**

7. Продолжительность клинической смерти при нормотермии (в минутах):

- a) 1-2
- b) 3-4
- c) **5-7**
- d) 25-30

8. При проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку необходимо сделать в 1 минуту количество вдуваний:

- a) 8-10
- b) 10-12
- c) **12-20**
- d) 20-24

9. Объем вдуваемого воздуха при проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку должен составлять (мл):

- a) 300-500
- b) **500-800**
- c) 800-1000
- d) 1200-1500

10. Критерий правильности проведения закрытого массажа сердца предполагает:

- a) **появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца**
- b) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии
- c) отсутствие дыхания
- d) появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии

11. В зависимости от природы эмбола, эмболии могут быть

- a) лейкоцитарная
- b) **жировая**
- c) мускатная
- d) цианотическая

12. К эффектам острой гипоксемии относятся:

- a) **повышение давления в легочной артерии**
- b) снижение сердечного выброса
- c) **региональная легочная вазодилатация**
- d) увеличение почечного кровотока

13. Понятие острый коронарный синдром включает:

- a) болевой синдром

b) инфаркт миокарда

c) стабильная стенокардия напряжения

d) отек легких

14. Реперфузионная терапия показана при длительности клинических проявлений инфаркта миокарда:

a) до 3 часов

b) до 6 часов

c) до 12 часов

d) до 24 часов

15. Острый коронарный синдром включает в себя все, кроме:

a) прогрессирующая стенокардия

b) стабильная стенокардия

c) впервые возникшая стенокардия

d) острый инфаркт миокарда

16. Что является критерием эффективности проводимой противошоковой терапии при кардиогенном шоке, вызванном ОКС с подъемом ST:

a) исчезновение болевого синдрома

b) сужение зрачков

c) стабильный синусовый ритм

d) появление самостоятельного дыхания

17. Отёк лёгких является следствием острой левожелудочковой недостаточности при всех перечисленных заболеваниях, кроме одного:

a) острый инфаркт миокарда левого желудочка

b) недостаточность митрального клапана

c) стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

d) артериальная гипертензия

18. В основе терапевтического эффекта глюкокортикостероидов при бронхиальной астме лежит

a) Бронхолитический эффект

b) Противовоспалительный эффект

c) Уменьшение высвобождения гистамина

d) Кардиотонический

19. Серетид мультидиск содержит в своем составе

a) Интал и беротек

b) Сальбутамол

- c) Беротек и атровент
- d) **Салметерол и флутиказон**

20. Беродуал содержит в своем составе:

- a) Интал и беротек
- b) Интал и сальбутамол
- c) **Фенотерол и ипротропий бромид**
- d) Ипротропий бромид и интал

21. В одной ингаляции серетида-мультидиска сколько содержится сальметерола?

- a) **50 мкг препарата**
- b) 150 мкг препарата
- c) 250 мкг препарата
- d) 500 мкг препарата

22. В одной ингаляции симбикорта турбухайлера сколько содержится будесонида?

- a) 50 мкг препарата
- b) **160 мкг препарата**
- c) 200 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

23. В одной ингаляции беротека содержится:

- a) 50 мкг препарата
- b) **100 мкг препарата**
- c) 300 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

24. В одной ингаляции сальбутамола содержится:

- a) **100 мкг препарата**
- b) 200 мкг препарата
- c) 300 мкг препарата
- d) 250 мкг препарата

25. К средствам первой неотложной помощи при остром приступе бронхиальной астмы относятся

- a) Симбикорт
- b) Будесонид
- c) **Сальбутамол**
- d) Тиотропия бромид

26. Среди указанных ниже препаратов к холинолитикам относятся

- a) Фенотерол
- b) **Ипратропия бромид**
- c) Флунизолид
- d) Сальбутамол

27. К побочным эффектам селективных β_2 -симпатомиметиков относятся

- a) Сухость во рту
- b) **Тахикардия**
- c) **Тремор**
- d) Бессонница

28. Среди указанных ниже препаратов к селективным β_2 -симпатомиметикам относятся

- a) Эпинефрин (Адреналин)
- b) Изопреналин
- c) Эфедрина гидрохлорид
- d) **Сальбутамол**

29. В какое время года начинают специфическую иммунотерапию при поллинозе:

- a) Осенью
- b) Весной
- c) **Зимой**
- d) Летом

30. При лекарственной аллергии основным диагностическим методом является

- a) Кожные пробы;
- b) Провокационные пробы
- c) **Аллергологический анамнез**
- d) Иммунологические методы исследования

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции ОПК-9

Задача № 1

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с

жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - ***ИБС: инфаркт миокарда.***
2. Провести дифференциальную диагностику- ***со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.***
3. Наметить план обследования- ***План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.***
4. Наметить план лечения- ***Купирование болевого синдрома – наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.***

Результаты дополнительного обследования:

ЭКГ: картина острого инфаркта миокарда.

1. Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$, э. – 0, п. – 6, сегм. – 65, л. – 22, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.
2. Свертываемость крови – 3 мин.
3. ПТИ – 100%.
4. СРБ+, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 18 Е/л.
5. Рентгенография – прилагается.

Задача № 2

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд. 1 мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч.

Ответы на вопросы:

1. Поставьте диагноз- ***ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии.***
2. Проведите дифференциальную диагностику- ***Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА.***
3. Наметьте план дообследования-***План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.***
4. Назначьте лечение-***Купирование болевого синдрома – наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений***

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
2. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24 Е/л, АЛТ – 16 Е/л.
3. Свертываемость крови – 3 мин.
4. ПТИ – 100%.
5. Общий анализ крови на 6-й день после госпитализации: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$, э.– 1, п. – 2, сегм.– 64, л. – 24, м. – 9, СОЭ – 24 мм/ч.
6. Рентгенограмма – прилагается.

Задача № 3

Больной В., 58 лет, инженер, 2 ч назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года

отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л – преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца – по срединно-ключичной линии. АД – 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 уд.1 мин. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС – 112 уд.1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Ответы на вопросы:

1. Установить предварительный диагноз- ***ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).***
2. Наметить план дообследования больного - ***План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.***
3. Провести дифференциальную диагностику- ***Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.***
4. Определить тактику лечения- ***Основная задача – снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты 1-й группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен), электростимуляция. В противорецидивной терапии: амиодаррон, β-блокаторы, антагонисты кальция, препараты 1-ой группы антиаритмических средств. Лечение ИБС – антихолестеринемические препараты, диета.***

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ – прилагается.
2. ЭХО-КС – небольшое расширение полостей левого предсердия (-3,8 см).
3. Кровь на холестерин – 7,6 ммоль/л, АСТ – 5 ед/л, АЛТ – 4 ед/л, СРБ – 0, ПТИ – 102%, свертываемость – 8 мин.
4. Глазное дно – атеросклероз сосудов сетчатки.
5. Общий анализ мочи – уд. вес – 1020, белка нет, сахара нет, л. – 1–2 в п/зр.
6. Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.
7. Анализ крови общий: Нв – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, л. – $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/ч.

Задача №4

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области

пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением «сетки» перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал. Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – симметричный, напряжен, частый – 92 уд./1 мин., АД – на пр. руке – 195/100 мм рт. ст., на левой – 200/100 мм рт. ст. Границы сердца – левая – на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС – 92 уд./1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Ответы на вопросы:

1. Установить предварительный диагноз- ***Гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.***
2. Наметить план обследования- ***ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.***
3. Провести дифференциальную диагностику- ***Исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).***
4. Определить тактику лечения- ***Терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, диуретики, β -блокаторы, седативные). Контроль АД. Кардиоселективные β -блокаторы, антагонисты кальция, диуретики, ингибиторы АПФ.***

Результаты дополнительного обследования:

1. Глазное дно – сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс – II.
3. Анализ мочи – уд. вес – 1018, белка нет, сахара нет, л. – 1–3 в п/зр.
4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.
5. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. – $6,0 \times 10^9$ /л, ц.п. – 0,9; э. – 1, п. – 4, с. – 66, л. – 24, м. – 5, СОЭ – 6 мм/ч.
6. Глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Задача № 5.

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в

минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Ответы на вопросы:

1. Поставить диагноз - ***ИБС: инфаркт миокарда.***
2. Провести дифференциальную диагностику- ***Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.***
3. Наметить план обследования- ***Общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.***
4. Наметить план лечения- ***Купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.***

Результаты дополнительного обследования:

- 1.Общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час.
- 2.Свертываемость крови - 3 мин.
- 3.ПТИ - 100 %.
- 4.СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гл, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л.
- 5.Рентгенография - прилагается.

Задача № 6

Пациент, 26 лет, в связи с головной болью утром принял таблетку спазмалгона. Через 4 часа появились высыпания на коже волдырного характера, отек век и верхней губы. В анамнезе – крапивница на прием аспирина в детстве. А./ Д- 120/180, Ps – 72.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- ***Острая крапивница, ангиотек.***
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи- ***Неотложная помощь: отмена препарата, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК.***
3. Назначьте необходимое обследование - ***Обследование у аллерголога (специфические IgE с НПВП).***
- 4.Определите профилактические мероприятия- ***Исключить применение НПВП.***
5. Каков прогноз данного заболевания? -***Благоприятный.***

Задача № 7

Пациенту, 40 лет, после травмы (царапина глубокая нижней конечности) было введено 3мл противостолбнячной сыворотки. Через 9 дней появилась сыпь уртикарного характера, температура 38, 5, боли в суставах, увеличение регионарных лимфатических узлов.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Сывороточная болезнь.**
2. Определите тактику лечения - **Системные ГК, антигистаминные препараты.**
3. Дальнейшая тактика ведения данного больного - **Наблюдение врача-аллерголога с последующим обследованием.**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить введение препаратов на основе лошадиной сыворотки, назначение их только по жизненным показаниям.**
5. Каков прогноз данного заболевания?- **Благоприятный**

Задача № 8

22-летний мужчина, у которого чихание, заложенность носа и ринорея отмечаются ежегодно на протяжении 25 суток подряд, иногда просыпается ночью из-за симптомов аллергии: назальные симптомы, зуд в области шеи и подбородка, тяжесть в груди.

