



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Детская аллергология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): Кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Дмитриев	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой
Т.А. Терехина	К.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
В.В. Смирнова	К.м.н.	ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой»	Заведующая отделением пульмонологии ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой»

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

Примеры заданий в тестовой форме

1. Виды аллергических конъюнктивитов

- А) сезонный
- Б) круглогодичный
- В) временный
- Г) постоянный

2. Ребенку 5 мес с атипическим дерматитом, находящемуся на искусственном вскармливании, следует назначить:

- а) высокогидролизованную смесь
- б) частично-гидролизованную смесь
- в) негидролизованную смесь на основе козьего молока
- г) соевую смесь

3. Триггерами приступа бронхиальной астмы являются все, кроме:

- а. недоношенности в анамнезе
- б. ОРЗ
- в. контрольная работа по математике
- г. физическая нагрузка

Эталоны ответов

- 1. А,Б
- 2. а
- 3. а

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

- 1. Общие положения об аллергических заболеваниях у детей.
- 2. Эпидемиология, этиопатогенез аллергических болезней у детей.
- 3. Аллергодиагностика.
- 4. Общие принципы фармакотерапии аллергических болезней у детей.
- 5. Диетотерапия аллергических болезней у детей.
- 6. Принципы профилактики аллергических заболеваний у детей.
- 7. Пищевая аллергия у детей.
- 8. Атопический дерматит.
- 9. Гастроинтестинальная пищевая аллергия.
- 10. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения пищевой аллергии у детей.
- 11. Диспансеризация детей при атопическом дерматите. Профилактика.
- 12. Аллергические риниты, конъюнктивиты.

13. Этиология, клиника, классификация, диагностика, ступенчатая терапия, дифференциальная диагностика аллергических ринитов, конъюнктивитов. Профилактика.
14. Бронхиальная астма у детей. Этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
15. Экзогенный аллергический альвеолит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
16. Особенности диспансеризации, вакцинации, наблюдения детей с бронхиальной астмой, экзогенным аллергическим альвеолитом на амбулаторно-поликлиническом этапе.
17. Острые аллергические заболевания у детей: крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок.
18. Современные представления об этиопатогенезе острых аллергических состояний у детей (крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок), принципы диагностики, неотложная помощь.
19. Острые аллергические состояния у детей: токсидермия, многоформная экссудативная эритема, синдром Лайела, синдром Стивена-Джонсона. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
20. АСИТ в педиатрии. Принципы применения АСИТ в лечении аллергических заболеваний у детей, показания, противопоказания, механизм действия, группы препаратов, используемых для проведения АСИТ на современном этапе.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

*Задача ситуационная*

Кристина В., 14 лет, обратилась в КДЦ с жалобами на постоянную заложенность носа, частые насморки со слизистыми выделениями, особенно в весенний период (апрель

– июнь). История жизни: Роды срочные, вес 3 кг, по шкале Апгар 9 баллов. С 6 месяцев до 2 лет рецидивирующая стафилококковая инфекция В 10 лет и в 12 лет находилась на стационарном лечении в ЛОР-отделении с диагнозом гайморит. При госпитализации проводилась пункция гайморовых пазух, отделяемого не получено. Госпитализация в обоих случаях проводилась в июне месяце, после длительного насморка. С 6 лет отмечает высыпания на коже с зудом по внутренней поверхности локтевых сгибов, в области подколенных ямок, на шее, после употребления в пищу клубники, цитрусовых. Высыпания появлялись также после пребывания на солнце.

Семейный анамнез - Мать считает себя здоровой. У отца – поллиноз, хронический бронхит. У бабушки по материнской линии – обструктивный бронхит. Мать – активный курильщик. История настоящего заболевания: Считает себя больной с апреля – мая 2004 года. После ОРВИ в мае месяце, протекавшего в виде обильного насморка с риноконъюнктивитом и зудом в глазах, на 3-ей неделе заболевания присоединился кашель, который лечили препаратом эrespал (10 дней). Получала капли в нос – називин (10 дней), левомецетиновые капли в глаза с гидрокортизоновой мазью. Явления риноконъюнктивита купировались только в августе месяце. Кашель периодически возобновлялся. В январе перенесено ОРВИ с высокой температурой, насморком, болями в зеве, усилился кашель. Госпитализирована в ЦРБ с диагнозом гнойные гайморит, бронхит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План обследования пациента - обязательный и дополнительный?
3. План лечения?
4. Профилактика заболевания?

Эталон ответов:

1. Диагноз: Аллергический риносинусит, средне-тяжелый, персистирующее течение.

Поллиноз. Хронический аденоидит. Атопический дерматит. Хронический гнойный риносинусит.

2. Обследование:

Среди обязательного минимума диагностических мероприятий:

клинический анализ крови

общий анализ мочи

рентгенография носоглотки

аллергологическое обследование

План дополнительных диагностических мероприятий:

Кожные аллергические пробы, аллeрготипирование (RAST-test),

Рентгеноконтрастное исследование околоносовых пазух и эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки (для исключения образования)

Проба с сальбутамолом

3. Лечение:

Топические сосудосуживающие препараты на 5 дней (полидекса, ринофлумуцин)

Назонекс не менее 2 месяцев

Системная антигистаминная терапия - Зиртек (длительно, не менее 2 месяцев, с повторными курсами)

Антибиотикотерапия (системная и топическая)

При наличии полипоза – эндоскопическая полипэктомия

Обязательная аденотомия

4. Профилактика:

Зиртек за 2 недели до начала периода цветения, исключение длительного пребывания на улице во время цветения аллергена

Ежедневная влажная уборка помещений

Исключение пассивного курения

Наблюдение за ребенком – осмотр во время эпизодов ОРИ

#### *Задача ситуационная*

Света М., 14 лет, поступила с жалобами на высыпания по всему телу и зуд кожных покровов в течение недели и появление головокружения, дискомфорта за грудиной. Накануне употребляла в большом количестве копченые продукты, газированные напитки, шоколад. Объективно: на коже лба, шеи, щек, верхних и нижних конечностей, верхней трети спины и груди, животе — множественные уртикарные элементы на гиперемизированном фоне размером от 0,5 до 1 см в диаметре, следы расчесов. На бедрах — гиперемия с цианотичным оттенком. АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное. Положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера.

