

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 29.02.2024 13:20:45

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bfa794c04

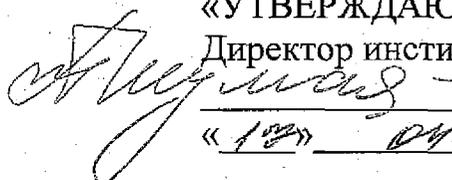
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Тихоокеанский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института педиатрии

 / Шуматова Т.А./

« 19 » 04 2023 г.

### **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**Дисциплины (Модуля) Б1.В.ДЭ.01.01**

**АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**основной образовательной программы высшего образования**

**подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры  
по специальности**

**Направление подготовки**

**(специальность)**

**Уровень подготовки**

**31.08.19 Педиатрия**

**(код, наименование)**

**ординатура**

**(ординатура)**

**Направленность подготовки**

**02 здравоохранение (в сфере  
педиатрии)**

**Форма обучения**

**очная**

**(очная)**

**Срок освоения ООП**

**2 года**

**(нормативный срок обучения)**

**Институт/кафедра**

**Институт педиатрии**

**Владивосток 2023**

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

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

**1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.19 Педиатрия, направленности в сфере профессиональной деятельности 02 Здравоохранение (в сфере педиатрии) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

[https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.19\\_Pediatriya\(3\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.19_Pediatriya(3).pdf)

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	Текущий контроль**	Тесты
		Миникейсы
2	Промежуточная аттестация**	Вопросы для собеседования
		Миникейсы
		Чек-листы

### 3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме:

- оценочное средство 1 Тесты,
- оценочное средство 2 Миникейсы

#### Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тестовые задания

#### 1. Дефицит гуморального звена иммунитета чаще всего характеризуется

- грибковыми заболеваниями
- частыми заболеваниями микробной этиологии
- \*частыми вирусными заболеваниями
- отрицательной реакцией бласттрансформации

#### 2. На первое введение антигена начинают продуцироваться антитела

- через 48-96 часов
- через 2 суток
- \*на 5-7 день
- через 14 дней

через 24 часа

**3. Механизм истинной аллергической реакции не включает**

увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови  
повышенную выработку иммуноглобулина E  
сенсibilизацию лимфоцитов  
\*увеличенное выделение гистамина без участия антител  
киллерный эффект

**4. Для псевдоаллергической реакции наиболее характерны показатели**

высокий уровень Ig E  
местная эозинофилия  
положительная кожная проба с "виновным" антигеном  
\*прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества  
усиление реакции при повторных контактах с антигеном

**5. При дефектах фагоцитоза часто рецидивируют инфекции:**

вирусные  
паразитарные  
грибковые  
\* бактериальные

**6. В развитии аллергической реакции 1 типа участвуют антитела класса:**

\* Ig E  
Ig M  
Ig D  
Ig A

**7. На информативность кожных аллергологических тестов может влиять:**

применение пациентом кардиологической терапии  
наличие у пациента бронхиальной астмы  
\* наличие у пациента красного дермографизма  
наличие у пациента демодекоза

**8. Продукты метаболизма арахидоновой кислоты включают**

\* простагландины, лейкотриены  
гистамин, активные формы кислорода  
кинины, цитокины  
интерферон, лизоцим

**9. Реакция гиперчувствительности замедленного типа – это:**

развивается через несколько секунд-минут после контакта с аллергеном  
\* развитие аллергической реакции через 48-72 часа после контакта с аллергеном  
развитие аллергической реакции через несколько минут - часов после контакта с аллергеном

отсутствие развития аллергической реакции

**10. Болезнь, патогенетически обусловленная преципитирующими антителами (феноменом Артюса):**

- атопический дерматит
- болезнь Верльгофа
- экзогенный аллергический альвеолит
- \* сывороточная болезнь

Шкала оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 2

**Миникейсы**

**Ситуационная задача №1**

	<b>Код</b>	<b>Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи</b>
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 1	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	<b>Б/01.8</b> <b>Б/02.8</b> <b>Б.03.8</b> <b>Б.04.8</b>	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к врачу- педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз «обструктивный бронхит». В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались

		<p>типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объём форсированной ЖЕЛ за 1 секунду – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав. Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, <math>\beta_2</math>-адреномиметики.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
В	2	Составьте план диспансерного наблюдения.
В	3	Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
В	4	Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов.
В	5	Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку? Назовите способ доставки препаратов.

### Оценочный лист к ситуационной задаче №1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 1	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б.03.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или
	Б.04.8	реабилитации инвалидов Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике

		и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к врачу- педиатру участковому с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Ребёнок болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз «обструктивный бронхит». В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю), последние 3 месяца беспокоят практически ежедневные ночные приступы. Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад.</p> <p>Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, объём форсированной ЖЕЛ за 1 секунду – 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав. Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в минуту. Пульс – 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется. Ребёнок постоянно получает ингаляционные глюкокортикоиды, β2- адреномиметики.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
Э		Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая, тяжёлой степени, неконтролируемая, постприступный период.
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: Указано не менее 4-х дескрипторов правильного ответа</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа</p>
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	2	Составьте план диспансерного наблюдения.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диспансерное наблюдение за течением бронхиальной астмы проводится в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом-аллергологом.</li> <li>2. Частота текущих консультаций при тяжёлом течении болезни определяется индивидуально, обычно 4 раза в год.</li> <li>3. Необходимо оценивать степень выполнения пациентом предписаний врача по поводу лечения, режима, гипоаллергенной диеты и быта (комплаинс).</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Проводить контроль за эффективностью базисной терапии. Оценивать качество жизни пациента. Направить ребенка на КЭК.</li> <li>5. Контроль за ведением дневника пикфлоуметрии, оценка безопасности применяемых ребёнком лекарственных препаратов.</li> <li>6. Проведение ОАК, ОАМ, ЭКГ, спирометрии 3-4 раза в год (включая пробу с бронхолитиком, физической нагрузкой), оксида азота в выдыхаемом воздухе, риноцитогаммы и цитологии мокроты.</li> <li>7. Проверять технику ингаляций и определять приверженность базисной терапии.</li> <li>8. Вакцинация детей с тяжелой бронхиальной астмой осуществляется по индивидуальному графику с предвакцинальной подготовкой в периоде стойкой ремиссии, иногда в условиях дневного стационара. Решается вопрос о целесообразности вакцинации против пневмококка и гемолитической палочки.</li> <li>9. Рекомендации по немедикаментозным методам терапии: массаж, ЛФК, физиотерапевтические методы.</li> <li>10. Рекомендации и определение адекватной переносимой физической нагрузки, возможно, совместно с врачом ЛФК.</li> <li>11. Обучение пациентов самостоятельному контролю заболевания.</li> <li>12. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолёгочного профиля 1-2 раза в год.</li> <li>13. Исключение сопутствующей патологии, которая может утяжелять заболевание: консультации по показаниям врача-пульмонолога, ЛОР-врача, врача-фтизиатра, врача-невролога, врача-гастроэнтеролога.</li> </ol>
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 7-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
B	3	Методы реабилитации больных с данным заболеванием. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.
Э		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Режим: элиминационные мероприятия по удалению причинно-значимых факторов. Гипоаллергенная обстановка дома: ежедневная влажная уборка, убрать ковры, книги с открытых полок, мягкие игрушки, ограничить контакт с животными, табачным дымом, заменить подушку на синтетическую.</li> <li>2. Гипоаллергенная диета с исключением шоколада, citrusовых, мёда, орехов, консерв, пищевых красителей. Ведение пищевого и респираторного дневника.</li> <li>3. ЛФК. Респираторная терапия (дыхательные тренажёры, звуковая гимнастика, абдоминальное дыхание, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж).</li> <li>4. Массаж (классический, точечный, вибромассаж) 1-2 раза в год.</li> </ol>

		<p>5. Игло-рефлексотерапия.</p> <p>6. Физиотерапия (лазеротерапия, магнотерапия, спелеотерапия).</p> <p>7. Санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля.</p> <p>8. Психотерапия.</p> <p>9. Ведения «дневника самоконтроля».</p> <p>10. Образовательные программы (астма-школы).</p>
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: Указано не менее 7-х дескрипторов правильного ответа</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа</p>
P0	неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
B	4	Какие бронхорасширяющие препараты применяются в клинической практике? Побочные действия этих препаратов
Э		<p>Бронходилатирующим действием обладают следующие препараты: β<sub>2</sub>-адреномиметики, холинолитики и прямые спазмолитики.</p> <p>К β<sub>2</sub>-адреномиметикам относят Сальбутамол, Фенотерол, Тербуталин. При применении β<sub>2</sub>-адреномиметиков возможно появление побочных эффектов в виде тахикардии, тремора, повышенная возбудимость, нарушение сна.</p> <p>К холинолитикам, которые применяются при бронхиальной обструкции, относят Ипратропия бромид (Атровент). При применении холинолитиков возможно появление следующих побочных реакций: тошнота, сухость во рту, кожная сыпь.</p> <p>К прямым спазмолитикам, ингибирующие фосфодиэстеразу гладкой мускулатуры, относят метилксантины -Эуфиллин. Побочные действия при использовании Эуфиллина могут быть тошнота, рвота, тахикардия, снижение артериального давления, тремор.</p>
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо» Указано не менее 4-х дескрипторов правильного ответа</p> <p>Для оценки «удовлетворительно» Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа</p>
P0	Неудовлетворительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
B	5	Какими препаратами необходимо проводить базисную терапию этому ребёнку? Назовите способ доставки препаратов.
Э		<p>В качестве базисной терапии необходимо выбирать комбинированные ИГКС (например, Сальметерол + Флутиказон, способ доставки ДАИ + спейсер или Будесонид +Формотерол, способ доставки турбухалер).</p> <p>При отсутствии сохраняющего контроля возможно использование моноклональные антитела (например, Омализумаб).</p>
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 2-х дескрипторов</p>

		правильного ответа
Р0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

### Ситуационная задача №2

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 1	- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/05.8	Проведение медицинских экспертиз
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Мальчик 6 лет. Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.</p> <p>Anamnesis morbi: заболел 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,2С°, насморка, чихания. Anamnesis vitae: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал гладко. На искусственном вскармливании с 4 мес., с 5 мес. страдает атопическим дерматитом. В 2 г 6 мес. во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола в течение 4 часов. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 мес., были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. В последние 6 мес. приступы удушья участились до 1-2 раз в неделю, снимаются сальбутамолом. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С°, приступообразный кашель, дыхания свистящее с удлинненным выдохом. ЧД 32 в мин., слизистая зева гиперемирована, зерниста. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС – 88 в мин. ПСВ – 220 л/мин. Sa O2 97%. Общий анализ кров: эритро. – <math>4,6 \times 10^{12}</math> г/л, Нв – 120г/л, лей –</p>