Ответы на вопросы:

1. Как следует определить течение его заболевания согласно рекомендациям ARIA («Аллергический ринит и его влияние на астму» - (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)) - легкое интермиттирующее или умеренное либо тяжелое интермиттирующее?- **Умеренное либо тяжелое интермиттирующее течение. Поскольку симптомы заболевания оказывают негативное влияние на сон и повседневную деятельность пациента, их следует считать умеренными либо тяжелыми. Однако поскольку симптомы присутствуют на протяжении менее чем четырех недель в году, они являются интермиттирующими, а не упорными.**
2. Опасность каких осложнений появляется при длительных назальных симптомах?- **Пациенты должны быть осведомлены о возможных осложнениях аллергического ринита в виде синусита, среднего отита итакже возможном присоединении бронхиальной астмы.**
3. Какое наблюдение требуется для этого пациента? - **Пациенту необходимо наблюдение аллерголога для динамической оценки и коррекции базисной терапии.**
4. Какое дополнительное обследование требуется для этого пациента? - **Проведение спирометрической пробы для определения секундного объема форсированного выдоха и форсированной жизненной емкости легких.**
5. Какие виды обследования должен назначить врач-аллерголог? -

Обязательные аллергологические исследования - ***Кожные тесты с атопическими аллергенами; дополнительные аллергологические и иммунологические исследования - определение уровня аллергенспецифических IgE антител в сыворотке крови; провокационные назальные тесты с атопическими аллергенами. Окончательный диагноз выставляют только после сопоставления результатов обследования с данными анамнеза заболевания.***

Задача № 9

12-летний мальчик пришёл на повторный прием после четырехнедельного пробного курса интраназального кортикостероида, который был назначен ему для лечения упорных симптомов аллергического ринита. Хотя ребенок выполняет все указания и применяет препарат правильно, у него по-прежнему отмечается зуд в носу.

Ответы на вопросы:

1. Какую лекарственную стратегию лучше всего применить далее? - ***Начать терапию интраназальным антигистаминным препаратом. Добавление интраназальной антигистаминной терапии к терапии интраназальным кортикостероидом представляется обоснованным на данном этапе и может дать положительный эффект. Рассмотреть возможность назначения антигистаминных препаратов per os второго поколения.***
2. Какие вопросы по рациональному режиму следует задать пациенту и родителям? - ***Необходимо выяснить соблюдается ли в полной мере элиминационный режим в доме по бытовой пыли и животным.***
3. Считаете ли Вы целесообразным добавить к терапии интраназальным кортикостероидом терапию блокатором лейкотриеновых рецепторов? - ***Данные клинических исследований, свидетельствующие о том, что добавление блокатора лейкотриеновых рецепторов к терапии интраназальным кортикостероидом обеспечивает дополнительное облегчение симптомов в таких случаях, отсутствуют.***
4. Что является патогенетическим методом терапии аллергического ринита при длительно непроходящих симптомах? - ***АСИТ-один из основных методов патогенетического лечения аллергических заболеваний, связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергии.***
5. На каком этапе диагностики следует провести аллергологическое кожное тестирование? - ***Аллергологическое кожное тестирование проводится в период ремиссии после сбора аллергологического и общеклинического анамнеза и объективного осмотра.***

Задача № 10

Мужчине, 25 лет, имеющему более 3-х месяцев жалобы на длительную заложенность носа, чихание при уборке в квартире и посещении друга, у которого в доме кошка, назначены ЛОР-специалистом интраназальные

кортикостероиды и сосудосуживающие препараты-деконгестанты.

Ответы на вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить и к какому узкому специалисту должен направить пациента ЛОР-врач? - ***Круглогодичный аллергический ринит. Направить к аллергологу***
2. Какова максимальная возможная длительность применения деконгестантов? - ***Деконгестанты можно применять не более 10 дней.***
3. Интраназальные кортикостероиды, применяемые при аллергическом рините? - ***Интраназальные кортикостероиды: будесонид, флутиказона фураат, мометазон, беклометазона дипропионат.***
4. Как часто интраназальные кортикостероиды оказывают побочное действие при применении в рекомендуемых дозах? - ***Интраназальные кортикостероиды крайне редко оказывают побочное действие при применении в рекомендуемых дозах.***
5. Какие побочные явления возникают при применении интраназальных кортикостероидов? - ***Носовые кровотечения (выраженные, либо проявляющиеся лишь незначительным окрашиванием кровью носовой слизи) - одно из наиболее распространенных побочных явлений, возникающих при терапии интраназальными кортикостероидами. Описана задержка линейного роста у детей препубертатного возраста (6-9 лет) при применении беклометазона дипропионата. Перфорация носовой перегородки возникает редко, хотя такое побочное явление описано в медицинской литературе.***

Задача №11

24-летняя некурящая студентка, проживающая в деревянном одноэтажном доме, обратилась к участковому терапевту с жалобой на хронический непродуктивный кашель, который продолжается в течение года. Она сообщила, что кашель обычно усиливается при физической нагрузке и заставляет ее просыпаться ночью несколько раз в неделю. Другие симптомы отсутствуют. Больная не принимает никаких лекарств, кроме перорального гормонального контрацептива. В анамнезе у пациентки синдром раздраженного кишечника и детская экзема. По результатам обследования сердечно-сосудистой системы патологических изменений не выявлено. По результатам респираторного исследования (Пикфлоуметрии) максимальная скорость выдоха (МСВ) составляет 480 л/с (при прогнозируемом значении 490 л/с). Проведена спирометрическая проба. Секундный объем форсированного выдоха и форсированная жизненная емкость легких составили, соответственно, 3,1 и 3,7 литра (при прогнозируемых значениях 3,3 и 3,8 литра, соответственно).

Ответы на вопросы:

1. Какой диагноз, по Вашему мнению, наиболее вероятен? - ***Наиболее вероятный диагноз, объясняющий наличие хронического кашля,—***

бронхиальная астма. Наличие в анамнезе у пациентки экземы свидетельствует о тенденции к аллергии, а ночная симптоматика и связь кашля с физической нагрузкой характерны для астмы.

2. К каким специалистам необходимо направить пациентку? - **Пациента необходимо направить к аллергологу и пульмонологу.**

3. Какие дополнительные исследования должен выполнить аллерголог в данном случае? - **Необходимо провести спирометрию с бронхолитическим тестом, аллергологическое обследование.**

4. На какие виды аллергенов следует обследовать данную пациентку? - **Пациентку необходимо обследовать на домашнюю пыль, клещей домашней пыли, перо подушки, плесневые аллергены, на шерсть животных (при наличии животных в доме).**

5. Какое лечение следует назначить пациентке? - **Первоначально следует назначить ингаляционный кортикостероид в малой или средней дозе (от 400 до 800 мкг/сутки).**

Задача № 12

На прием пришел 64-летний некурящий пациент, который жалуется на сухой кашель, продолжающийся в течение трех месяцев. Результаты рентгенографического исследования легких и спирометрии в пределах нормы. Аллергологический анамнез без особенностей. Из анамнеза выяснено, что три с половиной месяца назад после перенесенного инфаркта миокарда этот больной начал принимать рамиприл.

Ответы на вопросы:

1. К какой фармакологической группе относится препарат рамиприл? - **Рамиприл относится к ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента.**

2. Какие меры Вы считаете целесообразными в данном случае? - **Отмена терапии рамиприлом и подбора рациональной терапии. При подозрении на то, что кашель вызван приемом ингибитора АПФ, следует отменить терапию ингибитором АПФ и рассмотреть вопрос о назначении терапии препаратом другого класса, например антагонистом рецепторов ангиотензина II).**

3. К какой группе НПР (нежелательных побочных реакций) относится сухой кашель при приеме препаратов И-АПФ? - **Принимая во внимание классификацию ВОЗ, сухой кашель при приеме препаратов И-АПФ относится к Типу-А.**

4. Нуждается ли данный пациент в дальнейшем аллергологическом обследовании? - **Данный пациент не нуждается в дальнейшем аллергологическом обследовании.**

5. Через какое время следует ожидать улучшения состояния пациента? - **После отмены ингибиторов АПФ симптомы обычно проходят в течении 2-4 недель, но иногда процесс нормализации состояния затягивается до трех месяцев.**

Задача № 13

У 30-летней женщины с atopической бронхиальной астмой (БА) отмечается выделение мокроты с коричневыми включениями. Эти симптомы сохраняются на протяжении девяти недель. Поскольку стандартное лечение не дает эффекта, пациентка направлена на рентгенографию легких. По данным рентгенографии выявлен инфильтрат в левом легком. По данным общего анализа крови выявлена эозинофилия. Обнаруживается повышенный уровень IgE. По результатам МСКТ-исследования выявлена небольшая бронхоэктазия центральной локализации.

