

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПО ОБУЧАЮЩЕМУ СИМУЛЯЦИОННОМУ КУРСУ**  
**(СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология  
*код, наименование*

Кафедра: факультетской и поликлинической педиатрии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
2	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-7	Текущий	Тема 1.1. Неотложные состояния в аллергологии и иммунологии Тема 1.2. Основы медицинской этики и деонтологии в аллергологии и иммунологии Тема 1.3. Основы медицинской этики и деонтологии в аллергологии и иммунологии	Кейс-задание Тесты
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-7	Промежуточный	Все темы практики	Кейс-задание Тесты

### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тест, кейс-задача.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-

## 2 ПК-3, ПК-4 ПК-7

1. В лабораторной практике исследование гистамина используют в диагностике:
  - 1) Мастоцитоза
  - 2) Анафилактических реакций\*
  - 3) Реакций гиперчувствительности замедленного типа
  - 4) Целиакии
  
2. Аминокислотные смеси рекомендуется применять:
  - 1) У детей с анафилаксией на аллергию к белкам коровьего молока\*
  - 2) Для коррекции рациона детей с легкими проявлениями атопии
  - 3) Для профилактики аллергии у детей из «групп риска»
  - 4) В питании здоровых детей
  
3. Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы у детей является сатурация кислорода менее (в процентах)
  - 1) 90\*
  - 2) 94
  - 3) 89
  - 4) 92
  
4. Тяжелое обострение бронхиальной астмы характеризуется
  - 1) Частотой дыхания 25 мин; пульсом 110 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе\*.
  - 2) Частотой дыхания 20 мин; пульсом 80 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе.
  - 3) Частотой дыхания 25 мин; пульсом 110 мин; возможностью произнести фразу на одном выдохе.
  - 5) Частотой дыхания 15 мин; пульсом 110 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе.
  
5. Астма, близкая к фатальной, характеризуется
  - 1) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 45$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких\*
  - 2) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 55$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких
  - 3) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 65$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких
  - 4) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 50$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких
  
6. При жизнеугрожающем обострении бронхиальной астмы
  - 1) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$ \*
  - 2) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$
  - 3) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$
  - 4) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$
  
7. Под астматическим статусом понимают
  - 1) эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной Астмы\*
  - 2) эпизод хронической дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной астмы

- 3) эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхита  
4) постоянная острая дыхательная недостаточность вследствие обострения

8. Клиническими признаками тяжелого обострения являются

- 1) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое"), цианоз или снижение уровня сознания\*
- 2) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), брадипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое"), цианоз или снижение уровня сознания
- 3) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, сухие хрипы в легких, цианоз или снижение уровня сознания
- 4) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое")

9. Обострения бронхиальной астмы средней тяжести требуют назначения

- 1) 6–10 доз короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч\*
- 2) 6–10 доз бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 4 ч
- 3) 3-5 бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч
- 4) 6–10 доз длительнодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч

10. Легкие обострения купируются

- 1) 2–4 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 часа\*
- 2) 2–4 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 2 часа
- 3) 6–8 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 ч
- 4) 2–4 дозами длительнодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 ч

4.2. Кейс-задачи для оценки компетенций УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-2

ПК-3, ПК-4 ПК-7

Н	-	001
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У ребенка 12 лет жалобы на отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отеки. Родители

		<p>ребенка связывают появление отеков и сыпи с употреблением в питании citrusовых.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты – Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отеки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД – 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких – хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия. Аллергический ангиоотек мягких тканей
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
В	4	Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор
В	5	На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: отеков не стало, новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.
Н	-	002
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от долженствующих цифр.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
В	3	Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием
В	4	Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей

В	5	Как вакцинировать пациента с бронхиальной астмой средней степени тяжести?
Н	-	003
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
		<p>74-летнюю пациентку через 20 минут после введения рентгеноконтрастной среды Йомерон бросает в жар, что сопровождается приливом крови к лицу, опуханием лица и в конечном итоге приводит к кратковременной потере сознания. После введения Диметиндена внутривенно состояние улучшается. Для определения переносимости рентгеноконтрастной среды был проведён подкожный тест. Уровень сывороточной триптазы пациентки измеряли дважды, во время реакции и после полного исчезновения всех клинических симптомов реакции.</p> <p>ImmunoCAP® Триптаза Подкожный тест  Во время реакции: 14.7 µg/l Йогексол, Йопромид и Йомепрол: Слабый положительный ответ  Базальный уровень: 5.9 µg/l Йоверсол: сомнительный положительн.  Йопамидолум Йодиксанол: Отрицательный ответ</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Окажите медицинскую помощь пациенту с данным заболеванием
В	3	Сделайте запись в аллергологическом паспорте
В	4	Какое повышение уровня триптазы по сравнению с базальным уровнем является подтверждением активации тучных клеток?
В	5	Что такое дельта-триптаза?