		4,8x10 <sup>9</sup> /л, э – 8%, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 28%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: количество 120 мл, цвет – светло-желтый, удельный вес 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет. Rg-графия грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.
В	1	Сформулируйте диагноз на основе клинико-лабораторных данных.
В	2	Нуждается ли пациент в неотложной помощи? Если да – в какой?
В	3	Какие симптомы доказывают наличие заболевания?
В	4	Какое лечение необходимо соответственно диагнозу.
В	5	Какова тактика наблюдения и вакцинации данного ребенка в детской поликлинике?

### Оценочный лист к ситуационной задаче по № 2

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК- 1	– готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/05.8 Б/07.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности Проведение медицинских экспертиз Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик 6 лет. Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку. Anamnesis morbi: заболел 3 дня назад с повышения температуры тела до 38,2С°, насморка, чихания. Anamnesis vitae: ребенок от I нормально протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал гладко. На искусственном вскармливании с 4 мес, с 5 мес страдает атопическим дерматитом. В 2 г 6 мес. во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола в течение 4 часов. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 мес., были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых. В последние 6 мес. приступы удушья участились до 1-2 раз в неделю, снимаются сальбутамолом. Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,7С°, приступообразный кашель, дыхания свистящее с удлиненным выдохом. ЧД 32 в мин., слизистая зева гиперемирована, зерниста. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС – 88 в мин. ПСВ – 220

		л/мин. Sa O2 97%. Общий анализ кров: эритро. – $4,6 \times 10^{12}$ г/л, Нв – 120г/л, лей – $4,8 \times 10^9$ /л, э – 8%, п/я – 3%, с/я – 51%, л – 28%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи: количество 120 мл, цвет – светло-желтый, удельный вес 1018, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – нет. Rg-графия грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.
В	1	Сформулируйте диагноз на основе клинико-лабораторных данных.
Э		Бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени тяжести, приступный период. Приступ средней степени тяжести. ДН 0-1. ОРВИ. Острый трахеобронхит.
P2	отлично	Бронхиальная астма, персистирующая, легкой степени тяжести, приступный период. Приступ средней степени тяжести. ДН 0-1. ОРВИ. Острый трахеобронхит.
P1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз правильный, не указана степень тяжести и/или сопутствующее заболевание Для оценки «удовлетворительно»: на первом месте в диагнозе – ОРВИ, затем бронхиальная астма без указания степени тяжести заболевания и приступа
P0	неудовлетворительно	Диагноз не верен
В	2	Нуждается ли пациент в неотложной помощи? Если да – в какой?
Э		Правильный ответ: $\beta_2$ - агонисты ДАИ через спейсер или аэроочамбер - сальбутамол 1 доза 100 мкг или комбинированный препарат беродуал 2 дозы (1 доза фенотерол 50 мкг+ ипратропий 20 мкг), при неэффективности – повторить через 20 мин дважды в течение часа. Возможна замена на ингаляцию растворов бронхолитиков через небулайзер – сальбутамол 1 мл или беродуал 10 кап (+4 мл физиологического раствора). Повторять 4 раза/день до купирования бронхообструкции. Дополнительно – можно назначить будесонид суспензия или раствор 500 мкг 2 раза в день 5-7 дней через небулайзер, если ребенок не получает базисную терапию.
P2	отлично	Ответ правильный, полный
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Препаратом 1 выбора указан $\beta_2$ -агонист, неверно указаны дозировки Для оценки «удовлетворительно»: не указаны дозировки и способ введения бронхолитиков, указаны торговые названия
P0	неудовлетворительно	Лечение неверное
В	3	Какие симптомы доказывают наличие заболевания и его тяжесть?
Э		Жалобы на кашель и одышку, указания в анамнезе на неоднократные приступы удушья при ОРВИ и употреблении в пищу аллергенов,отягощенный аллергологический (атопический дерматит с 5 мес.) и семейный анамнез (у отца и деда – БА, у матери- экзема). Данные