Ответы на вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен? Аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) или острая эозинофильная пневмония? - **Наиболее вероятный диагноз: Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) является одной из частых причин эозинофильной пневмонии у больных бронхиальной астмой. Аллергическим бронхолегочным аспергиллёзом чаще заболевают больные atopической бронхиальной астмой в возрасте 20–30 лет. Обострения бронхиальной астмы наступают в осенне-зимний период и сопровождаются кашлем с продукцией бесцветной мокроты, иногда с твердыми желтовато-коричневыми сгустками. На МСКТ выявляются бронхоэктазы с наличием или без скопления секрета в расширенных бронхах, расположенные преимущественно в центральных и верхних отделах легких.**
2. Что можно ожидать при проведении определения специфических антител на грибки? - **При обследовании выявляются специфические IgE и IgG антитела к *Aspergillus fumigatus*.**
3. Какие показатели общего IgE и эозинофилии периферической крови наиболее характерны для аллергического бронхолегочного аспергиллёза? - **При аллергическом бронхолегочном аспергиллёзе общий IgE более 1000 МЕ/мл и эозинофилия более 20%.**
4. Какова встречаемость аллергического бронхолегочного аспергиллёза при бронхиальной астме? - **Встречаемость аллергического бронхолегочного аспергиллёза при бронхиальной астме-1-2%.**
5. Какими препаратами проводится лечение аллергического бронхолегочного аспергиллёза? - **Лечение проводят преднизолоном (30–45 мг / сутки), итраконазолом, другими противоастматическими препаратами. Успех лечения и благоприятный прогноз оцениваются по непрерывному падению уровня общего IgE сыворотки.**

Задача № 14

На приём обратился молодой человек, 18 лет. Аллергологический анамнез не отягощен. В жалобах акне, периодически изжога, боли в эпигастрии, которые недавно были спровоцированы употреблением груши и яблока, отрыжка

воздухом, со вкусом пищи, вздутие живота, боли в груди сразу после приема твердой пищи. Стул регулярный, без патологических примесей. На ФГДС - застойный оттенок слизистой пищевода с наложениями желтоватого фибрина, эрозии в нижней трети пищевода. Направлен терапевтом в связи с выявленной эозинофилией в периферической крови 11%.

Ответы на вопросы:

1. Какие анамнестические данныестораживают аллерголога? - **Аллергологастораживают периодическая изжога, боли в эпигастрии, которые были спровоцированы употреблением груш и яблок (учитывая перекрестные реакции на некоторые виды пищи при сенсibilизации к пыльце деревьев) и выявленная эозинофилия в периферической крови 11%.**
2. Какие виды обследования необходимо провести данному пациенту? - **Данному пациенту необходимо провести кожное аллергологическое тестирование и иммуноферментное обследование к респираторным и пищевым аллергенам.**
3. Какие дополнительные виды обследования необходимо провести данному пациенту у узких специалистов? - **Дополнительное обследование: повторная ФГДС с целью проведения биопсии с подозрением на эозинофильный эзофагит.**
4. К какой группе патофизиологических проявлений со стороны ЖКТ, обусловленных пищевой аллергией, можно отнести эозинофильный эзофагит? - **Эозинофильный эзофагит относится к смешанным IgE и не-IgE-опосредованным патофизиологическим проявлениям.**
5. Какие еще проявления со стороны ЖКТ на пищевые аллергены вы знаете? - **IgE - опосредованные (немедленные гастро-интестинальные проявления, оральный аллергический синдром), и клеточные не-IgE-опосредованные (энтероколит индуцированный пищевыми белками, проктит, проктоколит, экссудативная энтеропатия).**

Задача № 15

Пациент А., 30 лет, обратился с жалобами на приступообразное чихание, обильные выделения из носа, заложенность носа, зуд глаз, слезотечение. Хуже себя чувствует дома, после сна, улучшение на улице. Болен с июля месяца, когда на фоне полного здоровья появились вышеописанные жалобы. Перенесенные заболевания: ЧМТ (2 года назад). Курит в течении 10 лет по 6-10 сигарет в день. Лекарственной непереносимости нет.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Круглогодичный аллергический ринит, конъюнктивит. Бытовая сенсibilизация.**
2. Определите дальнейшую тактику ведения пациента - **Назначение антигистаминных препаратов и интраназальных ГК на период обострения. Проведение кожного тестирования в период ремиссии**

заболевания на фоне отмены антигистаминных препаратов.

3. Определите возможность осложнения- ***Возможен дебют атопической бронхиальной астмы при отсутствии своевременной терапии.***

4. Назовите дополнительные исследования- ***ИФА крови на специфические IgE антитела с бытовыми и эпидермальными аллергенами, риноцитограмма.***

5. Определите профилактические мероприятия - ***Профилактические мероприятия: элиминационные мероприятия (гипоаллергенный быт).***

Задача №16

Пациентка Л, 22 года, студентка обратилась с жалобами на заложенность носа, чихание, обильные выделения из носа слизистого характера, кашель приступообразный с отхождением небольшого количества светлой мокроты. В ночное время просыпается от чувства нехватки воздуха, сдавления в груди, тяжело сделать выдох, сама слышит свисты и клочотание в груди. Вышеописанные жалобы появились около 4-х месяцев назад. Хуже чувствует себя дома, лучше в университете. Дома живет кошка около 1 года. В детстве до 7 лет наблюдалась у аллерголога с Ds: Атопический дерматит. Пищевая сенсibilизация. Наследственность: у матери – аллергический ринит. Лекарственной, пищевой непереносимости нет.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- ***Атопическая бронхиальная астма, впервые выявленная, обострение.***
2. Дальнейшая тактика ведения пациентки- ***Проведение исследования ФВД с бронхолитиком для уточнения диагноза.***
3. Профилактика приступа удушья- ***Элиминация виновных аллергенов.***
4. Назначьте необходимое обследование- ***Необходимо провести кожное тестирование с различными группами аллергенов.***
5. В чем заключается базисная терапия? - ***Базисная терапия заключается в назначении ингаляционных ГК.***

Задача №17

Пациентка Б., 29 лет обратилась с жалобами на заложенность носа, чихание, выделения из носа слизистого характера, зуд глаз, сухой кашель в период с конца апреля по июнь. Такие же симптомы возникают в любое время года при уборке в квартире. Больной себя считает с 2004 года. Симптомы появились после родов. При употреблении яблок, вишни, персиков возникает зуд во рту, в ушах, зуд глаз. Наследственность не отягощена. Профессиональные вредности: работает на предприятии по производству красок.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- ***Круглогодичный аллергический ринит, конъюнктивит. Бытовая, пыльцевая***

сенсibilизация.

2. Дальнейшая тактика обследования пациентки- *Кожное тестирование с бытовыми, эпидермальными и пыльцевым аллергенами, ИФА крови на специфические IgE-антитела с атопическими аллергенами, риноцитограмма.*
3. Определите тактику лечения- *В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГКС), СИТ в осенне-зимний период (пыльцевыми или бытовыми аллергенами).*
4. Определите профилактические мероприятия- *Гипоаллергенный быт, гипоаллергенная диета с исключением перекрёстных аллергенов.*
5. Определите возможные осложнения-*Развитие атопической бронхиальной астмы.*

Задача №18

Пациентка, 35 лет, обратилась с жалобами на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным нестерпимым зудом, отек век, ощущение комка в горле, озноб. Высыпания появились накануне с вечера. В течение 6 дней принимала цефаклор (антибиотик цефалоспориновой группы) по поводу обострения хронического тонзиллита. В детстве реакция на пенициллин в виде сыпи на коже. При осмотре на коже туловища, конечностей обильные уртикарные элементы сливного характера, отек век, губ.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - *Острая крапивница, ангиоотек лекарственного генеза.*
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи-*Отмена цефаклора, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности- короткий курс системных ГК.*
3. Дальнейшая тактика ведения данной больной- *Обследование у аллерголога (специфические IgE с антибиотиками пенициллиновой и цефалоспориновой группы)*
4. Определите профилактические мероприятия- *Исключить применение пенициллинов, цефалоспоринов, карбапенемов, монобактамов.*
5. Каков прогноз данного заболевания?-*Благоприятный.*

Задача №19

Пациент В., 19 лет, обратился с жалобами на чихание, ринорею, зуд глаз, сухой кашель в период с середины июля по август. Хуже себя чувствует за городом в сухую и жаркую погоду, лучше после дождя и в помещении. Болен в течении 3-4 лет, самостоятельно принимал антигистаминные препараты с хорошим эффектом. При употреблении халвы и подсолнечного масла появляется першение в горле, кашель, зуд во рту.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая сенсibilизация (пыльца сорных трав).**
2. Назначьте необходимое обследование- **Сбор аллергологического анамнеза, кожное тестирование с атопическими аллергенами в период ремиссии (осенне-зимний период), специфические IgE с атопическими аллергенами, риноцитограмма.**
3. Дальнейшая тактика ведения пациента- **В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГК), СИТ перед сезоном цветения..**
4. Определите профилактические мероприятия- **Гипоаллергенная диета с исключением перекрестных аллергенов.**
5. Определите возможные осложнения- **Развитие атопической бронхиальной астмы.**

Задача №20

Пациентка Д., 54 года, обратилась с жалобами на приступы удушья, кашля с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке, дистанционные хрипы. Приступы купирует беродуалом до 3-4 раз в сутки. Ухудшение ранней весной (март) и осенью при контакте с прелой листвой во время садовых работ. Больна бронхиальной астмой около 20 лет. Получает базисную терапию – серетид 50/250 мкг 2 дозы в сутки. Ранее длительное время проживала в старом деревянном доме, где и появились первые симптомы заболевания.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Атопическая бронхиальная астма, течение средней тяжести, обострение. Круглогодичный аллергический ринит. Грибковая сенсibilизация**
2. Назначьте необходимое обследование- **Кожное тестирование с атопическими аллергенами, ФВД, специфические IgE с эпидермальными, бытовыми и грибковыми аллергенами, риноцитограмма.**
3. Дальнейшая тактика ведения пациентки- **Элиминационный режим, ингаляционные ГК, эндоназальные ГК.**
4. Целесообразность СИТ-. **При выявлении причинно-значимых аллергенов, в период улучшения-СИТ (грибковыми аллергенами).**
5. Каков прогноз данного заболевания? - **Благоприятный.**

Задача №21

Мальчик, 5 лет, жалобы на высыпания на коже, сопровождающиеся сильным зудом, отек век, губ, беспокойство, повышение температуры тела до 37,3. Вышеописанные жалобы появились остро вечером через 30 минут после ужина. Ел рыбу, картофельное пюре, чай. В младенчестве были проявления

