

№ ОРД-КЛ.ФАРМ-23

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Утверждено

**протоколом заседания Центрального
координационного учебно – методического
совета от «14» марта 2023 г. №4**

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в
аллергологии и иммунологии»

для _____ ординаторов _____ 1 года _____

по специальности _____ 31.08.37 Клиническая фармакология _____

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 10 марта 2023 г. протокол № 10**

Заведующая кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф. _____ Л.З. Болиева

г. Владикавказ, 2023

СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочных материалов
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
 - билеты к зачету
 - эталоны тестовых заданий
 - ситуационные задачи

Паспорт фонда оценочных материалов по дисциплине

«Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в аллергологии и иммунологии»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) практики / модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименования оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при первичных иммунодефицитах Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при иммунной недостаточности Диагностика, принципы фармакотерапии и клиническая фармакология ЛС при аллергических заболеваниях кожи Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергическом рините и конъюнктивите Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при наследственном ангионевротическом отеке Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергических заболеваниях органов дыхания Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергических заболеваниях в педиатрии Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при неотложных состояниях в аллергологии и иммунологии	ОПК-5	билеты к зачету эталонные тестовые задания, ситуационные задачи

2	Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению лекарственных средств (ЛС) при первичных иммунодефицитах Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при иммунной недостаточности Диагностика, принципы фармакотерапии и клиническая фармакология ЛС при аллергических заболеваниях кожи Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергическом рините и конъюнктивите Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при наследственном ангионевротическом отеке Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергических заболеваниях органов дыхания Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергических заболеваниях в педиатрии Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при неотложных состояниях в аллергологии и иммунологии	ПК-1	билеты к зачету эталонные тестовые задания, ситуационные задачи
---	--	------	---

№ ОРД-КЛ.ФАРМ-23

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в
аллергологии и иммунологии»

для ординаторов 1 года

по специальности 31.08.37 Клиническая фармакология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 14 марта 2023 г. протокол №10**

Заведующая кафедрой фармакологии
с клинической фармакологией
д.м.н., проф.  Л.З. Болиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

**Дисциплина Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в
аллергологии и иммунологии**

Билет к зачету № 1

1. Блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах аллергических заболеваний.
2. Ступенчатая терапия бронхиальной астмы. Бета 2 – адреномиметики длительного действия в лечении бронхиальной астмы. Показания и противопоказания к назначению, препараты выбора, принципы назначения, побочные эффекты.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«__» _____ 20__ г. пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Фармакология, клиническая фармакология

**Дисциплина Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в
аллергологии и иммунологии**

Билет к зачету № 2

1. Мембраностабилизирующие средства: механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах аллергических заболеваний.
2. Иммуномодуляторы: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности,

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«__» _____ 20__ г. пр. №__

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Клиническая фармакология

Дисциплина Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в аллергологии и иммунологии

Билет к зачету № 3

1. Антилейкотриеновые препараты: классификация, основные фармакодинамические эффекты, побочные эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах аллергических заболеваний.
2. Препараты иммуноглобулинов: классификация, механизм действия, основные фармакодинамические эффекты, фармакокинетические особенности, побочные эффекты, противопоказания к назначению

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра фармакологии с клинической фармакологией

Специальность Фармакология, клиническая фармакология

Дисциплина Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых в аллергологии и иммунологии

Билет к зачету № 4

1. Системные и топические глюкокортикостероиды: механизм действия, классификация, основные фармакодинамические эффекты, противопоказания к назначению. Применение при различных формах аллергических заболеваний.
2. Клинико-фармакологические подходы к выбору и применению ЛС при аллергическом рините.