В анамнезе: 2 года назад подобные явления наблюдались в течение месяца на фоне обострения хронического холецистита. Прием антигистаминных препаратов давал временный эффект. Наследственность: у матери желчно-каменная болезнь, у тети по материнской линии — сахарный диабет. Аллергических заболеваний у ближайших родственников в анамнезе нет. Из перенесенных заболеваний - в 12 лет — диагностирован хронический холецистит, дискинезия ЖВП.

1. Предварительный диагноз
2. Возможные изменения иммунной системы
3. Лабораторные исследования
4. Дифференциальный диагноз а) необходимые б) желательные
5. Лечение
6. Прогноз

Эталон ответов:

1. Острая спонтанная крапивница, средней степени тяжести. Сопутствующий - хронический холецистит период обострения.

2. Неаллергическая гиперчувствительность к пище. Пусковыми факторами в данном случае явились гистаминолибераторы: копченые продукты, газированные напитки, шоколад.

3. Уровень общего IgE в сыворотке крови; общий анализ крови (эозинофилы), УЗИ желчного пузыря, поджелудочной железы, печени, ферменты поджелудочной железы, копрограмма; анализ кала на дисбактериоз.

4 Пищевая аллергия IgE-зависимого типа.

5. Голод в течение 12 часов, затем диета с исключением гистаминолибераторов ; назначение глюкокортикоидных гормонов в суточной дозе 0,5-1 мг/кг массы тела по преднизолону коротким курсом с отменой в течение 3-5 дней, антигистаминные, антисеротониновые препараты. После купирования острого процесса — лечение сопутствующих заболеваний (холецистит).

6. Прогноз зависит от состояния ЖКТ. Не исключен переход в хроническую рецидивирующую крапивницу.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов:

1. Поллинозы у детей.
2. Инсектная аллергия у детей.
3. Лечебные смеси при атопическом дерматите у детей.
4. Синдром гипериммуноглобулинемии Е у детей.
5. Контактные дерматиты у детей.
6. Вакцинация детей с аллергическими заболеваниями
7. Применение физиотерапевтических методов лечения при аалергических болезнях у детей.
8. Наследственный ангионевротический отек.
9. Психологические аспекты хронического атопического дерматита.
10. Качество жизни у детей с бронхиальной астмой.
11. Хроническая крапивница у детей.
12. Гиперэозинофильные синдромы.
13. Лекарственная аллергия.
14. Эозинофильный эзофагит, клиника, диагностика, лечение.
15. Холодовая крапивница, клиника, диагностика, лечение.

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический

список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

### **Форма промежуточной аттестации в 8 семестре - зачет**

#### **Порядок проведения промежуточной аттестации**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 4 вопросов (II),. Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

### **Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины «Детская аллергология»**

#### **ОПК - 9**

способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

1. Общие положения об аллергических заболеваниях у детей. Эпидемиология, этиопатогенез аллергических болезней у детей.
2. Общие положения об аллергодиагностике. Принципы и возможности различных методов.
3. Бронхиальная астма. Этиология, клиника, диагностика.
4. Острые аллергические заболевания у детей: крапивница, этиопатогенез, принципы диагностики, диагностика.
5. Аллергический ринит. Этиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.
6. Острые аллергические заболевания у детей: ангионевротический отек. Современные представления об этиопатогенезе, принципы диагностики.
7. Острые аллергические заболевания у детей: анафилактический шок. Этиопатогенез, принципы диагностики.



8. Диетотерапия аллергических болезней у детей. Принципы профилактики аллергических заболеваний у детей.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

### **Задача №1**

Ребенок 6 лет, родители обратились с жалобами на постоянное нарушение носового дыхания в течение последнего года. Отмечается улучшение состояния в летнее время, в холодное время симптомы персистируют. Из анамнеза известно – на первом году жизни отмечались распространенные проявления атопического дерматита, после года кожа очистилась. С 3 лет посещает ДДУ, болеет респираторными инфекциями практически ежемесячно. В доме живет кот, ребенок спит на перовой подушке, в его комнате ковровое покрытие. Семейный аллергоанамнез: у матери атопический дерматит.

При осмотре – состояние средней тяжести, носовое дыхание затруднено, дышит ртом, поперечная складка в области переносицы, параорбитальный цианоз. Слизистая зева отечна, по задней стенке глотки стекает густая слизь, отмечается лимфоидная гиперплазия задней стенки глотки. При риноскопии – отмечается выраженный отек слизистой, особенно дна полости носа, слизистая мраморная с цианотичным оттенком, выделения густые стекловидные. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 22 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезнен при пальпации.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

### **Задача № 2.**

Девочке 3 года, жалобы на частые респираторные инфекции, повторные отиты, снижение слуха, постоянное нарушение носового дыхания, храп по ночам с апноэ. Болеет с 2,5 лет после того как начала ходить в детский сад. С раннего возраста отмечаются кожные высыпания при употреблении в пищу коровьего молока. У деда – поллиноз, у отца бронхиальная астма.