экссудативно-катарального диатеза. У матери атопическая бронхиальная астма. При осмотре уртикарные элементы сыпи на коже туловища и конечностей, отек лица.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз- **Острая крапивница, ангиоотек.**
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи- **Гипоаллергенная диета, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК.**
3. Дальнейшая тактика ведения больного- **Обследование у аллерголога: специфические IgE-антитела с пищевыми аллергенами, кожное тестирование с пищевыми аллергенами в период ремиссии.**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить употребление в пищу рыбы и морепродуктов.**
5. Каков прогноз данного заболевания?- **Благоприятный.**

Задача №22

Девочка, 11 лет, жалобы на отек губ, зуд в полости рта, чувство затрудненного глотания, ощущение инородного тела в горле. Симптомы возникли остро, через 15-20 мин после полоскания горла с настоем ромашки. Симптомы ОРВИ в течение 2 дней. В анамнезе ринорея и чихание при выезде на дачу в июне месяце в течение 2 лет. К аллергологу не обращались. Наследственность: у отца сезонный аллергический ринит

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Острый ангиоотек. Сезонный аллергический ринит, пыльцевая сенсibilизация (луговые травы).**
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи-**Отмена настоя ромашки, назначение антигистаминных препаратов, при неэффективности-короткий курс системных ГК .**
3. Дальнейшая тактика ведения пациентки- **Обследование у аллерголога, ИФА крови на специфические IgE-антитела с пыльцевыми аллергенами, кожное тестирование с пыльцевыми аллергенами в период ремиссии (в осенне-зимний период).**
4. Определите профилактические мероприятия- **Исключить фитотерапию.**
5. Каков прогноз данного заболевания?- **Благоприятный.**

Задача № 23

В летнее время после приезда в загородную зону отдыха у мужчины 30 лет покраснели и отекли веки, появились слезотечение, насморк, осиплость голоса, першение в горле, затруднение дыхания. По возвращению домой в

город указанные симптомы сохранились, хотя выраженность их стала несколько меньшей. Подобные жалобы наблюдаются ежегодно в июне и июле месяцах в течение 4-5 лет.

Ответы на вопросы:

1. Как Вы обозначите патологическое состояние, развившееся у пациента? - ***Аллергическая реакция по немедленному реактивному типу, IgE зависимый тип.***
2. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, сенсibilизация к пыльце луговых трав.***
3. Как можно выявить причину, вызвавшую это состояние? - ***Анамнез, скарификационные кожные пробы с пыльцевыми аллергенами, ИФА крови на специфические IgE антитела с пыльцевыми аллергенами, риноцитогарма.***
4. Какие подходы к терапии Вы предлагаете использовать в данном случае? - ***Симптоматическая терапия в период обострения, аллергенспецифическая иммунотерапия виновными пыльцевыми аллергенами в осенне-зимний период.***
5. Определите профилактические мероприятия - ***Гипоаллергенная диета с исключением перекрестных аллергенов.***

Задача № 24

Больной О., 21 год, обратился к врачу 22 мая 2003 года с жалобами на слезотечение, покраснение глаз, насморк, обильное отделяемое из носа слизеобразного характера, повышение температуры тела до 37.6 градусов, утомляемость, раздражительность, бессонницу. Из анамнеза известно: ежегодно, в последние 3 года, весной появляются вышеперечисленные жалобы. Из кровных родственников – родная тетя (по материнской линии) с детства больна экзогенной бронхиальной астмой (триггеры – береза, тополь).

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Сезонный аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая сенсibilизация к пыльце деревьев.***
2. Какие исследования помогут Вам подтвердить диагноз? - ***Анамнез, данные объективного осмотра, кожное тестирование с небактериальными аллергенами, ИФА крови на специфические IgE антитела с пыльцевыми аллергенами, риноцитогарма.***
3. В период обострения, какие медикаментозные средства Вы порекомендуете пациенту? - ***В сезон цветения назначение симптоматической терапии (антигистаминные препараты, топические назальные ГК).***
4. Какие препараты используют для профилактики обострений? - ***Препараты кромоглициновой кислоты, аллергенспецифическая иммунотерапия.***
5. Каков прогноз данного заболевания? - ***благоприятный.***

Задача № 25

Больная С., 48 лет, с диагнозом: Хронический пиелонефрит в фазе обострения. Артериальная гипертензия, впервые выявленная, находясь на лечении и обследовании в нефрологическом отделении, была направлена на экскреторную урографию. Пациентке ввели внутривенно раствор рентгеноконтрастного вещества. Вслед за введением препарата возникла следующая клиническая картина: головокружение, головная боль, чувство страха, беспокойство, холодный пот, одышка, ощущение стеснения в груди, приступ кашля. Одновременно появились уртикарные высыпания на коже, тахикардия, боли в животе, рвота, понос, судороги. Аллергоанамнез у данной пациентки не отягощен. Ранее исследование с рентгеноконтрастными препаратами не проводилось.

Ответы на вопросы:

1. Несмотря на многообразие клинической картины, о каком диагнозе пойдет речь? - **Побочное действие лекарственного препарата.**
2. Какие данные помогут Вам сформулировать диагноз? - **Время появления жалоб, отсутствие отягощенного аллергологического анамнеза, отсутствие информации о применении данного лекарственного препарата и его аналогов, отсутствие непереносимости препаратов, содержащих йод.**
3. Имея какие сведения, врач уверенно включит в обследование внутривенную урографию? - **В анамнезе отсутствуют реакции на введение йода и йодсодержащих лекарственных препаратов**
4. Какой должен быть набор препаратов в процедурном кабинете, где производится инъекции лекарственных веществ? - **Глюкокортикоиды, эпинефрин(адреналин), или мезатон, или норадреналин, изотонический раствор NaCl 0,9%.**
5. Определите Вашу тактику лечения - **Эпинефрин 0,1% в середину переднелатеральной поверхности бедра в дозе 0,2 – 0,5 мл внутримышечно (при понижении А/Д), системные ГК (преднизолон 60—90 мл или дексаметазон 8-14 мг).**

Задача № 26

Ребенок, 12 лет, болен бронхиальной астмой два года. Данные анамнеза: от 1-й беременности, родился доношенным. На естественном вскармливании находился до 1 мес. С 2-х месяцев отмечались проявления экссудативно-катарального диатеза. С 1-го года часто болеет респираторными заболеваниями. Первый приступ бронхиальной астмы в 10 лет. Приступы протекают нетяжело, купируются обычно ингаляциями беротека. Частота приступов в год – 3-4. Приступы чаще всего отмечаются ночью. Летом, которое мальчик проводит на даче, приступов никогда не бывает. Специфическое аллергологическое обследование не проходил. Приступ,

послуживший поводом для госпитализации, длится уже 6 часов. Купировать его ингаляцией беротека, как обычно, не удалось. Мать ребенка отмечает, что в последнее время мальчик стал часто применять ингаляции лекарства, хотя приступов болезни у него при этом не замечала. Данные объективного осмотра на дому: состояние средней тяжести. Отмечается экспираторная одышка. Грудная клетка слегка вздута. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются сухие свистящие хрипы. Число дыханий -35 в минуту. Тоны сердца, удовлетворительной звучности. Частота сердечных сокращений 85 в минуту.

Ответы на вопросы:

1. В каком периоде болезни находится ребенок во время осмотра? - **Больной находится в приступном периоде болезни. Как известно, бронхиальная астма протекает в виде чередования периодов обострения (приступов удушья) и ремиссии. В периоде ремиссии при легком течении заболевания (редкие, быстро купирующиеся приступы), ребенок может быть практически здоров. Обострение болезни (приступ) сопровождается появлением экспираторной одышки, свистящих хрипов при аускультации легких.**

2. Какие исследования должны были быть проведены ребенку? - **Аллергологическое обследование: кожные пробы с основными группами аллергенов. Цель этих исследований - выявление причинно-значимых аллергенов. Исследование показателей ФВД для определения степени гиперреактивности бронхов (ОФВ1 и другие, проба с бронхолитиком). Эти исследования позволяют определить степень тяжести заболевания (сохранение нарушения проходимости бронхов в периоде ремиссии — латентный бронхоспазм).**

3. Каков, на Ваш взгляд, наиболее вероятный причинно-значимый аллерген у данного больного? - **Домашняя пыль или клещ домашней пыли, поскольку у ребенка отмечаются ночные приступы в домашних условиях.**

4. Показана ли госпитализация больного? - **Да, показана госпитализация из-за продолжительности приступа и неэффективности домашней терапии.**

5. Показано ли применение беротека для оказания помощи больному? - **Рекомендуется применить препарат другого фармакологического действия(м-холинолитики, метилксантины, глюкокортикостероиды), поскольку бета2-адреномиметик (беротек), применявшийся ребенку дома не смог купировать приступ бронхоспазма.**

Задача № 33

Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в

области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 16 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции в виде кожной сыпи при контакте с животными - кошка, собака, лошадь, и реакция в виде аллергического ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились аллергологические пробы (выявлена сенсibilизация к эпидермальным аллергенам кошки(++), собаки(+++), клеща домашней пыли(+++)). С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу продавцом в магазин бытовой химии. Через месяц у больной появился сухой кашель, который постепенно усиливался, пятнистые высыпания на коже. Самостоятельно принимала антигистаминные препараты в течение 7 дней – с некоторым положительным эффектом в виде регресса кожной сыпи. Семейный анамнез: у отца - бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей. При осмотре: состояние больной средней тяжести, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы, слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм рт. ст.). Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, лейкоциты - 7800, эозинофилы - 10%, палочкоядерные нейтрофилы. Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ 0,12 мс, QRS 0,08 мс.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - *Анафилактический шок развивается по I типу аллергической реакции (аллергическая реакция*

немедленного типа) как острая системная реакция сенсibilизированного организма на повторный контакт с аллергеном (реагиновый, IgE-опосредованный тип аллергической реакции).