Зав. кафедрой, профессор

Л.З. Болиева

Дата утверждения на ЦКУМС

«___» _____ 20__ г. пр. №___

Тестовые задания к итоговому занятию по дисциплине (модулю) «Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых в аллергологии и иммунологии»

1 Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при астме:

- 1) ингаляционные кортикостероиды
- 2) блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов
- 3) бета-2 агонисты короткого действия
- 4) антагонисты кальция

2. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при аллергическом рините:

- 1) легкое течение
- 2) среднетяжелое течение
- 3) тяжелое течение
- 4) отсутствие сезонности

3. Особенности топических глюкокортикоидов при аллергическом рините:

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 2) максимальный эффект развивается через 2-3 недели
- 3) после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить
- 4) после достижения положительного эффекта дозу препарата следует постепенно снизить в 2-3 раза
- 5) при тяжелом непрерывном течении препарат можно давать до 2 лет

4. Используя блокаторы H₁ гистаминовых рецепторов при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) начинать лечение только при тяжелом течении ринита
- 2) при отсутствии эффекта следует увеличить дозу и удлинить курс
- 3) в период ремиссии следует периодически принимать эти препараты для профилактики обострений
- 4) при персистирующем рините лучше принимать внутрь, а не местно

5. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при аллергическом рините, следует

помнить:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) длительность применения должна быть больше 2 месяцев
- 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
- 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

6. Используя интраназальные адреномиметики при аллергическом рините, следует помнить:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период ремиссии

7. При астматическом статусе обязательно назначается:

- 1) внутривенное введение эуфиллина
- 2) оксигенотерапия
- 3) блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов
- 4) седативные препараты

5) гормоны парентерально

8. Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют, прежде всего:

- 1) блокаторы H₁- гистаминовых рецепторов
- 2) оксигенотерапию
- 3) бета2-адреномиметики
- 4) бета-адреноблокаторы
- 5) кромогликат Na

9. Показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

- 1) легкое интермиттирующее течение
- 2) выраженная сезонность
- 3) среднетяжелое течение
- 4) астматический статус

10. Используя ингаляционные глюкокортикоиды при бронхиальной астме, следует помнить:

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- 2) частым осложнением является кандидоз слизистой
- 3) частым осложнением является нарушение прорезывания зубов
- 4) нельзя сочетать с адреномиметиками
- 5) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

11. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при бронхиальной астме, следует помнить:

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) длительность применения должна быть не меньше 2 месяцев
- 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
- 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

12. Используя ингаляционные бета2-адреномиметики короткого действия при бронхиальной астме, следует помнить:

- 1) нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- 2) следует давать только при наличии бронхиальной обструкции
- 3) не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- 4) при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- 5) показаны для профилактики обострений в период полной ремиссии

13. Наиболее частые осложнения при лечении детей с бронхиальной астмой системными

глюкокортикоидами:

- 1) угнетение коры надпочечников
- 2) миопия
- 3) остеопороз
- 4) нарушение обмена меди
- 5) задержка роста

14. Показания к назначению системных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

- 1) длительность заболевания более 5 лет
- 2) астматический статус
- 3) отсутствие эффекта при применении ингаляционных глюкокортикоидов
- 4) отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

15. Препараты, которые усиливают обструкцию в приступный период бронхиальной астмы:

- 1) ингибиторы АПФ

- 2) спазмолитики
- 3) транквилизаторы
- 4) бета2-адреноблокаторы
- 5) метилксантины

16. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при бронхиальной астме, следует помнить:

- 1) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, следует увеличить дозу
- 2) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, нет смысла продолжать курс
- 3) назначается больше для профилактики
- 4) назначается больше для купирования приступа
- 5) может усилить бронхоспазм при обострении

17. Для аспириновой астмы характерно:

- 1) частое сочетание с полипозными риносинуситами
- 2) частое сочетание с язвенной болезнью
- 3) характерны ночные приступы
- 4) непереносимость антигистаминных препаратов
- 5) приступы могут провоцироваться употреблением в пищу молока

18. У больных, перенесших в прошлом анафилактические реакции, введение антигистаминных препаратов и глюкокортикоидов, а также их комбинации с - адреностимуляторами эффективно снижает частоту и тяжесть реакций на введение:

- 1) йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ
- 2) бета -лактамовых антибиотиков
- 3) гетерогенных сывороток
- 4) вакцин
- 5) миорелаксантов

19. Какие лекарственные средства используются при лечении острой крапивницы в первую очередь:

- 1) антилейкотриеновые препараты
- 2) гидрокортизон и препараты кальция
- 3) антигистаминные препараты
- 4) глюкокортикостероиды

20. Прием глюкокортикоидов вызывает:

- 1) снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет Т-клеток
- 2) снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет В-клеток
- 3) снижение числа нейтрофилов в крови
- 4) подавление миграции нейтрофилов в ткани
- 5) снижение числа эозинофилов и базофилов в крови

21. Иммунодепрессивное влияние оказывают:

- 1) препараты пенициллинового ряда
- 2) тетрациклин
- 3) эритромицин
- 4) рифампицин
- 5) противогрибковые антибиотики

22. Какой препарат относится к группе интерферонов?