		<p>осмотра: свистящее дыхание с удлинённым выдохом, ЧД-32/мин, грудная клетка вздута, бочкообразной формы, эластичность грудной клетки снижена, при перкуссии – звук с коробочным оттенком, при аускультации – сухие свистящие и разнокалиберные влажные хрипы. В крови – эозинофилия. Rg-графия – картина бронхита, исключена пневмония Д-з Бронхиальная астма.</p> <p>Эпизодические приступы БА, 1-2 р/нед, - БА персистирующая, неконтролируемая</p> <p>ЧД 32/мин(N-20-25), ПСВ 220 (менее 60%)-приступ средней тяжести; ЧД 32/мин, отсутствие цианоза –сатурация крови кислородом 97% (N более 95)- ДН 0-1</p>
P2	отлично	Обоснование диагноза верное. Степень тяжести указана верно.
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: обоснование диагноза неполное - не обоснована степень тяжести приступа и степень контроля. Не дана оценка дополнительных методов обследования</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: допущены ошибки в обосновании диагноза</p>
P0	неудовлетворительно	Диагноз не обоснован
B	4	Какое лечение необходимо соответственно диагнозу.
Э		<p>Необходимо назначить базисную терапию БА – низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов ежедневно не менее 3мес.</p> <p>Возможно рассмотреть антилейкотриеновый препарат монтелукаст 5 мг ежедневно вечером не менее 3мес. с последующей оценкой эффективности</p>
P2	отлично	Лечение верное
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: не указаны дозировки и курс лечения</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: указана 1 группа препаратов без указания дозировок</p>
P0	неудовлетворительно	Базисная терапия не назначена
B	5	Какова тактика наблюдения и вакцинации данного ребенка в детской поликлинике?
Э		<p>Диспансерное наблюдение педиатром. Консультация аллергологом 1 р/г, ЛОР-врачом, Стоматолог – 2 р/г Гипоаллергенный быт, диета с исключением шоколада и цитрусовых. Уточнение спектра сенсibilизации. Базисная терапия, возможно – АСИТ.</p> <p>Вакцинация – по календарю вне обострения</p>
P2	отлично	Ответ полный
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: указана необходимость базисной терапии, контроля окружающей среды, не отмечена необходимость вакцинации</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: - не разработана индивидуальная диета, элиминация аллергенов в быту. Нет понятия о сенсibilизации и возможности АСИТ</p>

Р0	неудовлетворительно	Не знает тактики наблюдения
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

#### 4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта

##### Оценочное средство 1

#### ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Основы организации аллергологической помощи детям.
2. Теоретические основы иммунологии, методы исследования и оценки иммунного статуса у детей.
3. Иммунная система плода и новорожденного
4. Диагностика иммунопатологических состояний
5. Респираторная аллергия у детей.
6. Пищевая аллергия у детей.
7. Аллергические заболевания кожи у детей и подростков, факторы риска развития, особенности течения заболеваний у детей раннего возраста, принципы комплексной терапии и профилактики алгоритм дифференциальной диагностики.
8. Профилактика, реабилитация и диспансеризация больных с аллергологическими заболеваниями
9. Классификация первичных и вторичных иммунодефицитов. Первичные иммунодефицитные состояния, тактика диагностики и коррекции выявленных нарушений.
10. Классификация первичных и вторичных иммунодефицитов. Вторичные иммунодефицитные состояния, тактика диагностики и коррекции выявленных нарушений.

##### Оценочное средство 2

#### Миникейсы

#### Ситуационная задача №3

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
К	ПК-1	- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,

		связанных со здоровьем
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 1 года 10 месяцев. Анамнез заболевания: заболел постепенно: появились слизистые выделения из носа, редкий кашель, температура тела – 37,5°С. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребёнок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затруднённым выдохом.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды в срок с массой 3000 г, длиной 50 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. С введением блюд прикорма появилось мокнутие щек, перенес ОРВИ после 1 года 3 раза, последние 2 эпизода сопровождались затруднённым выдохом.</p> <p>Осмотр: состояние мальчика средней степени тяжести, положение ортопное. Вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, при плаче – периоральный цианоз. В акте дыхания участвуют крылья носа и мышцы плечевого пояса. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над лёгкими на фоне жёсткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинён, ЧДД – 55 в мин. ЧСС – 146 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень – у нижнего края рёберной дуги. Рост – 83 см, масса тела – 12 кг 800 г.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
В	2	Каковы патогенетические механизмы возникновения дыхательной недостаточности в данном случае?
В	3	Оцените показатели физического развития.
В	4	Окажите неотложную помощь ребёнку.
В	5	Каковы Ваш план лечения и диспансерного наблюдения?

### Оценочный лист к ситуационной задаче по № 3

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>На приёме у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 1 года 10 месяцев. Анамнез заболевания: заболел постепенно: появились слизистые выделения из носа, редкий кашель, температура тела – 37,5°C. Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребёнок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затруднённым выдохом.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины. Роды в срок с массой 3000 г, длиной 50 см. На грудном вскармливании находился до 1 года. С введением блюд прикорма появилось мокнутие щек, перенес ОРВИ после 1 года 3 раза, последние 2 эпизода сопровождались затруднённым выдохом.</p> <p>Осмотр: состояние мальчика средней степени тяжести, положение ортопное. Вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, при плаче – периоральный цианоз. В акте дыхания участвуют крылья носа и мышцы плечевого пояса. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над лёгкими на фоне жёсткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлинён, ЧДД – 55 в мин. ЧСС – 146 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень – у нижнего края рёберной дуги. Рост – 83 см, масса тела – 12 кг 800 г.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
Э		<p>ОРВИ, Острый обструктивный бронхит средней степени тяжести, ДН 2 степени.</p> <p>Диагноз ОРВИ поставлен на основании слизистых выделений из носа, кашля, температуры тела 37,5°C, умеренной гиперемии зева. Появление у ребёнка частого шумного дыхания с затруднённым выдохом, периорального цианоза, бочкообразной грудной клетки, коробочного оттенка перкуторного звука, наличия при аускультации множества сухих свистящих хрипов, удлинённого выдоха свидетельствует об обструкции (обструктивном бронхите). ДН2 степени - на основании возникновения одышки в покое, увеличения ЧДД до 50% от возрастной нормы, выраженное участие вспомогательной мускулатуры, кашель, выраженность аускультативной картины, вялый в сознании.</p> <p>Но, учитывая третий эпизод обструкции, наличие в анамнезе мокнутия щёк при введении прикорма, нельзя исключить риск формирования бронхиальной астмы, а для уточнения диагноза необходимо уточнить наследственность и провести исследование на общие и специфические IgE.</p>
Р2	отлично	Дан правильно обоснованный, полный ответ согласно современной классификации,
Р1	Хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: Диагноз выставлен согласно классификации, пропущен 1 пункт обоснования</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: диагноз выставлен, пропущено 2 пункта обоснования</p>
Р0	неудовлетворительно	Диагноз не выставлен, нет обоснования
В	2	Каковы патогенетические механизмы возникновения дыхательной