2. Каковы механизмы развития патологических реакций при анафилактическом шоке? - *Глюкокортикоиды, эпинефрин(адреналин), или мезатон, или норадреналин, изотонический раствор NaCl 0,9%.*

3. Перечислите признаки, характерные для данной степени тяжести анафилактического шока - *Степень тяжести анафилактического шока определяется выраженностью гемодинамических нарушений. Для I степени характерно незначительное нарушение гемодинамики. АД бывает ниже нормы на 30—40 мм рт.ст. Заболевание может начинаться с появления предвестников: высыпаний, першения в горле и др. Больной находится в сознании, возможны беспокойство, возбуждение, депрессия, страх смерти. Могут возникать жалобы на чувство жара, боли за грудиной, шум в ушах. Иногда отмечаются другие проявления анафилаксии: крапивница, ангиоотёк, кашель и др. Анафилактический шок I степени тяжести легко поддаётся противошоковой терапии.*

4. Какова цель назначения глюкокортикостероидов при анафилактическом шоке? - *Глюкокортикоиды при анафилактическом шоке вводят для быстрого купирования анафилаксии, отеков различных локализаций, бронхообструктивного синдрома, и уменьшения выраженности симптомов повторных волн анафилактической реакции.*

Задача № 34.

Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение 17 июня бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введено подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм рт.ст., пульс нитевидный. Сбор анамнеза, в том числе аллергологического невозможен ввиду тяжести состояния больного. При осмотре состояние крайне тяжелое. Больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах. В области шеи слева след от укуса насекомого. Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови pO₂ - 55 мм; pCO₂ - 45 мм.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Анафилактический шок на укусы, III степени тяжести.***
2. Дайте характеристику степени тяжести анафилактического шока- ***Степень тяжести анафилактического шока определяется выраженностью гемодинамических нарушений. Для III степени характерно наличие тяжелой симптоматики, судорожного синдрома. Систолическое АД составляет 60–40 мм рт. ст., диастолическое АД может не определяться. Характерны цианоз губ, мидриаз. Пульс неправильный, нитевидный. Проводимая противошоковая терапия малоэффективна.***
3. Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Каков прогноз? - ***Госпитализация в отделение интенсивной терапии, продолжить противошоковую терапию (эпинефрин, преднизолон, допамин, коллоидные, кристаллоидные растворы, мониторинг). Прогноз неблагоприятный, особенно при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний.***
4. Составьте дифференциально-диагностический ряд- ***Дифференциальную диагностику проводят со всеми острозараживающимися заболеваниями, сопровождающимися артериальной гипотензией, нарушениями дыхания и сознания: острой сердечно-сосудистой недостаточностью, септическим, кардиогенным шоком, инфарктом миокарда, тромбозом легочной артерии, обмороками, эпилепсией, тепловыми и солнечными ударами, гипогликемией, гиповолемией, передозировкой гипотензивных и других препаратов, аспирацией и др..***
5. Каков механизм развития анафилактического шока? Перечислите основные звенья патогенеза - ***Анафилактический шок развивается по I типу аллергических реакций как острая системная реакция сенсибилизированного организма на повторный контакт с аллергеном. Взаимодействие аллергенов с IgE (реже с IgG4), фиксированными на поверхности тучных клеток и базофилов, приводит к выделению из этих клеток медиаторов аллергии: гистамина, серотонина и других.***

Задача № 35

Больная М., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника -

крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом достигался эффект. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей - экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс., с/я - 63%, лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. В анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены. ФВД: ЖЕЛ - 84%, ОФВ1 - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ1 - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов.

Ответы на вопросы:

1. Какой основной синдром можно сформулировать на основании жалоб пациентки? - **Анализируя жалобы пациентки на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный.**
2. Сформулируйте предварительный диагноз - **Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое течение, в фазе обострения. Эмфизема легких. ДН II ст. Хронический полипозный риносинусит (полипотомия в анамнезе). Круглогодичный аллергический ринит.**
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи - **Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, больной целесообразно назначить небулайзерную терапию: ингаляционные глюкокортикоиды (пультмикорт) в**

*сочетании с (бета2-агонистами короткого действия (вентолин).
Необходимо также назначить мукосекретолитики (амброксол через
небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно
также назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).*

4. В чем заключается базисная терапия? - *После купирования обострения
заболевания пациентке необходимо длительное лечение ингаляционными
глюкокортикоидами в сочетании с пролонгированными бета2-агонистами.
Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости
выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии.*

5. Какое обследование необходимо в дальнейшем провести у данной пациентки?
- *После достижения ремиссии заболевания необходимо провести
специфическое обследование с различными группами аллергенов.*

Задача № 36

Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы. Известно, что у сестры больного имеется атопический дерматит. Трехлетний сын больного страдает атопическим дерматитом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены реакция в виде ангиоотека на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель. При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн, п/я - 3%, с/я - 64%, эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ1 - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%. Проведенная ФВД выявляет признаки выраженной

бронхиальной обструкции (ОФВ1 - 53%, что подтверждает наличие тяжелой бронхиальной астмы), а изменения показателей ОФВ1 после ингаляции бронхолитика (>15%) - обратимость бронхиальной обструкции.

Ответы на вопросы;

1. Какой основной синдром можно сформулировать на основании жалоб пациента? - *Анализируя жалобы пациента на приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой и приступы удушья, можно выделить основной клинический синдром – бронхообструктивный.*
2. Сформулируйте предварительный диагноз- *Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое течение, в фазе обострения. Эмфизема легких, ДН II ст. Для постановки диагноза имеются следующие основные диагностические критерии: наличие приступов удушья, сопровождающихся появлением свистящих хрипов, генерализованная обратимая бронхиальная обструкция (по данным ФВД), наличие эозинофилов в мокроте, а также отсутствие других заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику. Есть и дополнительные критерии заболевания: клиничко-аллергологический анамнез, отягощенная наследственность, эозинофилия крови.*
3. Назначьте лечение и обоснуйте его – *Учитывая тяжесть течения и обострение заболевания, пациенту целесообразно назначить небулайзерную терапию: бета2-адреномиметики короткого действия (вентолин), ингаляционные глюкокортикостероиды (пультмикорт). Необходимо также назначить муколитики (амброксол через небулайзер). Учитывая выраженный общий аллергический ответ, возможно назначение антигистаминных препаратов (лоратадин).*
4. Определите план обследования- *После достижения ремиссии заболевания нужно провести аллергологическое обследование для выявления наиболее значимых аллергенов.*
5. В чем заключается базисная терапия? - *После купирования обострения заболевания пациенту необходимо длительное лечение ингаляционными глюкокортикостероидами в сочетании с пролонгированными бета2-агонистами. Лечение следует проводить под контролем измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) по результатам пикфлоуметрии*

Задача №37

Пациент Д., 46 лет, сварщик. Поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до 3-4 раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа. Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли

(эффект достигнут). В течение 20 лет курит по пачке сигарет в день. В последние пять лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение двух месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. Две недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно, без эффекта. В последнюю неделю появились приступы удушья как в дневное, так и в ночное время, которые пациент купирует ингаляциями сальбутамола. В клинику поступил для обследования и лечения. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД - 18 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 86 в минуту, ритм правильный, шумов нет. АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,5 млн, лейкоциты - 4,5 тыс., с/я -63%, эозинофилы - 12%, лимфоциты - 21 %, моноциты - 4%, СОЭ - 12 мм/ч. В общем анализе мокроты: консистенция вязкая, характер слизисто-гнойный, лейкоциты - 20-40 в поле зрения, эритроцитов нет, эозинофилы - 40-60 в поле зрения, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены. При рентгенологическом исследовании легких: повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов. ФВД: ЖЕЛ - 90%, ОФВ, - 58%, МОС 25 - 82%, МОС 50 -64%, МОС 75 - 46%. После ингаляции бронхолитика: ОФВ1 -92%, МОС 25 - 86%, МОС 50 - 78%, МОС 75 - 68%

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - ***Бронхиальная астма, впервые выявленная, тяжелое течение, в фазе обострения. Эмфизема легких. ДН II ст. Хронический полипозный риносинусит (полипотомия в анамнезе). Круглогодичный аллергический ринит.***
2. Какое обследование необходимо провести? - ***После достижения ремиссии заболевания целесообразно проведение аллергологического обследования для выявления причинно-значимых аллергенов.***
3. Назначьте лечение и обоснуйте его- ***Лечение в данном случае должно включать в себя применение ингаляционных бета₂адреномиметиков в сочетании с ингаляционными ГКС. Терапию необходимо проводить под ежедневным контролем пиковой скорости выдоха (ПСВ). Целесообразно также назначение муколитических средств (амброксол или ацетилицистеин). В качестве дополнительной терапии возможно назначение антигистаминных препаратов. Пациенту следует постоянно заниматься дыхательной гимнастикой. Учитывая профессиональную***

деятельность, ему необходимо ограничить контакт с раздражающими веществами.

4. Какие дополнительные исследования можно провести? - **ИФА крови на специфические IgE-антитела с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами.**

5. Определите профилактические мероприятия-**Рациональное трудоустройство.**

Задача №38

Больной М, 34 лет, обратился на приём по поводу округлых высыпаний, возвышающихся над поверхностью кожи, сопровождающихся выраженным зудом. Появление сыпи связывает с употреблением сухого вина и жареного мяса, около 2 недель назад по назначению участкового врача принимал супрастин без эффекта. Появились свежие элементы сыпи на других участках тела.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Острая крапивница.**

2. Определите Вашу тактику лечения - **Гипоаллергенная диета.**

Антигистаминный препарат 1 или 2 поколения.