При осмотре – состояние средней тяжести, девочка повышенного питания, кожа сухая, в области локтевых сгибов и подколенных ямок – эритематозно-сквамозные элементы. Носовое дыхание отсутствует, ребенок дышит ртом.

При аускультации дыхание жесткое, выслушиваются немногочисленные влажные хрипы проводного характера, выдох свободен, чд 22 в минуту. Сердечная деятельность удовлетворительная, чсс 88 в минуту.

Консультация ЛОР-врача – аденоидные вегетации 2-3 ст. Экссудативный средний отит.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.

### **Задача № 3.**

Мальчик 12 лет, в течение нескольких лет беспокоит постоянное нарушение носового дыхания (заложенность носа), периодически отмечаются головные боли, кашель,

усиливающийся в положении лежа. В летнее время отмечает улучшение состояния. В квартире плесневый грибок. Семейный анамнез – у бабушки бронхиальная астма.

При осмотре – состояние средней тяжести, бледен, пониженного питания, вокруг глаз темные круги, явления хейлита. По задней стенке глотки – слизисто-гнойный затек, отмечается болезненность при перкуссии в

области гайморовых пазух. При аускультации дыхание ослаблено, хрипов нет, чд 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 68 в минуту. Рентгенография околоносовых пазух – тотальное затемнение обеих гайморовых пазух, выражен отек слизистой носа.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

#### **Задача № 4.**

Девочка 13 лет, беспокоит зуд глаз, слезотечение, пароксизмы чихания, ринорея. Данные симптомы отмечаются в течение 3 лет в мае месяце. Зимой чувствует себя хорошо. В последний год появился зуд неба, отек губ и языка при употреблении в пищу яблок. Семейный анамнез – у тети поллиноз (явления риноконъюнктивита на пыльцу полыни).

При осмотре – состояние средней тяжести, беспокоят вышеуказанные симптомы, при аускультации дыхание ослаблено, хрипов нет, чд 16 в минуту, сердечные тоны ритмичные, ясные, чсс 74 в минуту.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план профилактического ведения

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

#### **Задача №1**

Света М., 14 лет, поступила с жалобами на высыпания по всему телу и зуд кожных покровов в течение недели и появление головокружения, диском-форты за грудиной. Накануне употребляла в большом количестве копченые продукты, газированные напитки, шоколад. Объективно: на коже лба, шеи, щек, верхних и нижних конечностей, верхней трети спины и груди, животе — множественные уртикарные элементы на гиперемизированном фоне размером от 0,5 до 1 см в диаметре, следы расчесов. На бедрах — гиперемия с цианотичным оттенком. АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное. Положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера.

В анамнезе: 2 года назад подобные явления наблюдались в течение месяца на фоне обострения хронического холецистита. Прием антигистаминных препаратов давал временный эффект. Наследственность: у матери желчно-каменная болезнь, у тети по материнской линии — сахарный диабет. Аллергических заболеваний у ближайших родственников в анамнезе нет. Из перенесенных заболеваний - в 12 лет — диагностирован хронический холецистит, дискинезия ЖВП.

#### **Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?

5. Каков прогноз при данном заболевании?

### **Задача №2**

Больной, 8 лет, обратился с жалобами на высыпания по всему телу, зуд кожных покровов. Болен 1-е сутки. Накануне ел клубнику. Объективно: на коже груди, спины, живота, верхних и нижних конечностей определяются уртикарные элементы размером 1,5-2 см с участками гиперемии по всему телу, местами сливного характера. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень — по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Живот мягкий, физиологические отправления в норме. С раннего детского возраста отмечались признаки пищевой аллергии в виде крапивницы на прием даже небольшого количества клубники и цитрусовых. Во время обострения крапивницы самостоятельно принимал антигистаминные препараты, от которых отмечал положительный эффект. У матери — лекарственная аллергия на пенициллин в виде крапивницы. Ваша тактика.

#### **Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

### **Задача №3**

Артем Т., 1 год 10 мес. Поступил в отделение в среднетяжелом состоянии с жалобами на зуд кожи пароксизмального характера со скальпированием в местах расчесов, усиливающийся при раздевании ребенка, засыпании и пробуждении, а также при нарушении психоэмоционального состояния. Сон нарушен. При клиническом осмотре выявлена выраженная гиперемия в области волосистой части головы, лба, заушной области. Кожа щек отечна, здесь же очаги микровезикуляции, мокнутия, корки. На коже туловища и конечностей имеются эритематозно-сквамозные элементы с микровезикулами, мокнутие, в области голеней множество фурункулов и гнойных корок. Дефицит массы тела 24,5%. Из анамнеза заболевания выяснилось, что ребенок болен с месячного возраста после перевода на искусственное вскармливание. Экзематозный процесс локализовался сначала в области лица, затем распространился на конечности и туловище (с 1 г 6 мес). Ухудшение кожного процесса отмечается после употребления в пищу рыбы, гороха. Перенесенные заболевания: энтероколит в период новорожденности, острая дизентерия в 1 г 5 мес, трижды ОРВИ, периодически неустойчивый стул. Генеалогический анамнез: у бабушки по линии матери — хроническая крапивница, у дяди по отцовской линии высыпания на коже после употребления цитрусовых. Общий анализ крови при поступлении: лейкоциты – 0,8\* 10%, нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 14%, гемоглобин – 100 г/л, СОЭ – 20 мм/час. Им-мунный статус: CD3 – 50%, CD4 – 42%, CD8 – 6%, ИРИ – 7, IgM – 1,2 г/л, IgG – 4,5 г/л, IgA – 0,4 г/л, IgE – 424 МЕ/мл, ФИ – 36%, ФЧ – 5, ЦИК – 12 г/л, АСЛО – 600 МЕ/мл. Анализ кала на дисбактериоз выявил снижение содержания бифидофлоры и повышение уровня гемолитической E.coli. УЗИ печени и фракционное дуоденальное зондирование выявили холестаза и воспалительные изменения со стороны желчных ходов.