		недостаточности в данном случае?
Э	-	Возникновение обструктивного типа дыхательной недостаточности связано, прежде всего, с отёком слизистой и гиперсекрецией слизи, и в меньшей степени с бронхоспазмом, учитывая ранний возраст ребенка.
P2	отлично	Ответ правильный, полный.
P1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: пропущен 1 пункт Для оценки «удовлетворительно»: пропущены 2 пункта
P0	неудовлетворительно	Нет ответа
В	3	Оцените показатели физического развития.
Э		Ребёнку 1 год 10 мес., его рост – 83 см, масса тела – 12 кг 800 г. Физическое развитие среднее, т. к. по росту – IV коридор, гармоничное, т. к. масса по росту в IV коридоре.
P2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: физическое развитие определено верно, нет оценки гармоничности Для оценки «удовлетворительно»: коридоры определены верно, нет оценки физического развития и гармоничности
P0	неудовлетворительно	Нет ответа
В	4	Окажите неотложную помощь ребёнку.
Э		При ДН 2 степени вызов бригады скорой медицинской помощи. Для снятия обструкции - использование комбинированного бронхоспазмолитика Фенотерол/Ипратропия бромид «Беродуал» в дозе 10 капель с 2 мл физиологического раствора через небулайзер, при отсутствии последнего внутривенное медленное введение раствора Эуфиллина в дозе 0,15 мл/кг (4-6 мг/кг) на физ. растворе. При ДН 2 степени рекомендуется введение системных ГКС (Дексаметазон 0,5 мг/кг или Преднизолон 3-5 мг/кг) под контролем системного АД. Ингаляции муколитика Амброксол «Лазолван» в дозе 1 мл через небулайзер. При отсутствии эффекта в течение 20 минут или на этапе СМП повторить ингаляцию беродуала в той же дозе. На этапе СМП кислородотерапия. Госпитализация в инфекционный стационар.
P2	отлично	Ответ полный, указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо/ удовлетворительно	Для оценки «хорошо» - ответ правильный, не указан 1 из дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно» - ответ неполный, не указаны 2 и более дескриптора правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Нет ответа
В	5	Каковы Ваш план лечения и диспансерного наблюдения?
Э		Фенотерол/Ипратропия бромид «Беродуал» через небулайзер по 10 капель 3 раза в день 5 дней. Амброксол «Лазолван» по 1 мл 2-3 раза в

		<p>день 5 дней. Учитывая риск развития бронхиальной астмы можно добавить через 15 мин после ингаляции Беродуала ингаляцию Будесонидом «Пульмикорт» по 0,25 мг 2 раза в день. Кроме этого, в терапии можно добавить противовирусный препарат: например, Анаферон детский по схеме: в первые 2 часа через 30 мин, затем еще 3 раза в день.</p> <p>Наблюдение в ПБ группе с диагнозом: "Обструктивный бронхит, рецидивирующее течение, угроза БА в течение 1 года". Осмотр врачом-педиатром участковым 1 раз в 3 месяца, консультация врача-пульмонолога и аллерголога-иммунолога после обострения, клинический минимум 2 раза в год, исследование общего IgE, ведение пищевого дневника. Профилактика ОРВИ, посещение ДОУ после 3 лет. Гипоаллергенный быт и индивидуальная диета. Фитотерапия противопоказана. Вакцинация через месяц с подготовкой. Снятие с учёта при отсутствии обструкции в течение года.</p>
P2	отлично	Ответ полный, описан полный план лечения и диспансерного наблюдения на участке
P1	хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: описан неполный план лечения и диспансерного наблюдения на участке, пропущены 1-2 пункта</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: пропущено более 2 пунктов лечения и диспансерного наблюдения</p>
P0	неудовлетворительно	Ответ отсутствует
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

#### Ситуационная задача №4

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		К мальчику 3,5 лет вызвана бригада " скорой помощи". 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней правосторонней пневмонией. Участковый педиатр был накануне и назначил амоксициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "скорой помощи". В

		возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился амоксициллином, на который была реакция в виде кратковременной сыпи. На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей – уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный пот, затруднен выдох, частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно - дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные сухие хрипы с обеих, мелкопузырчатые хрипы в нижней доле справа. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный 160- уд в мин., АД – 60/20 мм рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.
В	1	Ваш диагноз. Обоснуйте его
В	2	Окажите экстренную медицинскую помощь
В	3	Дальнейшая тактика терапии
В	4	Выделите ведущий патологический синдром
В	5	Какие рекомендации следует дать родителям ребенка