3. Сформулируйте план обследования больного - **Обследования желудочно-кишечного тракта (ФГДС, УЗИ ГБС, обследование на гельминтозы, хеликобактерпилори, дисбактериоз).**

4. Определите возможные осложнения- **Переход в хроническую форму.**

5. Определите профилактические мероприятия- **Соблюдение гипоаллергенной диеты, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта.**

Задача №39

У больной отмечаются приступы экспираторного удушья, сопровождающиеся дистанционными хрипами, жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадиирующие в область сердца и в левую лопатку. Чаше симптомы возникают при наклоне вперед после еды, в ночное время. При аускультации легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. Прирост ОФВ1 в пробе с бронхолитиком составил 17%. По данным ЭКГ, ЭхоКГ патологии не выявлено. При рентгеноскопическом исследовании пищевод укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, затем заполняет желудок.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - **Бронхиальная астма, впервые выявленная, обострение, на фоне ГЭРБ.**

2. Консультация какого специалиста необходима в данном случае? -

Необходима консультация гастроэнтеролога

3. Назначьте лечение- **Обеспечить прием бета2-агонистов короткого**

действия и ГК через небулайзер, при необходимости ввести метилксантины внутривенно, струйно, системные ГК.

4. Какое обследование необходимо в дальнейшем провести у данного пациента? - *Необходимо провести специфическое обследование с различными группами аллергенов.*

5. В чем заключается базисная терапия? - *Назначение ингаляционных ГК.*

Задача №40

У больной Б., 52 лет, отмечаются последние 2 года приступы экспираторного удушья, сопровождающиеся дистанционными хрипами при выходе на холод, при физической нагрузке, приеме цитрусовых в больших количествах. Симптомы возникают ежедневно. Аллергоanamнез не отягощен. Обращает внимание заложенность носовых ходов, гнусавость голос. При аускультации легких выслушиваются сухие свистящие хрипы. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки патологии не выявлено. Прирост ОФВ1 в пробе с бронхолитиком составил 20%. По данным ЭКГ, ЭхоКГ патологии не выявлено. Кожные пробы со стандартным набором аллергенов отрицательны.

Ответы на вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз - *Бронхиальная астма, впервые выявленная, обострение.*

2. Назначьте план обследования - *Пациентке рекомендуется кожное тестирование с основными группами аллергенов в период ремиссии заболевания.*

3. Назначьте лечение - *Тактика лечения: учитывая период обострения, пациентке необходимо назначить небулайзерную терапию (бета2-адреномиметики, глюкокортикостероиды, муколитики).*

4. В чем заключается базисная терапия? - *Назначить ингаляционные ГК.*

5. Какие дополнительные исследования можно провести? - *Можно провести ИФА крови на специфические IgE антитела с основными группами аллергенов, риноцитогамму.*

Вопросы для собеседования Проверяемые компетенции -ОПК-9

1. Клиническая смерть – *обратимое состояние, начинающееся с момента прекращения кровообращения и\или дыхания до наступления необратимых изменений в коре головного мозга.*

2. Длительность периода клинической смерти при обычной температуре тела - *составляет 3- 5 минут, выступая лимитирующим фактором реанимации. Так, если СЛР была начата в течение 5 минут с момента остановки кровообращения и закончилась восстановлением спонтанного кровообращения и дыхания, то имеются все шансы на восстановление полноценного мышления без неврологического дефицита. В случае, если СЛР*

начата через 10 минут с момента остановки кровообращения, то восстановление сознания будет сопровождаться неврологическими нарушениями той или иной степени выраженности; а если через 15 минут – возможно восстановление только вегетативных функций, в то время как восстановление сознания становится невозможным (в большинстве случаев будет иметь место социальная смерть, т.е. вегетативное состояние). СЛР, начатая через 20 и более минут с момента остановки кровообращения, ассоциируется с тотальной гибелью всех отделов головного мозга, включая стволовые структуры (децеребрация), когда становится невозможным восстановление даже вегетативных функций.

3. Биологическая смерть – необратимое состояние клеток жизненно важных органов, когда оживление организма как целостной системы невозможно.

4. Ранние признаки биологической смерти - отсутствие сознания, отсутствие дыхания, пульса, артериального давления, отсутствие рефлекторных ответов на все виды раздражителей, максимальное расширение зрачков, бледность и/или цианоз, и/или мраморность кожных покровов, снижение температуры тела, высыхание и помутнение роговицы и симптом Белоголазова – «кошачьего глаза» (чтобы обнаружить данный симптом, нужно сдавить глазное яблоко с боков). Симптом считается положительным, если зрачок деформируется и вытягивается в длину.

5. Поздние признаки биологической смерти - трупные пятна (начинают формироваться через 2-4 часа после остановки сердца), трупное окоченение (проявляется через 2-4 часа после остановки кровообращения, достигает максимума к концу первых суток и самопроизвольно проходит на 3-4 сутки), трупный запах (появляется в зависимости от температуры окружающей среды, влажности воздуха, приблизительно через 2 дня после наступления смерти)

6. Кардиальные причины остановки сердца: 1. Ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, нарушение ритма, эмболия коронарных сосудов, разрыв сердца, сдавление органа) 2. Всевозможные разновидности тахи-, брадиаритмий 3. Патология сердечных клапанов 4. Поражение сердечной мышцы инфекционного характера 5. Тампонада сердца 6. Тромбоэмболия легочной артерии 7. Разрыв аневризмы аорты

7. Экстракардиальные причины остановки сердца: 1. Обструкция верхних дыхательных путей 2. Острая дыхательная недостаточность 3. Шоки 4. Дисбаланс электролитов 5. Ацидоз 6. Острые отравления или передозировка лекарственных препаратов 7. Электротравма 8. Повешение или механическая асфиксия 9. Утопление 10. Судорожный синдром 11. Гипотермия 12. ОНМК 13. Гиповолемия 14. Напряженный пневмоторакс 15. Травма – тяжелая сочетанная травма, черепно-мозговая травма, ожоговая травма.

8. Основные причины остановки сердечной деятельности: 1. Фибрилляция желудочков — около 90% всех случаев остановки сердца. 2. Асистолия желудочков — около 5% всех случаев остановки сердца. 3. Желудочковая пароксизмальная тахикардия с отсутствием пульса на крупных сосудах. 4.

Электромеханическая диссоциация — электрическая активность в виде ритмичных комплексов QRS без соответствующих сокращений желудочков.

9. *Фибрилляция желудочков (ФЖ) характеризуется хаотичным сокращением волокон миокарда с частотой 250-600 в 1 мин, отсутствие координированного сокращения желудочков. Сердце перестает выполнять свои насосные функции. Постепенно, с истощением энергетических запасов, фибрилляция становится слабовыраженной (низкоамплитудной) и переходит в полное прекращение сердечной деятельности (вторичная асистолия).*

10. *Реанимационные мероприятия – комплекс лечебных методик, направленных на восстановление жизненно важных функций организма при остановке кровообращения и дыхания.*

11. *Продолжительность проведения СЛР -СЛР необходимо проводить так долго, как сохраняется на ЭКГ фибрилляция желудочков, поскольку при этом сохраняется минимальный метаболизм в миокарде, что обеспечивает потенциальную возможность восстановления самостоятельного кровообращения. В случае остановки кровообращения по механизму электромеханической диссоциации/асистолии при отсутствии потенциально обратимой причины СЛР проводят в течение 30 минут.*

12. *Стандартный алгоритм СЛР включает три этапа: 1) I этап- Немедленная оксигенация и элементарное поддержание жизни A – восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей (от англ. airway control); B – адекватная легочная вентиляция и оксигенация (от англ. breathing support); C – поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца (от англ. circulation support). В настоящее время при проведении реанимационных мероприятий придерживаются C-A-B; 2)II этап- Восстановление эффективной сердечной деятельности. D (drugs and fluids intravenous lifeline administration) – введение лекарств и жидкостей. E (electrocardiography diagnosis) – оценка электрокардиограммы. F (fibrillation treatment) – дефибрилляция;*

3)III этап - Стабилизация состояния в постреанимационном периоде G (gauging) – оценка состояния в постреанимационном периоде. H (human mentation) – защита мозга или Hypothermy – гипотермия. I (intensive care) – комплексная интенсивная терапия в отделении интенсивной терапии.

13. *Наружный массаж сердца – компрессионные сжатия грудной клетки разогнутыми руками в области нижней части грудины, выполняются с частотой 100-120 в минуту с глубиной надавливания на грудину не менее 5 см, но не более 6 см (у взрослых) и полным расправлением грудной клетки между сжатиями (рисунок 14). Максимальный перерыв в компрессиях грудной клетки для двух вдохов не должен превышать 10 секунд, соотношение «компрессия грудной клетки – вдохи» 30:2 независимо от количества реанимирующих.*

14. *Шок – угрожающая жизни, генерализованная форма острой недостаточности кровообращения, сопровождающаяся неадекватной утилизацией кислорода клетками. (Согласительная конференция ESICM по*

шоку. *Sessoni M. et al., 2014*). Шок характеризуется значительным снижением тканевой перфузии с последующим развитием тканевой гипоксии. Прогрессирующая гипоперфузия способствует повреждению клеточных мембран, внутриклеточному и интерстициальному отеку, нарушению кислотно-основного равновесия и гибели клеток, приводя к развитию полиорганной недостаточности.

15. Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Включает в себя такие понятия как ИМ, ИМ с подъемом ST на ЭКГ (ИМnST), ИМ без подъема ST на ЭКГ (ИМbnST), ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, по другим биомаркерам, по поздним ЭКГ-признакам, и НС. Термин «ОКС» используется, когда диагностическая информация еще недостаточна для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде.

16. Внезапной сердечной смертью (ВС) принято считать случаи смерти лиц, наступившей мгновенно или в пределах 1 часа с момента появления первых симптомов заболевания при отсутствии признаков, позволяющих установить альтернативный диагноз. Пациент может страдать сердечно-сосудистым заболеванием, но время и характер смерти являются неожиданными.