#### **Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

### **ПК - 1**

способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье детей факторов среды их обитания

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Фармакотерапия аллергических заболеваний.
2. Принципы применения АСИТ в лечении аллергических заболеваний у детей, показания, противопоказания.
3. Бронхиальная астма у детей. Ступенчатая терапия. Профилактика.
4. Обострение бронхиальной астмы и его терапия. Способы доставки препаратов.
5. Острые аллергические заболевания у детей: ангионевротический отек. Современные представления, неотложная помощь.
6. Аллерген-специфическая иммунотерапия. Принцип метода, механизмы эффективности, показания и противопоказания.
7. Острые аллергические состояния у детей: многоформная экссудативная эритема, лечение.
8. Острые аллергические состояния у детей: синдром Стивена-Джонсона. Этиология, лечение.
9. Острые аллергические заболевания у детей: ангионевротический отек. Современные представления об этиопатогенезе, неотложная помощь.
10. Гастроинтестинальная пищевая аллергия. Этиология, патогенез, принципы лечения. Профилактика.
11. Методы оценки контроля бронхиальной астмы. Принципы лечения.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

#### **Задача №1**

Больная Н., 16 лет, принимала амбулаторно сумамед по поводу обострения хронического тонзиллита. На 3-й день приема сумамеда резко повысилась температура тела до 39,5°C. На кожных покровах спины, груди, верхних и нижних конечностей появились обильные высыпания, которые на 2-е сутки трансформировались из эритематозных в папулезные и везикуло-буллезные элементы. При осмотре: на коже — пузыри, сгруппированные, багрово-синюшные, на инфильтрированном основании, мелкие везикулы в межпальцевых промежутках, некоторые с геморрагическим содержимым. На слизистой полости рта, гениталий, в перианальной области появились везикулярные высыпания, которые быстро трансформировались в эрозии. Присоединилась боль в горле, суставах, стала беспокоить боль в правом подреберье. Симптом Никольского — отрицательный. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ, лимфопения. В общем анализе

мочи: белок - 0,66 г/л. лейкоциты - 20-25 в п/зр. эритроциты - 10-15 в п/зр. В иммунограмме: ЦИК - 20 г/л.

1. С чем может быть связанная данная клиническая картина?
2. Какой наиболее значимый аллерген можно предположить?
3. Какие препараты необходимо назначить в первую очередь?

### **Ситуационная задача №2**

Ребенок И., 6 мес. Мальчик от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины. Масса тела при рождении 3800 г, длина 50 см. На грудном вскармливании, получает 2 прикорма, соки. С 2-недельного возраста — периодически диспептические явления в виде частого (до 6 раз в сутки) жидкого стула, по поводу чего получал антибиотики без учета кишечной флоры. С этого же возраста – гиперемия щек, ягодиц, корочки за ушами. В 3 мес усиление кожного синдрома, который принял распространенный характер; в дальнейшем присоединилась вторичная микрофлора (гнойно-геморрагические корочки на тыле кистей, стоп, щек, пояснице), повышение температуры до 38,5°C. Получал в/м линкомицин. С тех пор в указанных местах сохраняются мокнутия, корочки на гиперемизованном фоне, зуд. Усиление дерматита отмечается после употребления моркови, гречневой каши. У матери с 8 лет — атопическая бронхиальная астма, у тети по линии отца — рецидивирующая крапивница.

В общем анализе крови: эритроциты –  $4,7 \times 10^{12}/л$ , НЬ – 111 г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 7%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 34%, лимфоциты – 45%, моноциты – 4%, СОЭ – 14 мм/час. Иммунограмма: СДЗ – 58%, СД4 – 46%, СД8 – 18%, ЦИК – 13 г/л, IgA – 0,3 г/л, IgM – 0,5 г/л, IgG – 4,4 г/л, Ф.И. – 55%, Ф.Ч. – 5,6, IgE ~ 283 МЕ/мл. Анализ кала на флору: дисбактериоз за счет наличия *St.aureus*. Биохимический анализ крови — гипопроотеинемия.

1. С чем связаны явления атопического дерматита у ребенка?
2. Какие рекомендации по питанию можно дать матери?
3. Какие препараты необходимо назначить в первую очередь?

### **Ситуационная задача №3**

Миша М., 4 года. Жалобы на зуд, сухость кожных покровов, высыпания в области локтевых сгибов и подколенных ямок. От 2-й беременности, масса тела при рождении 3700 г. Грудное вскармливание до 1 г., сок и прикормы вводились своевременно.

С 3-х мес.возраста возникла гиперемия, мокнутие, корки в области щек. В 10 мес. возрасте периодически высыпания в виде крапивницы и неустойчивый стул с неперевавшими частицами. Со слов матери, причиной этих симптомов является прием молочных продуктов. По поводу жидкого стула неоднократно находился на лечении в инфекционном отделении. Однако лечение антибиотиками было неэффективным. После исключения молочных продуктов состояние ребенка улучшилось. С 3-х лет постепенно в области локтевых сгибов и подколенных ямок появились сухость, гиперемия, усиление кожного рисунка, зуд кожных покровов. Стул со склонностью к запорам, метеоризм. Иммунологически не обследован. Аллерготестирование не проводилось.