#### Оценочный лист к ситуационной задаче по №4

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		К мальчику 3,5 лет вызвана бригада " скорой помощи". 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней правосторонней пневмонией. Участковый педиатр был накануне и назначил амоксициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "скорой помощи". В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился амоксициллином, на который была реакция в виде кратковременной сыпи. На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей – уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный пот, затруднен выдох, частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно - дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные сухие хрипы с обеих, мелкопузырчатые хрипы в нижней доле справа. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный 160- уд в мин., АД – 60/20 мм рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без

		определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.
В	1	Диагноз
Э		Лекарственный анафилактический шок средней степени тяжести (антибиотик группы пенициллина). Внебольничная пневмония справа.
P2	отлично	Лекарственный анафилактический шок средней степени тяжести (антибиотик группы пенициллина). Внебольничная пневмония справа.
P1	Хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: диагноз правильный, не указана степень тяжести анафилактического шока Для оценки «удовлетворительно»: диагноз верен, не указана степень тяжести, этиологический фактор – антибиотик группы пенициллина
P0	неудовлетворительно	Диагноз не верен.
В	2	Экстренная медицинская помощь
Э	-	Правильный ответ: адреналин 0,01 мг/кг (не более 0,15 мл) в/м, при возможности в/в доступа – в/в адреналин 0,01 мг/кг при разведении 0,9% раствором хлорида натрия. Гидрокортизон – 50 мг (детям от 6 мес. до 6 лет). Преднизолон 5-10 мг/кг в/м или в/в. Доврачебная помощь: Ребенка уложить на бок для избежания асфиксии, приподнятый ножной конец, обеспечить доступ воздуха, на место инъекции лед.
P2	отлично	Препарат выбора – адреналин, правильно названы дозы и последовательность введения, правильно оценена доврачебная помощь.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: препаратом 1 выбора указан адреналин, неверно выбран метод введения. Не показана последовательность введения Для оценки «удовлетворительно»: не указаны дозировки и последовательность введения адреналина и гормонов, ошибочное введение антигистаминных препаратов
P0	неудовлетворительно	Препаратом выбора указан антигистаминный препарат (2% хлоропирамин 0,1 мл/год жизни), или др., не введен адреналин
В	3	Дальнейшая тактика терапии
Э		- доступ к вене – инфузия глюкозо-солевого раствора 20 мл/кг/час, при артериальной гипотензии вводить декстран 10 мл/кг до нормализации АД. Оксигенотерапия. Учитывая признаки обструкции – бронхолитики - сальбутамол 1 мл или беродуал 10 кап через небулайзер (добавить до метки 3-4 мл физиологического раствора) или эуфиллин 4-6 мг/кг в/в медленно
P2	отлично	Правильно указана последовательность введения и расчет дозировок лекарственных средств
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: правильный перечень мероприятий и лекарственных средств, неточно указаны дозировки Для оценки «удовлетворительно»: допущены ошибки при расчете инфузионной терапии, не назначена оксигенотерапия и бронхолитики,
P0	неудовлетворительно	Не знает последующей терапии

В	4	Ведущий патологический синдром
Э		Шок
Р2	отлично	Шок
Р1	хорошо/ удовлетвори тельно	Для оценки «хорошо» - приведены синонимы – синдром сосудистой недостаточности, синдром артериальной гипотензии Для оценки «удовлетворительно» - назван ведущим синдром бронхиальной обструкции, шок или сосудистая недостаточность названы дополнительно
Р0	неудовлетво рительно	не определены ведущие синдромы
В	5	Какие рекомендации необходимо дать родителям?
Э		Исключение облигатных аллергенов, препаратов группы пенициллинов и цефалоспоринов, продуктов на основе дрожжей и грибков (пекарские дрожжи, сыр с плесенью и др.).
Р2	отлично	Указано правильно исключение препаратов группу пенициллина и цефалоспоринов, разработана индивидуальная диета.
Р1	хорошо/удов летворитель но	Для оценки «хорошо»: указано исключение только антибиотиков группы пенициллина, разработана индивидуальная диета Для оценки «удовлетворительно»: - не разработана индивидуальная диета, исключено применение только ампициллина
Р0	неудовлетво рительно	Нет понятия об элиминации причинно-значимого аллергена
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора- составителя	Григорян Л.А.