17. Диагностические критерии ангинозного статуса (АС): 1) приступ интенсивной давящей, сжимающей боли за грудиной (реже в грудной клетке), 2) характерная иррадиация в левую руку, левое плечо, под левую лопатку, нижнюю челюсть, 3) продолжительность более 15 мин, 4) не прекращается после неоднократного приема нитроглицерина, 5) эмоциональная окрашенность приступа («страх смерти»), 6) вегетативные реакции (тошнота, рвота), 7) возможны осложнения (кардиогенный шок, отек легких, тахи- или брадиаритмии, внезапная сердечная смерть).

18. Неотложная помощь при ОКС: 1) Устранение болевого синдрома, воздействия симпатической стимуляции и воздействия стрессовой ситуации - Наркотические анальгетики: - морфин 1 мл 1% р-ра с 20 мл физ. р-ра – вводить в/в дробно по 4-6 мл (2-3 мг морфина) каждые 5-10 мин до купирования боли или появления осложнений, но не более 20 мг суммарно. - фентанил 0,05-0,1 мг в/в (иногда в сочетании с дроперидолом 2,5-10 мг в/в) – только после применения морфина при некупирующемся АС; 2) Устранение артериальной гипоксемии (при насыщении крови кислородом < 95 % по результатам пульсоксиметрии), уменьшение признаков ишемии миокарда и застоя в легких - Кислородотерапия со скоростью потока 2-4 л/мин; 3) Предотвращение повторных эпизодов боли, ишемии миокарда, ограничение зоны некроза - Нитраты: - нитроглицерин по 0,5 мг под язык каждые 5 мин или - нитроспрей по 0,4 мг каждые 5 мин (до 3 приемов), - нитроглицерин в виде в/в инфузии 1 мл 1% р-ра нитроглицерина в 100 мл физ. р-ра (в 1 мл р-ра содержится 100 мкг нитроглицерина, в 1 капле – 5 мкг); начальная скорость инфузии 2-4 кап/мин (10 мкг); каждые 5 мин доза увеличивается на 5-10 мкг

до эффективной, β -блокаторы: (при АД сист. не ниже 100 мм рт. ст.; отсутствие тахикардии и головной боли); 4) Ограничение роста тромба в инфаркт-связанной коронарной артерии и профилактика тромбоэмболических осложнений - Антитромбоцитарные препараты: - ацетилсалициловая кислота (АСК) в начальной дозе 250 мг разжевать и последующий ежедневный прием 75-100 мг; - клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг внутрь (600 мг при планирующемся ЧКВ) с последующим ежедневным приемом 75 мг; у пациентов старше 75 лет нагрузочная доза 75 мг; - тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг с последующим ежедневным приемом по 90 мг 2 раза в день. Антитромбины (гепарины): - НФГ (гепарин) 4000 ЕД в/в болюсом, затем инфузия со скоростью не более 1000 МЕ/ч (12 МЕ/кг/ч) в течение 48 часов; - НМГ (эноксапарин) 30 мг в/в болюсом, через 15 мин – 0,5 мг/кг п/к живота, а далее - 2 раза в сутки в этой же дозе; при ЧКВ – в/в болюсом 0,5 мг/кг; - фондапаринукс 2,5 мг в/в АСК назначается всем больным при отсутствии явных противопоказаний. Двойная антитромбоцитарная терапия назначается на 12 месяцев при любом варианте ОКС; 5) реперфузионная терапия с целью восстановления кровотока в инфарктассоцииро-ванной артерии при ОКСnST (ИМnST): - тромболитическая терапия (ТЛТ); Тромболитики: - альтеплаза 100 мг (в/в болюсом 15 мг, далее 50 мг в/в инфузия в течение 30 мин и 35 мг в течение 60 мин); - тенектоплаза 30-50 мг (0,5 мг/кг) в/в болюсом однократно; - пууролаза в/в болюсом 2 млн. МЕ и последующая инфузия 4 млн. МЕ в течение 60 мин; - стрептокиназа 1,5 млн ЕД растворить в 100 мл физ. р-ра и вводить в/в инфузионно в течение 60 мин (не более 1 раза в жизни) - реваскуляризация миокарда. Доставка больного в кардиоцентр, в котором возможно выполнение экстренной КАГ с последующей первичной транслюминальной баллонной ангиопластикой (ТБА) КА и ее стентирования.

19. Стенокардия (СТ) – клинический синдром, проявляющийся приступами кратковременных (от 1 до 15 мин) болезненных ощущений сжимающего, давящего, жгучего характера, наиболее часто локализующихся за грудиной и обусловленных преходящей ишемией миокарда вследствие несоответствия возможностей коронарного кровотока метаболическим потребностям миокарда. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом; проходит в покое или после приема нитроглицерина в течение нескольких минут. диагностические признаки СТ

20. Клинические признаки стенокардии: - загрудинная локализация стереотипных для каждого больного приступообразных болезненных ощущений сжимающего, давящего, жгучего характера; - наиболее часто возникают во время физических нагрузок, значительно реже – в покое; - продолжительность приступов ограничена во времени (обычно от 3-х до 5-ти мин) и не превышает 15 мин; - боль прекращается в покое или после сублингвального приема нитроглицерина в течение от нескольких секунд до 3-5 мин; - ИБС в анамнезе и/или наличие факторов ее риска (стенокардия

встречается преимущественно при атеросклеротическом сужении коронарных артерий).

21. ИМпST – острая форма ИБС, в основе которой лежит некроз кардиомиоцитов, обусловленный острой полной окклюзией одной из магистральных коронарных артерий (КА) интракоронарным тромбом, что проявляется: а) развитием клиники АС, б) ЭКГ-признаками (стойким, сохраняющимся не менее 20 мин., подъемом сегмента ST в 2-х и более смежных отведениях с реципрокными изменениями или впервые возникшей блокадой ЛНПГ на ЭКГ, появлением патологического зубца Q), с) диагностически значимым повышением уровня биомаркеров некроза миокарда (МВКФК, сердечные тропонины I и T, миоглобин)

22. ИМбпST – острая форма ИБС, в основе которой лежит некроз кардиомиоцитов в результате формирования пристеночного (неокклюзирующего) тромба КА с последующей эмболизацией ее фрагментами и материалом из поврежденной атеросклеротической бляшки дистальных сегментов или продолжительный спазм КА, что проявляется: а) развитием клиники АС, б) ЭКГ-признаками (стойкая или преходящая депрессия ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубцов T, реже – нормальная ЭКГ), с) диагностически значимым повышением уровня биомаркеров некроза миокарда (МВКФК, сердечные тропонины I и T, миоглобин).

23. Гипертонический криз (ГК) – остро возникшее, выраженное повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов, требующее немедленного контролируемого снижения АД для предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней. ГК делят на осложненные и неосложненные.

24. Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе (при гипертонической энцефалопатии; ОКС; субарахноидальное кровоизлияние; ишемическом инсульте; расслоении аорты; ОПН; эклампсии; феохромоцитомы; тахикардии) - быстрое снижение АД (парентерально применяют средства с ожидаемым эффектом в течение 1-20 мин): - магния сульфат 5-20 мл 25% р-ра в/в болюс; нитропруссид натрия 0,5-10 мкг/кг/мин в/в инфузия; - нитроглицерин 5-20 мкг/мин в/в инфузия; эсмолол 250-500 мкг/кг/мин в/в болюс или метопролол 2-5 мг в/в болюс или лабетолол 20 мг в/в болюс; морфин 5-10 мг в/в болюс.

25. Неосложненный гипертонический криз - снижение АД в течение нескольких часов - перорально / сублингвально могут применяться: - каптоприл 12,5-50 мг или - клонидин 0,075-0,15 мг или - нифедипин 10-20 мг или - моксонидин 200-400 мкг или - пропранолол 40-80 мг.

26. Инфекционно-токсический шок (ИТШ) – это сложный патологический процесс, обусловленный бактериальной интоксикацией, с перераспределением крови в сосудистом русле в результате паретической дилатации мелких сосудов, вследствие чего снижается объем циркулирующей крови, развиваются нарушения микроциркуляции и гипоперфузия органов и тканей (ГМ, сердце, почки, печень, легкие и т.д.).

ИТШ развивается в результате воздействия эндотоксинов и бактериальных продуктов на клеточные мембраны, компоненты системы гемостаза и комплемента, что приводит к повышению свертываемости, повреждению клеток и нарушению кровотока, особенно в сосудах микроциркуляторного русла, к тяжелым метаболическим расстройствам и полиорганной недостаточности.

27. Диагностические признаки ИТШ: • связь с инфекцией (пневмония, менингит, сепсис, пиелонефрит и др.); • энцефалопатия (рвота, возбуждение, спутанное сознание); • гипер- или гипотермия; • цианоз, гипергидроз кожных покровов; • малый частый пульс, гипотония; • олиго- или анурия.