Наследственность: у тети по линии матери — поллиноз, у бабушки по линии отца – пищевая аллергия.

1. Какие факторы риска имеют место у данного пациента?
2. Дайте рекомендации по уходу за кожей
3. Какие препараты необходимо назначить в первую очередь?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

### **Задача №1**

Мальчик 10 лет, поступил в отделение детской пульмонологии с жалобами на мучительный приступообразный кашель, усиливающийся в ночные и утренние часы. Болен в течение 1,5 месяцев когда, после работы с журналами и книгами появился лающий кашель и осиплость голоса. Лечился амбулаторно: бромгексин, АЦЦ. Положительной динамики от проведенной терапии не отмечалось.

Наблюдается у аллерголога по поводу атопического дерматита. С 8 лет эпизоды обструктивного бронхита 2-3 раза в год. Мама страдает поллинозом (аллергический риноконъюнктивит).

Объективный осмотр: Состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, дыхание носом затруднено. При физикальном обследовании: в легких выслушивается жесткое дыхание, на форсированном выдохе выслушиваются сухие свистящие хрипы с обеих сторон, выдох удлинен, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 88 в минуту. Живот пальпации доступен, мягкий. Стул регулярный оформленный. Мочится свободно.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
3. Какие данные анамнеза указывают на вероятность развития заболевания.
4. Назначьте неотложное лечение.
5. Составьте план профилактического лечения

### **Задача № 2.**

Мальчик 4 лет, родители обратились к врачу с жалобами на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания. Анамнез заболевания: Заболел неделю назад, после смены места жительства (из благоустроенной квартиры переехал в частный дом с печным отоплением). Лечились самостоятельно микстурой от кашля, облечения не приносило. Был приглашен участковый врач. С раннего возраста отмечались проявления атопического дерматита на белки коровьего молока. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем и бронхитами. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия. Отец практически здоров, много курит.

При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести. Отмечаются пятнисто-папулезные высыпания в области шеи, локтевых сгибов и в подколенных ямках. Носовое дыхание резко затруднено, кашель непродуктивный. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 32 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет ЧСС 110 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что указывает на наличие данного заболевания?
3. Какой фактор повлек за собой развитие заболевания?
4. Группа ведущих препаратов при неотложной терапии.

### **Задача № 3.**

Ребенку 12 лет, в течение последних 4 лет страдает бронхиальной астмой, без базисной терапии, приступы были редкие, легкие. В последнее время дневные приступы возникают 1-2 раза в неделю при физических нагрузках, ночные приступы 3-4 раза в месяц, купируются 1-2 вдохами сальбутамола. При аускультации в легких масса сухих, свистящих хрипов, ЧДД 28 в минуту. Тест по контролю над астмой 12 баллов.

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.
2. Назначьте базисную терапию
3. Дайте рекомендации по созданию гипоаллергенного быта.

#### **Задача № 4.**

Девочка 10 лет после выезда в лес обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, приступообразный сухой кашель, приступы удушья.

В анамнезе до года атопический дерматит, в 3 года крапивница. У мамы бронхиальная астма, папа страдает рецидивирующей крапивницей. Девочка в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель, приступы удушья. Анализ крови: НВ 110г/л Эр  $4,3 \times 10^{12}$ ; Лейк  $6,6 \times 10^9$ ; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8 Цитологический анализ со слизистой носа: эпители.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 10 в п/зр, с/яд – 5-7 в п/зр.

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Укажите наиболее вероятный вид сенсибилизации организма в данном случае.
3. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
4. Какие необходимы дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
5. Какой вид терапии необходимо проводить?

#### **Задача № 5.**

Девочка 11 лет, поступила в аллергологическое отделение с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди.

Анамнез заболевания: Заболела остро, после вдыхания паров в школе лакокрасочных изделий. Появился кашель, лекарственные средства не принимали, затем состояние ухудшилось, на «скорой помощи» была доставлена в больницу.

В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила прием препарата около 3-х месяцев назад. В период приема Серетида отмечались одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции сальбутамола (со слов мамы). Приступы участились через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла сальбутамол, эуфиллин. К врачу не обращалась.

Объективный осмотр: Общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены тахикардия, ЧСС более 120, АД 130/90 мм.рт.ст.

1. Определите степень тяжести бронхиальной астмы.
2. Определите тяжесть обострения заболевания.
3. Тактика неотложной терапии.
4. Что привело к утяжелению течения астмы?
5. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?

#### **ПК - 5**

готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Острые аллергические состояния у детей: токсидермия, Этиология, патогенез, диагностика.
2. Пищевая аллергия у детей. Этиология, патогенез, принципы диагностики. Профилактика.
3. Экзогенный аллергический альвеолит. Особенности диспансеризации, вакцинации, наблюдения детей на амбулаторно-поликлиническом этапе.
4. Аллергический ринит. Этиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.
5. Острые аллергические состояния у детей: синдром Лайела. Этиология, патогенез, диагностика.
6. Атопический дерматит. Диспансеризация детей при атопическом дерматите. Профилактика.
7. Аллергический конъюнктивит. Этиология, клиника, классификация, диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

#### **Задача №1**

Пациентка Н., 9 лет, обратилась в июне с жалобами на чихание, насморк, зуд глаз, слезотечение. Вышеперечисленные симптомы беспокоят только летом (июнь-июль), в сухую ветреную погоду, во время прогулок за городом. Пациентка больна 2-й год. Лечилась диазолином, от которого отмечала положительный эффект.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план профилактического ведения

#### **Задача №2**

Ребенок Б., 2г. 2 мес. Родители обратились с жалобами на поражение кожи. При осмотре: на кожных покровах в области щек, шеи, подбородка - мокнутие, корочки, гиперемия, шелушение. Указанные симптомы беспокоят с 6-ти месячного возраста. Получал антигистаминные препараты с временным эффектом. В течение последних 2-х месяцев кожный процесс носит непрерывно-рецидивирующий характер.