#### Оценочный лист к ситуационной задаче по № 4

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	Б/02.8	Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности
	Б/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У		<p>К мальчику 3 лет вызвана бригада " скорой помощи". 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней правосторонней пневмонией. Участковый педиатр был накануне и назначил амоксициллин внутримышечно. Первая инъекция препарата была сделана за 30 минут до прибытия бригады "скорой помощи". В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной сыпи. На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей – уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный пот, затруднен выдох, частота дыхания 56 в минуту. Аускультативно - дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные сухие хрипы с обеих, мелкопузырчатые хрипы в нижней доле справа. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный 160- уд в мин., АД – 60/20 мм рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было.</p>
В	1	Диагноз
Э		Лекарственный анафилактический шок средней степени тяжести (антибиотик группы пенициллина). Внебольничная пневмония справа.
P2	отлично	Лекарственный анафилактический шок средней степени тяжести (антибиотик группы пенициллина). Внебольничная пневмония справа.
P1	Хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: диагноз правильный, не указана степень тяжести анафилактического шока</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: диагноз верен, не указана степень тяжести, этиологический фактор – антибиотик группы пенициллина</p>
P0	неудовлетворительно	Диагноз не верен.
В	2	Экстренная медицинская помощь
Э	-	<p>Правильный ответ: адреналин 0,01 мг/кг (не более 0,15 мл) в/м, при возможности в/в доступа – в/в адреналин 0,01 мг/кг при разведении 0,9% раствором хлорида натрия. Гидрокортизон – 50 мг (детям от 6 мес. до 6 лет). Преднизолон 5-10 мг/кг в/м или в/в.</p> <p>Доврачебная помощь: Ребенка уложить на бок для избежания асфиксии, приподнятый ножной конец, обеспечить доступ воздуха, на место инъекции лед.</p>
P2	отлично	Препарат выбора – адреналин, правильно названы дозы и последовательность введения, правильно оценена доврачебная помощь.
P1	хорошо/удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: препаратом 1 выбора указан адреналин, неверно выбран метод введения. Не показана последовательность введения</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: не указаны дозировки и последовательность введения анрениалина и гормонов, ошибочное введение антигистаминных препаратов</p>
P0	неудовлетворительно	Препаратом выбора указан антигистаминный препарат (2%хлоропирамин 0,1мл/год жизни), или др., не введен адреналин
В	3	Дальнейшая тактика терапии

Э		- доступ к вене – инфузия глюкозо-солевого раствора 20 мл/кг/час, при артериальной гипотензии вводить декстран 10 мл/кг до нормализации АД. Оксигенотерапия.  Учитывая признаки обструкции – бронхолитики - сальбутамол 1 мл или беродуал 10 кап через небулайзер (добавить до метки 3-4 мл физиологического раствора) или эуфиллин 4-6 мг/кг в/в медленно
P2	отлично	Правильно указана последовательность введения и расчет дозировок лекарственных средств
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: правильный перечень мероприятий и лекарственных средств, неточно указаны дозировки  Для оценки «удовлетворительно»: допущены ошибки при расчете инфузионной терапии, не назначена оксигенотерапия и бронхолитики,
P0	неудовлетворительно	Не знает последующей терапии
В	4	Ведущий патологический синдром
Э		Шок
P2	отлично	Шок
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо» - приведены синонимы – синдром сосудистой недостаточности, синдром артериальной гипотензии  Для оценки «удовлетворительно» - назван ведущим синдром бронхиальной обструкции, шок или сосудистая недостаточность названы дополнительно
P0	неудовлетворительно	не определены ведущие синдромы
В	5	Какие рекомендации необходимо дать родителям?
Э		Исключение облигатных аллергенов, препаратов группы пенициллинов и цефалоспоринов, продуктов на основе дрожжей и грибов (пекарские дрожжи, сыр с плесенью и др.).
P2	отлично	Указано правильно исключение препаратов группу пенициллина и цефалоспоринов, разработана индивидуальная диета.
P1	хорошо/удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указано исключение только антибиотиков группы пенициллина, разработана индивидуальная диета  Для оценки «удовлетворительно»: - не разработана индивидуальная диета, исключено применение только ампициллина
P0	неудовлетворительно	Нет понятия об элиминации причинно-значимого аллергена
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

### Оценочное средство 3

#### Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка: Аускультация легких

<b>С</b>	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
<b>К</b>	Код и наименование компетенции: ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
<b>Ф</b>	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
<b>ТД</b>	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Провести аускультацию легких спереди последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
3.	Провести аускультацию легких по боковым поверхностям последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
4.	Провести аускультацию легких по задней поверхности последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации лимфатических узлов

<b>С</b>	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
<b>К</b>	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
<b>Ф</b>	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
<b>ТД</b>	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или)		

состояний и установления диагноза			
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции, объяснить ход манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные. Пальпацию осуществляют симметрично, прижимая лимфатические узлы к подлежащей более плотной ткани (мышцам, костям) нежными, поглаживающими (поперечными, продольными, круговыми) движениями II, III и IV пальцем рук	1 балл	-1 балл
3.	<p>Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов</p> <p>1. Затылочные - расположены по сторонам от затылочного бугра затылочной кости; собирают лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи. При их пальпации лоб ребенка фиксируют большими пальцами, остальными пальцами ощупывают затылочный бугор.</p> <p>2. Заушные (сосцевидные) - расположены на сосцевидном отростке, собирают лимфу с теменной области, ушной раковины и наружного слухового прохода. Для их определения тщательно прощупывают область сосцевидного отростка.</p> <p>3. Подбородочные - собирают лимфу с кожи подбородка и нижней губы, десен, зубов, языка. Для их пальпации голову слегка наклоняют вперед и фиксируют левой рукой. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают посередине подбородочной области так, чтобы кончики пальцев упирались в переднюю поверхность шеи. Затем, пальпируя по направлению к подбородку, пытаются прижать лимфатические узлы к краю нижней челюсти.</p> <p>4. Подчелюстные - собирают лимфу с кожи губ, подбородка, щек, носа, нижних век, слизистой оболочки носа, нёба, десен, а также с зубов, языка и слюнных желез, расположены в подчелюстной области. Для их пальпации голову ребенка несколько опускают, при наклоненной голове достигается максимальное расслабление диафрагмы, что способствует более точному результату.левой рукой врач фиксирует голову ребенка, пальцами правой пальпирует под</p> <p>10. Торакальные (грудные) - расположены под нижним краем большой грудной мышцы; собирают лимфу с кожи грудной клетки, париетальной плевры, отчасти легких и грудных желез. Пальпацию проводят по</p>	1 балл	-1 балла