- 1) реалдирон
- 2) интрон
- 3) циклоферон
- 4) ликопид

5) ронколейкин

23. Какой препарат является индукторами интерферонов?

1) циклоферон

2) рибомунил

3) ликопид

4) нуклеиновые кислоты и их производные (полудан, ридостин, др.)

5) тималин

24. К иммуномодуляторам микробного происхождения относятся:

1) рибомунил

2) ИРС-19

3) полиоксидоний

4) ликопид

5) бронхомунал

25. Укажите тимические препараты:

1) ликопид

2) имунофан

3) тималин

4) ронколейкин

5) тактивин

26. Укажите препараты иммуноглобулинов для внутривенного применения:

1) пентаглобин

2) цитотект

3) КИП

4) октагам

5) сандоглобин

27. К основным принципам иммуномодулирующей терапии больных с вторичными иммунодефицитами (ВИД) относятся:

1) иммуномодуляторы назначаются при наличии клиники ВИД

2) иммуномодуляторы назначаются только при лабораторном подтверждении ВИД

3) иммуномодуляторы (как правило) не используются в виде монотерапии, а являются составной частью комплексного лечения

4) иммуномодуляторы назначаются после проведения курса антибиотикотерапии

5) иммуномодуляторы целесообразно назначать параллельно с лечением антибиотиками, противовирусными или противогрибковыми препаратами

28. Псевдоаллергические реакции на лекарства могут вызываться:

1) нестероидными противовоспалительными препаратами

2) местными анестетиками

3) рентгеноконтрастными веществами

4) плазмозамещающими декстриновыми растворами

5) антисыворотками

29. Перекрестные аллергические реакции на лекарства возникают вследствие:

1) повышенной чувствительности к химическим веществам, имеющим схожую структуру

2) подкожного введения препарата

3) одновременного введения более 2-х препаратов

4) введения больших доз

30. Для купирования проявлений лекарственной аллергии (крапивницы, дерматита и др.)

необходимо:

1) ввести хлористый кальций внутривенно

2) назначить перорально димедрол

3) провести десенсибилизацию

4) ввести антигистаминный препарат и преднизолон

5) вызвать аллерголога

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1.

Больной, возраст - 10 лет, страдающий аллергической БА (бытовая сенсibilизация) с достигнутым контролем симптомов астмы на фоне низких доз ГКС (пульмикорт 100 мкг/день). Посещает общеобразовательную школу, где планируется сезонная вакцинация от гриппа (гриппол).

Вопросы:

1. Показана ли вакцинация этому больному?
2. Какие данные анамнеза имеют значение для введения данной вакцины?
3. Условия вакцинации детей с аллергопатологией?

Ситуационная задача 2.

Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин 1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица – губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от здоровых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Рс-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

Ситуационная задача 3

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта.

Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбо-асс 75 мг в день.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не

величены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитониальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания
4. Назовите принципы лечения.

Ситуационная задача 4.

Больная Н., 28 лет, работает операционной медсестрой. Обратилась с жалобами на появление в течение последних месяцев во время работы насморка, слезотечения, затрудненного дыхания, приступообразного кашля. Данные симптомы прогрессируют и значительно затрудняют выполнение профессиональных обязанностей. Временно переведена на работу в канцелярию, где стала чувствовать себя лучше. В анамнезе – с детства непереносимость бананов, киви, персиков в виде орального аллергического синдрома (жжение во рту, высыпания вокруг рта, однократно- отек гортани). Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4 . Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания
4. Назовите принципы лечения.

Ситуационная задача 5

Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность

носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от сальбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день. У дочери 3 года – атопический дерматит . У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь). Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа

чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области

сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие

вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со

свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии

составляет 2 см. На фоне жесткого с удлинённым выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.