Мальчик от 2-й беременности, срочных родов. Грудное вскармливание до 6 мес, с 7 мес — искусственное, в 4 мес, на введение желтка куриного яйца в течение 2-х часов развилась реакция в виде гиперемии щек, ягодиц, которая купировалась самостоятельно. В 1 год 8 мес перенес ОРВИ, обструктивный бронхит, протекавший с явлениями интоксикации, гипертермии. С 2-х лет мать отметила появление сухого, навязчивого кашля в ночное время; в дневные часы состояние не нарушено. Простудными заболеваниями болеет редко. Наследственность по отцовской линии отягощена: у бабушки поллиноз, бронхиальная астма. В общем анализе крови: эозинофилы – 11%. В иммунограмме: уровень обще-го IgE – 400 МЕ/мл.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план профилактического ведения

#### **Задача №3**



Больной К, 14 лет, поступил в стационар для лечения по поводу пневмонии. Через 2 минуты после введения антибиотика в/м (цефотаксим) пациент пожаловался на внезапно возникшее чувство тревоги, страха, резкую общую слабость, головокружение. Спустя еще 2-3 минуты больной потерял сознание, артериальное давление упало до 60/30 мм. рт. ст., пульс стал нитевидным. Аллергоanamнез: у пациента ранее была реакция на амоксициклин в виде острой крапивницы. Ваша тактика.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план профилактического ведения

#### **Задача №4**

Больной К, 14 лет, поступил в стационар для лечения по поводу пневмонии. Через 2 минуты после введения антибиотика в/м (цефотаксим) пациент пожаловался на внезапно возникшее чувство тревоги, страха, резкую общую слабость, головокружение. Спустя еще 2-3 минуты больной потерял сознание, артериальное давление упало до 60/30 мм. рт. ст., пульс стал нитевидным. Аллергоanamнез: у пациента ранее была реакция на амоксициклин в виде острой крапивницы. Ваша тактика.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план профилактического ведения

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

#### **Задача №1**

Больная Н., 16 лет, принимала амбулаторно сумамед по поводу обострения хронического тонзиллита. На 3-й день приема сумамеда резко повысилась температура тела до 39,5°C. На кожных покровах спины, груди, верхних и нижних конечностей появились обильные высыпания, которые на 2-е сутки трансформировались из эритематозных в папулезные и везикуло-буллезные элементы. При осмотре: на коже — пузыри, сгруппированные, багрово-синюшные, на инфильтрированном основании, мелкие везикулы в межпальцевых промежутках, некоторые с геморрагическим содержимым. На слизистой полости рта, гениталий, в перианальной области появились везикулярные высыпания, которые быстро трансформировались в эрозии. Присоединилась боль в горле, суставах, стала беспокоить боль в правом подреберье. Симптом Никольского — отрицательный. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ, лимфопения. В общем анализе мочи: белок - 0,66 г/л. лейкоциты - 20-25 в п/зр. эритроциты - 10-15 в п/зр. В иммунограмме: ЦИК - 20 г/л.

##### **1 Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

#### **Задача №2**

Мальчик 7 лет, поступил в стационар для обследования в связи с повторяющимися бронхитами.

Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста отмечаются бронхиты по 3-4 раза в год, которые протекают без повышения температуры на фоне непродуктивного кашля. Чаще всего приступы сухого кашля отмечаются ночью в осеннее время и ранней весной (март), а также на уроках физкультуры. Аускультативно участковый врач регистрирует свистящие хрипы в легких и затрудненный выдох. Последний эпизод бронхита был 2 месяца назад. В доме проживает кошка, много ковров, мягкой мебели, книг и цветов. Уборка квартиры осуществляется не чаще 1 раза в неделю. Семейный анамнез: у матери ребенка хроническая крапивница, у отца – бронхиальная астма с раннего детства; у бабушки по материнской линии – атопический дерматит. При осмотре: состояние удовлетворительное, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа чистая, грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения патологии нет. Данные обследования: 1. Анализ крови: Hb 120,0 г/л, эр.  $4,6 \times 10^{12}$  /л, лейкоц.  $5,6 \times 10^9$  /л, п/я 1%, с/я 53%, лимф. 28%, эоз. 10%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч. 2. Общий анализ мочи: отн. плотн. 1018, лейкоц. – 1-2 в п/зр., эр. – нет. 3. Пикфлоуметрия: ПСВ – 200 л/мин (N=270-300). 4. ФВД: снижение скоростных показателей на 25% (признаки латентного бронхоспазма). 5. Аллергологическое обследование: IgE 485 МЕ (N до 50). Обнаружены в высоком титре (4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, плесневым грибам, шерсти кошки. 6. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

**1. Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

**Задача №3**

Родители Саши Н., 6 мес., обратились на прием к аллергологу-иммунологу с жалобами на кожные высыпания и расчесы у ребенка, беспокойство, учащенный стул, снижение массы тела. При осмотре: сухость кожных покровов, снижение эластичности кожи и толщины подкожно-жировой клетчатки, отмечается мелкопластинчатое шелушение на волосистой части головы, щеках, коже голеней, предплечий, туловища. Снижение массы тела до 20%.