	<p>передней поверхности груди под нижним краем большой грудной мышцы. Для этого исследователь располагает руки по передней аксиллярной линии, а II, III и IV палец рук вводит под большую грудную мышцу и круговыми движениями продвигает к груди.</p> <p>11. Локтевые (кубитальные) - собирают лимфу с медиальной и центральной части предплечья, тканей III, IV, V пальца кистей рук. Для исследования локтевых лимфатических узлов необходимо одноименной рукой захватить кисть и предплечье пациента. Рука согнута в локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают <i>sulcus bicipitalis medialis</i> на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча.</p> <p>12. Паховые - расположены под пупартовой связкой, где и пальпируются; собирают лимфу с нижних конечностей, нижней части живота, ягодицы, от половых органов, промежности и заднего прохода.</p> <p>13. Подколенные - расположены в подколенной ямке; собирают лимфу с задней поверхности и тканей голени, пяточной области. Для исследования лимфатических узлов ребенок ложится на живот, а пальпацию подколенной ямки проводят при согнутой в коленном суставе ноге под прямым углом. Старших детей пальпируют в положении стоя, расположив колено на кушетке или сиденье стула. Врач встает позади пациента и пальпирует подколенную ямку согнутой в коленном суставе конечности сначала одной, затем другой ноги.</p>		
4.	<p>Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже.</li> <li>• Количество: единичные (в каждой группе пальпируется 3 лимфатических узла и менее), множественные (более 3). У здоровых детей могут пальпироваться единичные узлы.</li> <li>• Размеры: оцениваются в миллиметрах или сантиметрах. Нормальной величиной является размер лимфатического узла до 0,5-1 см. При увеличении узлов оценивают поперечный и продольный размеры в сантиметрах.</li> <li>• Консистенция: у здоровых детей консистенция узлов эластическая (мягкоили плотноэластическая); при патологии может быть выявлено размягчение или уплотнение.</li> <li>• Подвижность: у здоровых детей узлы подвижные, при патологии - малоподвижные, неподвижные.</li> <li>• Болезненность или чувствительность: обычно лимфатические узлы при пальпации безболезненные. При патологии может определяться болезненность.</li> </ul>	1 балл	-1 балла

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношение к другим тканям (спаянность с кожей и между собой); у здоровых детей лимфатические узлы не спаяны между собой и окружающими тканями. При патологии могут быть спаяны с кожей и между собой, тогда говорят о «пакетах» узлов.</li> <li>• Изменение кожи над лимфатическими узлами: в норме цвет и температура кожи над узлами не изменены. При патологии кожа над узлом может быть горячей на ощупь, гиперемирована.</li> </ul>		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

<b>С</b>	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
<b>К</b>	Код и наименование компетенции: ПК 2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками ПК 4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков ПК 5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
<b>Ф</b>	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
<b>ТД</b>	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Перкуссию селезенки проводят в положении больного на правом боку. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.	1 балл	-1 балла
3.	Перкуссию слабой силы ведут от края реберной дуги непосредственно по X ребру. На месте появления притупленного звука ставят точку по краю пальца, обращенного к тимпаническому звуку. Затем палец-	1 балл	-1 балла

	пlessиметр переносят на заднюю подмышечную линию и располагают его перпендикулярно к X ребру, проводят также тихую перкуссию. При появлении притупленного перкуторного звука ставят отметку по краю пальца, который обращен к ясному перкуторному звуку. Таким образом определяют длинник селезенки.																	
4.	далее переходят к определению ее поперечника. Для этого длинник селезенки делят пополам, палец-пlessиметр устанавливают параллельно X ребру, смещают его на два межреберья вверх и перкутируют по направлению к середине селезенки, отмечая границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука. По этой же вертикальной линии осуществляют перкуссию от края реберной дуги по направлению вверх к середине селезенки. Также отмечают границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука (иначе мы нарушаем общее правило перкуссии: идти от звука ясного к звуку тупому).	1 балл	-1 балла															
5.	<p>Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Линия измерения</th> <th colspan="3">Возраст</th> </tr> <tr> <th>дошкольники</th> <th>школьники</th> <th>подростки</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Длинник</td> <td>3-4</td> <td>5-7</td> <td>6-8</td> </tr> <tr> <td>Поперечник</td> <td>2-3</td> <td>3-5</td> <td>4-6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Перкуторные размеры селезенки, см.</p>	Линия измерения	Возраст			дошкольники	школьники	подростки	Длинник	3-4	5-7	6-8	Поперечник	2-3	3-5	4-6	1 балл	-1 балла
Линия измерения	Возраст																	
	дошкольники	школьники	подростки															
Длинник	3-4	5-7	6-8															
Поперечник	2-3	3-5	4-6															
	Итого	5	-5															

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 80% выполнения

«Не зачтено» 79 и менее% выполнения

## 5. Критерии оценивания результатов обучения

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

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