28. Неотложная помощь и лечение ИТШ – 1) Организационные мероприятия -госпитализация в отделение реанимации или ПИТ; 2). Поддержание адекватной гемодинамики и жизненно важных функций организма (вазопрессоры: - эпинефрин (адреналин) 0,5-1 мл 0,1% р-ра в/в болюсом с 20 мл физ. р-ра или - норэпинефрин (норадреналин) 2 мл 0,2% р-ра в/в болюс с 20 мл физ. р-ра. парентеральные ГК: - преднизолон 90-120 мг в/в болюсом или дексаметазон 8-16 мг в/в болюсом; кислородотерапия и ИВЛ – по показаниям); 3) Поддержание адекватной гемодинамики и жизненно важных функций организма (инотропные средства - допамин 200 мг (5 мл 4% р-ра допамина растворяют в 400 мл 5% р-ра глюкозы) в/в инфузия с начальной скоростью 3-5 мкг/кг/мин и постепенным увеличением ее до эффективной, но не более 15 мкг/кг/мин; - норэпинефрин (норадреналин) 40 мг (2 мл 0,2% р-ра норадреналина растворяют в 400 мл 5% р-ра глюкозы) в/в инфузия с начальной скоростью 2 мкг /мин (4 капли) и постепенным увеличением ее до эффективной, но не более 16 мкг/кг/мин, парентеральные ГК: - преднизолон 10-15 мг/кг/сут в/в болюсом (или другой препарат в эквивалентной дозе). Одномоментно возможно введение до 120 мг преднизолона, при положительной динамике дальнейшее введение повторяют через 4-6 ч, при ИТШ 3-4 степени – частые введения через 15-20 мин., кислородотерапия: ингаляция увлажненного O₂ со скоростью 5 л/мин; 4) Коррекция гемореологических нарушений (коллоидные и кристаллоидные р-ры - реополиглюкин 400 мл, альбумин 100 мл 10% р-ра, глюкоза 400 мл 5% р-ра или физ. р-р 400-800 мл в/в инфузия, антитромбины: - НФГ из расчета 80 ЕД /кг/сут, первая доза 5000 ЕД вводится в/в болюсом, затем п/к 3-4 раза/сут или НМГ: дальтепарин натрий 100 ЕД/кг 2 р/ сут п/к или эноксапарин натрий 100 ЕД/кг 2 р/ сут п/к или надропарин кальций 86 ЕД/кг 2 р/сут п/к), 5) Адекватная антибактериальная терапия - антибактериальная терапия: - целесообразно применение бактериостатических препаратов, осторожно могут применяться бактерицидные антибиотики с низким эндотоксинообразованием (карбопенемы - имипенем, меропенем, эртапенем, фторхинолоны - левофлоксацин, моксифлоксацин, аминогликозиды – амикацин).

29. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – это острое закрытие просвета основного ствола легочной артерии или ее ветвей эмболом/тромбоэмболом из вен большого круга кровообращения и/или правых отделов сердца, приводящее к резкому нарушению кровотока в легких. ТЭЛА – наиболее частое осложнение тромбоза глубоких вен голени (ТГВ) и одна из сложнейших проблем клинической медицины, как в диагностическом, так и в лечебном аспекте.

30. Неотложная помощь и лечение тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)

-1) Купирование одышки (удушья) и болевого синдрома - Кислородотерапия со скоростью 6-8 л/мин, наркотические анальгетики: - морфин 1 мл 1% р-ра в/в или - фентанил 2 мл 0,005% р-ра + дроперидол 1 мл 0,25% р-ра в/в.

Бронходилататоры: - эуфиллин 5-10 мл 2,4% р-ра в/в болюсом; 2)

Обеспечение адекватной гемодинамики - Вазопрессоры: - допамин 200 мг (5 мл 4% р-ра допамина растворяют в 400 мл 5% р-ра глюкозы) в/в инфузия с начальной скоростью 3-5 мкг/кг/мин и постепенным увеличением ее до эффективной или - норэпинефрин 40 мг (2 мл 0,2% р-ра норадреналина растворяют в 400 мл 5% р-ра глюкозы) в/в инфузия с начальной скоростью 2 мкг/мин и постепенным увеличением ее до эффективной. Парентеральные

ГК: - преднизолон 90-120 мг в/в или другой препарат в эквивалентной

Повышение АД и его стабилизация не ниже 100 мм рт. ст. 65 дозе 3-4

р/сут; 3) Антитромботическая терапия - Гепариноterapia: - НФГ 80 ЕД/кг в/в болюс (не менее 5000 ЕД), далее постоянная в/в инфузия со скоростью 18 ЕД/кг/час или п/к по 5000 ЕД каждые 4-6 часов. Суточная доза до 30-40000 ЕД, длительность не менее 5-7 суток под контролем АЧТВ и числа тромбоцитов или НМГ: - эноксапарин 1 мг/кг 2 р/сут (или 1,5 мг/кг 1 раз/сут) п/к; - далтепарин 100 МЕ/кг 2 р/сут (или 200 МЕ/кг 1 раз в сут) п/к, - надропарин 86 МЕ/кг 2 р/сут п/к, - фондапаринукс 5-10 мг 1 раз/сут.

Антагонисты витамина К: - варфарин в дозе 2,5-5,0 мг/сут внутрь под контролем МНО. Новые пероральные антикоагулянты (НАК): -

ривароксабан 15 мг 2 раз/сут. 3 недели, затем 20 мг 1 раз/сут (15 мг/сут при возрасте > 75 лет); - дабигатран 150 мг 2 раз/сут или 110 мг 2 раза/сут при возрасте > 80 лет; - апиксабан 10 мг 2 р/сут 7 дней, затем 5 мг 2 р/сут.; 4)

Тромболитическая терапия - Тромболитики: - альтеплаза (тканевой активатор плазминогена) 100 мг в течение 2 часов или 0,6 мг/кг в течение 15 мин., - стрептокиназа 250 000 МЕ в течение 30 минут, затем по 100000 МЕ/час в течение 12-24 часов или 1,5 млн МЕ в течение 2 часов, - урокиназа 4400 МЕ/кг в течение 10 минут, затем по 4400 МЕ/кг в час в течение 12-24 часов или 3 млн МЕ в течение 2 часов.

31. Отравление – это совокупность клинических синдромов, вызванных общим воздействием на организм токсических веществ эндогенного или экзогенного происхождения.

32. Острое отравление - развивается в результате однократного, реже повторного воздействия токсического вещества и характеризуется быстрым развитием клинической картины.

33. Хронические отравления - возникают в результате длительного воздействия веществ, способных накапливаться в организме.

34. Основные диагностические признаки отравления психоактивными веществами: 1) данные анамнеза (факт отравления) и осмотра места происшествия (упаковки от химикатов, остатки жидкости, посуда для приготовления, шприцы, жгут); 2) изменение размера зрачка (миоз или мидриаз); 3) измененное состояние сознания (угнетение, возбуждение, галлюцинации, кома); 4) состояние кожи и слизистых (следы инъекций, сухость или потливость); 5) судороги; 6) изменения со стороны внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, почек и др.).

35. Неотложная помощь при отравлениях - Предупреждение дальнейшего всасывания яда - 1) Промывание желудка наиболее эффективно в 1-ый час отравления (холодной водой (18-20°C) порциями по 250-500 мл (общее количество 12-15 л) в положении больного лежа на левом боку с опущенной головой), перед промыванием - очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, вынуть зубные протезы; 2) Для адсорбции ядов: - активированный уголь 2-4 столовые ложки развести на 250- 400 мл воды, ввести через зонд до и после промывания желудка. Вызывание рвоты противопоказано у больных, находящихся в сопорозном или коматозном состоянии. После промывания в качестве слабительного средства дать внутрь 100-150 мл 30% р-ра сульфата магния (при отравлениях водорастворимыми ядами) или 100 мл вазелинового масла (при отравлениях жирорастворимыми ядами). 3) Выведение адсорбированного яда из организма. Форсированный диурез: - водная нагрузка - 5% р-р глюкозы, физ. р-р - в/в инфузия до 3-5 л, возможно обильное щелочное питье (до 3-5 л в сутки); - в/в введение фуросемида 4-6 мл 1% р-ра или маннитола 50-100 мл 10% р-ра. Доза фуросемида до 500- 600 мг/сут. Ощелачивание плазмы и мочи: - натрия гидрокарбонат 4% р-р в/в инфузия дробно до 500-1500 мл/сут. 4) Специфическое антидотное лечение - Химические противоядия (антидоты): - тиоловые соединения, образующие при взаимодействии с ядами нетоксичные соединения (унитиол, мекаптид в/в болюсом); - налоксон (полный антагонист опиатных рецепторов), вводится в/в болюсом на физ. р-ре в начальной дозе 0,4-0,8 мг, максимальная доза - 10 мг. Антидоты рекомендуется использовать как можно раньше, поскольку они непосредственно влияют на действие и метаболизм попавшего в организм токсического вещества, его депонирование или выведение и тем самым ослабляют действие яда; флумазенил (антагонист бензодиазепиновых рецепторов) в/в болюсом 0,3-0,5 мг на физ. р-ре максимальная разовая доза - 2 мг; галантамина гидробромид 4-8 мл 0,5 % р-ра в/м или аминостигмин 1- 2 мл 0,1 % р-ра в/м; 5) Симптоматическая терапия при нарушениях дыхания, функции сердечно-сосудистой системы.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию

		практическом навыке	сформированной на высоком уровне.
--	--	------------------------	--------------------------------------

Критерии оценивания форм контроля

Собеседования:

Отметка	Описание
отлично	Отметкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.
хорошо	Отметкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.
удовлетворительно	Отметкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой предметной области, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.
неудовлетворительно	Отметкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием

	логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.
--	--

Шкала оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

Ситуационных задач:

Отметка	Описание
отлично	Демонстрация полного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию, делать выводы Демонстрация уверенных навыков решения ситуации Демонстрация профессионального мышления
хорошо	Демонстрация значительного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию Демонстрация навыков решения ситуаций Демонстрация профессионального мышления
удовлетворительно	Демонстрация частичного понимания проблемы. Демонстрация недостаточной способности анализировать ситуацию Демонстрация недостаточных навыков решения ситуаций
неудовлетворительно	Демонстрация непонимания проблемы. Не было попытки решить задачу.

Навыков:

Отметка	Описание
отлично	обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений

хорошо	обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
удовлетворительно	обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем
неудовлетворительно	обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки

Рефератов:

Отметка	Описание
отлично	Демонстрация полного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию, делать выводы Демонстрация уверенных навыков решения ситуации Демонстрация профессионального мышления
хорошо	Демонстрация значительного понимания проблемы. Способность анализировать ситуацию Демонстрация навыков решения ситуаций Демонстрация профессионального мышления
удовлетворительно	Демонстрация частичного понимания проблемы. Демонстрация недостаточной способности анализировать ситуацию Демонстрация недостаточных навыков решения ситуаций
неудовлетворительно	Демонстрация непонимания проблемы. Не было попытки решить задачу.