Первые кожные высыпания в виде гиперемии щек с легким шелушением появились с 2-месячного возраста после введения морковного сока. После приема супрастина и наружно флуцинара проявления уменьшились, но вновь усилились в возрасте 4 месяца. В то же время у ребенка часто отмечался метеоризм, учащенный стул с неприятным запахом и элементами непереваренного молока. При обследовании выявлен дисбактериоз кишечника за счет отсутствия бифидумфлоры и снижения содержания нормальной кишечной палочки; *St.aureus*; снижение ферментной функции: наличие в кале крахмала, нейтрального жира, мыл, перевариваемой клетчатки. За последние 2 месяца отмечено снижение прибавки массы тела.

Аллергоанамнез ребенка не отягощен. Беременность протекала с токсикозом первой половины. Во время беременности мать злоупотребляла цитрусовыми и сладостями. Роды в срок, со стимуляцией, с длительным безводным периодом. Масса тела при рождении — 3350 г, длина — 51 см. Вскармливание грудное, с 2-х месяцев введен морковный сок, с 4-месячного возраста введены прикормы — каши на коровьем молоке. Вакцинирована БЦЖ в роддоме, с 3-месячного возраста — АКДС-вакциной дважды, без осложнений. Бронхиальная астма у бабушки по линии матери.

**1. Задания:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение Вы назначите как участковый врач? Нужен ли ребенку осмотр узкого специалиста?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

## ПК - 9

готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Механизм действия, группы препаратов, используемых для проведения АСИТ на современном этапе.
2. Острые аллергические заболевания у детей: крапивница, лечение.
3. Аллергический ринит. Лечение. Профилактика.
4. Острые аллергические заболевания у детей: ангионевротический отек. Лечение.
5. Острые аллергические заболевания у детей: анафилактический шок. Неотложная терапия.
6. Диетотерапия аллергических болезней у детей.
7. Острые аллергические состояния у детей: токсидермия, лечение.
8. Пищевая аллергия у детей. Этиология, патогенез, принципы лечения. Профилактика.
9. Острые аллергические состояния у детей: синдром Лайела. Лечение.
10. Атопический дерматит. Диспансеризация детей при атопическом дерматите. Профилактика.
11. Аллергический конъюнктивит. Диагностика, ступенчатая терапия, дифференциальная диагностика. Профилактика.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

### Ситуационная задача №1

Кристина В., 14 лет, обратилась в КДЦ с жалобами на постоянную заложенность носа, частые насморки со слизистыми выделениями, особенно в весенний период (апрель – июнь). История жизни: Роды срочные, вес 3 кг, по шкале Апгар 9 баллов. С 6 месяцев до 2 лет рецидивирующая стафилококковая инфекция В 10 лет и в 12 лет находилась на стационарном лечении в ЛОР-отделении с диагнозом гайморит. При госпитализации проводилась пункция гайморовых пазух, отделяемого не получено. Госпитализация в обоих случаях проводилась в июне месяце, после длительного насморка. С 6 лет отмечает высыпания на коже с зудом по внутренней поверхности локтевых сгибов, в области подколенных ямок, на шее, после употребления в пищу клубники, цитрусовых. Высыпания появлялись также после пребывания на солнце. Семейный анамнез: Мать считает себя здоровой. У отца – поллиноз, хронический бронхит. У бабушки по материнской линии – обструктивный бронхит. Мать – активный курильщик. История настоящего заболевания: Считает себя больной с апреля – мая 2004 года. После ОРВИ в мае месяце, протекавшего в виде обильного насморка с риноконъюнктивитом и зудом в глазах, на 3-ей неделе заболевания присоединился кашель, который лечили препаратом

эреспал (10 дней). Получала капли в нос – називин (10 дней), левомецетиновые капли в глаза с гидрокортизоновой мазью. Явления риноконъюнктивита купировались только в августе месяце. Кашель периодически возобновлялся. В январе перенесено ОРВИ с высокой температурой, насморком, болями в зеве, усилился кашель. Госпитализирована в ЦРБ с диагнозом гнойные гайморит, бронхит.

Вопросы:

1. Какова должна была быть диагностическая тактика в отношении данной пациентки?
2. План обследования пациента - обязательный и дополнительный?
3. Какие препараты необходимо назначить в первую очередь?

### **Ситуационная задача №2**

Мальчик 7 лет, поступил в стационар для обследования в связи с повторяющимися бронхитами.

Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста отмечаются бронхиты по 3-4 раза в год, которые протекают без повышения температуры на фоне непродуктивного кашля. Чаще всего приступы сухого кашля отмечаются ночью в осеннее время и ранней весной (март), а также на уроках физкультуры. Аускультативно участковый врач регистрирует свистящие хрипы в легких и затрудненный выдох. Последний эпизод бронхита был 2 месяца назад. В доме проживает кошка, много ковров, мягкой мебели, книг и цветов. Уборка квартиры осуществляется не чаще 1 раза в неделю. Семейный анамнез: у матери ребенка хроническая крапивница, у отца – бронхиальная астма с раннего детства; у бабушки по материнской линии – атопический дерматит. При осмотре: состояние удовлетворительное, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа чистая, грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения патологии нет. Данные обследования: 1. Анализ крови: Нв 120,0 г/л, эр. 4,6x10<sup>12</sup>/л, лейкоц. 5,6x10<sup>9</sup>/л, п/я 1%, с/я 53%, лимф. 28%, эоз. 10%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч. 2. Общий анализ мочи: отн. плотн. 1018, лейкоц. – 1-2 в/зр., эр. – нет. 3. Пикфлоуметрия: ПСВ – 200 л/мин (N=270-300). 4. ФВД: снижение скоростных показателей на 25% (признаки латентного бронхоспазма). 5. Аллергологическое обследование: IgE 485 МЕ (N до 50). Обнаружены в высоком титре (4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, плесневым грибам, шерсти кошки. 6. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Требуется ли дополнительное обследование?

Какие препараты необходимо назначить в первую очередь?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

### **Задача № 3**

Больная 14 лет обратилась на прием к врачу с жалобами на кашель, приступы удушья, особенно в ночное время после сна на перовой подушке.

Находится на диспансерном учете с диагнозом Бронхиальная астма, легкая интермиттирующая в течение 2 лет. Базисной терапии не получала. Обострения 3-4 раза в год, кратковременные и купирующиеся самостоятельно либо после однократного приема β<sub>2</sub>-агонистов. За

последние полгода обострения участились до 2-3 в неделю, в основном в ночное время. Обострения средней степени тяжести, протекают с выраженной экспираторной одышкой и нарушением общего самочувствия. Для купирования приступов применяла сальбутамол,

эуфиллин, дважды вызывали бригаду скорой помощи, но госпитализироваться отказывалась.

При объективном осмотре: Состояние девочки средней степени тяжести. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Результаты физикального обследования: в легких выслушивается большое количество сухих и влажных хрипов на фоне удлинённого выдоха, ЧДД 40 в минуту. Сердечные тоны приглушены, тахикардия.

1. Оцените степень тяжести бронхиальной астмы.
2. Тактика неотложной терапии.
3. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии и в каких дозах?
4. Что можно порекомендовать родителям для соблюдения гипоаллергенного быта?
5. Показана ли пациентке АСИТ?

#### **Задача № 4**

Больная 12 лет. Обратилась на прием к врачу - педиатру с жалобами на сухой приступообразный кашель, усиливающийся в ночные часы в течение уже 2-х недель. Болеет в течение 2,5 недель. Перенесла ОРЗ, после чего появился сухой приступообразный кашель. ОРЗ 3-4 раза в год и постоянно сопровождается приступообразным сухим кашлем длительное время. Лечились амбулаторно по поводу рецидивирующего обструктивного бронхита: флемоксин, бромгексин. Эффекта от проводимой терапии не наблюдалось.

Состоит на учете по поводу атопического дерматита. У матери поллиноз, аллергический конъюнктивит, курит. Отец – относительно здоров, много курит. У бабушки бронхиальная астма.

При объективном осмотре: Состояние девочки средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. При перкуссии – над полями легких небольшой коробочный оттенок, при аускультации – жесткое дыхание, умеренное количество сухих хрипов, ЧДД 26 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 88 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие представленные факторы подтверждают данное заболевание?
3. Какие необходимы дополнительные обследования для подтверждения диагноза?
4. Как необходимо проводить мониторинг за течением заболевания с помощью ПФМ?
5. Какое значение для течения заболевания имеет курение родителей?

#### **Задача № 5**

Мальчик 4 года. На приеме у участкового педиатра с жалобами на длительный приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания. Болеет в течении 3 недель, лечились самостоятельно микстурой от кашля

- без эффекта.

С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем и бронхитами. Семейный анамнез: у матери ребенка – пищевая и лекарственная аллергия. Отец практически здоров, много курит.

При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести. Кашель навязчивый, непродуктивный. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинённого выдоха – рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, шумов нет ЧСС 110 уд/мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Анализ крови: НВ 120г/л Эр  $4,3 \times 10^{12}$ ; Лейк  $4,9 \times 10^9$ ; СОЭ 6 мм/час; Э8 П1 С54 Л33 М5.

Рентгенограмма грудной клетки – Повышенная пневматизация. Диффузно усилен легочный рисунок, усилены и низко расположены тени корней. Купола диафрагмы четкие. Срединная тень расположена обычно.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Что указывает на наличие данного заболевания?
3. Какую группу лекарственных средств необходимо использовать для купирования приступов затрудненного дыхания?
4. В консультации, каких специалистов нуждается ребенок?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

### **Задача № 6**

У мальчика 10 лет, отмечается заложенность носа, приступообразный сухой кашель, приступы удушья, после походов в лес. В анамнезе до года атопический дерматит. У мамы бронхиальная астма, папа страдает рецидивирующей крапивницей. Ребенок в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель, приступы удушья.

Анализ крови: НВ 110г/л Эр  $4,3 \times 10^{12}$ ; Лейк  $6,6 \times 10^9$ ; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8  
Цитологический анализ со слизистой носа: эпителик.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 10 в п/зр, с/яд – 5-7 в п/зр.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите наиболее вероятный вид сенсибилизации организма в данном случае.
3. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
4. Какие необходимы дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
5. Какие показатели подтверждают заболевание?

### **Задача №7**

Мальчик, 11 лет. Поступил в аллергологическое отделение по поводу обострения бронхиальной астмы. Болен астмой с 5 лет, в качестве базисной терапии получал Беклазон 200 мкг/сут. Обострения в весенне-осенний период, летом ремиссия. В последний месяц приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применял сальбутамол. К врачу не обращался. Показатели ПСВ в желтой зоне, суточная лабильность более 20%.

Объективно: Общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз, ушных раковин, акроцианоз. ЧДД 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. В легких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены тахикардия, ЧСС более 120, АД 130/90 мм.рт.ст.

Анализ крови: НВ 110г/л Эр  $4,3 \times 10^{12}$ ; Лейк  $6,6 \times 10^9$ ; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8.

1. Определите степень тяжести бронхиальной астмы.
2. Определите тяжесть обострения заболевания.
3. Тактика неотложной терапии.
4. Оцените параметры пикфлоуметрии
5. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?