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» для оценки компетенций УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-7

:

1. В лабораторной практике исследование гистамина используют в диагностике:

- 1) Мастоцитоза
- 2) Анафилактических реакций\*
- 3) Реакций гиперчувствительности замедленного типа
- 4) Целиакии

2. Аминокислотные смеси рекомендуется применять:

- 1) У детей с анафилаксией на аллергию к белкам коровьего молока\*
- 2) Для коррекции рациона детей с легкими проявлениями атопии
- 3) Для профилактики аллергии у детей из «групп риска»
- 4) В питании здоровых детей

3. Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы у детей является сатурация кислорода менее (в процентах)

- 1) 90\*
- 2) 94
- 3) 89
- 4) 92

4. Тяжелое обострение бронхиальной астмы характеризуется

- 1) Частотой дыхания 25 мин; пульсом 110 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе\*.
- 2) Частотой дыхания 20 мин; пульсом 80 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе.
- 3) Частотой дыхания 25 мин; пульсом 110 мин; возможностью произнести фразу на одном выдохе.
- 5) Частотой дыхания 15 мин; пульсом 110 мин; невозможностью произнести фразу на одном выдохе.

5. Астма, близкая к фатальной, характеризуется

- 1) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 45$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких\*
- 2) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 55$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких
- 3) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 65$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких
- 4) Гиперкапнией ( $P_aCO_2 > 50$  мм рт.ст.) и/или потребностью в проведении механической вентиляции легких

6. При жизнеугрожающем обострении бронхиальной астмы

- 1) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%*$
- 2) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$
- 3) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$
- 4) Пиковая скорость выдоха  $< 33\%$  от лучших значений;  $SpO_2 < 92\%$

7. Под астматическим статусом понимают

- 1) эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной Астмы\*
- 2) эпизод хронической дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной астмы
- 3) эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхита
- 4) постоянная острая дыхательная недостаточность вследствие обострения



8. Клиническими признаками тяжелого обострения являются

- 1) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое"), цианоз или снижение уровня сознания\*
- 2) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), брадипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое"), цианоз или снижение уровня сознания
- 3) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, сухие хрипы в легких, цианоз или снижение уровня сознания
- 4) дыхательный дистресс (включая нехватку воздуха для завершения предложения на одном дыхании), тахипноэ, отсутствие дыхательных шумов ("немое легкое")

9. Обострения бронхиальной астмы средней тяжести требуют назначения

- 1) 6–10 доз короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч\*
- 2) 6–10 доз бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 4 ч
- 3) 3-5 бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч
- 4) 6–10 доз длительнодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов каждые 1–2 ч

10. Легкие обострения купируются

- 1) 2–4 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 часа\*
- 2) 2–4 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 2 часа
- 3) 6–8 дозами короткодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 ч
- 4) 2–4 дозами длительнодействующих бета<sub>2</sub> - агонистов с помощью дозированных аэрозольных ингаляторов каждые 3–4 ч

11. КАКОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ?

- 1) апельсин
- 2) рыба\*
- 3) молоко
- 4) овсяная крупа

12. МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией
- 2) агональным дыханием, резким падением артериального давления, развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2-3 минут
- 3) удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом
- 4) мгновенной остановкой сердца и дыхания\*

13. Ангионевротический отек, сопровождавшийся ларингоспазмом, у госпитализированного с лекарственной аллергией в приемное отделение больного – это

- 1) нежелательная реакция средней серьезности
- 2) серьезная нежелательная реакция\*
- 3) нежелательная реакция, не подлежащая классификации как серьезная или несерьезная
- 4) несерьезная нежелательная реакция

14. Серьезный побочный эффект может быть определен как эффект, появление которого:

- 1) требует только отмены препарата;
- 2) требует лечения в амбулаторных условиях;
- 3) требует лечения в условиях стационара;
- 4) приводит к временной нетрудоспособности;
- 5) приводит к стойкой нетрудоспособности.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 3, 4
- 2) 3, 5\*
- 3) 1, 4
- 4) 2, 4

15. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА УКУСЫ НАСЕКОМЫХ ЛЕЖИТ \_\_ ТИП ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:

- 1) I\*
- 2) II
- 3) IV
- 4) III

16. КАКОВА ДОМИНИРУЮЩАЯ ЭТОЛОГИЯ АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ:

- 1) яд перепончатокрылых
- 2) пищевые продукты\*
- 3) физические факторы
- 4) лекарственные препараты

17. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНАФИЛАКСИИ:

- 1) не применяются для подтверждения диагноза анафилаксии
- 2) могут полностью исключить диагноз анафилаксии
- 3) целесообразны лишь в оптимальные сроки после начала развития анафилаксии\*

18. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ПОНЯТИЯ "АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК"

- 1) развивается исключительно при парентеральном введении аллергена
- 2) самый тяжелый вариант течения анафилаксии\*
- 3) скорость возникновения анафилактического шока колеблется до суток
- 4) частота анафилактического шока среди анафилактических реакций составляет 20%

19. ДОМИНИРУЮЩИЕ ТРИГГЕРЫ ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ЭТО:

- 1) рыба, морепродукты
- 2) арахис, орехи деревьев
- 3) молоко, яйцо\*
- 4) фрукты

20. МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, НАЧИНАЮТСЯ С:

- 1) оказания немедленной медицинской помощи на месте\*
- 2) транспортировки больного в медицинское учреждение
- 3) вызова специализированной бригады «скорой помощи»
- 4) консультации аллерголога - иммунолога

21. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) угроза жизни, неэффективность амбулаторного лечения, отек дыхательных путей,

отек языка\*

- 2) снижение систолического артериального давления ниже 70 мм.рт.ст, отек губ, носа
- 3) снижение диастолического давления ниже 200 мм.рт.ст., отек кишечника,
- 4) отек кишечника, губ, носа, ушей, боли в животе, затруднение дыхания

22. ОСЛОЖНЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- 1) симптомами острой дыхательной и сердечной недостаточности
- 2) тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах\*
- 3) отсутствием симптомов острой сердечно – сосудистой недостаточности
- 4) отсутствием симптомов отека мозга, дыхательной недостаточности

23. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АНТИГОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА, ВЫЗВАННОГО ДЕФИЦИТОМ С1-ИНГИБИТОРА ВКЛЮЧАЮТ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОТЕКИ ГОРТАНИ, А ТАКЖЕ:

- 1) невоспалительные подкожные отеки без крапивницы, боль в животе\*
- 2) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли в суставах
- 3) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли при дыхании
- 4) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, головные боли

24. СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) супрастин
- 2) дексаметазон
- 3) адреналин \*
- 4) преднизолон

25. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ:

- 1) всегда имеется гиперемия кожи лица
- 2) могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов\*
- 3) всегда имеются уртикарные высыпания
- 4) всегда имеются ангиоотёки

26. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АНАФИЛАКСИЕЙ ДОЛЖНО БЫТЬ:

- 1) лежа на спине с приподнятой головой и плечевым поясом
- 2) лежа на спине с валиком под шейей
- 3) полусидя в удобном положении с расстегнутым воротником
- 4) лежа на спине с приподнятыми нижними конечностями\*

27. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) эпидермальный некролиз\*
- 2) эксфолиативная эритродермия
- 3) экзантематозный пустулез
- 4) фиксированная токсикодермия

28. АДРЕНАЛИН ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКСИИ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ:

- 1) ингаляционно
- 2) под язык
- 3) внутримышечно\*

4) внутривенно

29. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) пустулезным поражением кожи и слизистых оболочек
- 2) пустулезным и везикулезным поражением кожи
- 3) узловатой эритемой на коже
- 4) буллезным поражением кожи и слизистых оболочек\*

30. К НЕОТЛОЖНЫМИ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ ВВЕДЕНИЕ:

- 1) срочное антигистаминных препаратов внутривенно
- 2) одномоментное 2,0 мл 0,1 % адреналина внутривенно
- 3) 0,1 % адреналина 0,3-0,5 мл дробно до стабилизации артериального давления\*
- 4) срочное 2,4 % раствора эуфиллина при удушье

31. ПРЕВЫШЕНИЕ ДОПУСТИМОЙ ДОЗЫ ЭПИНЕФРИНА У БОЛЬНЫХ С АНАФИЛАКСИЕЙ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) гипертонию
- 2) гипогликемию
- 3) инфаркт миокарда\*
- 4) кому

32. ПОСЛЕ РЕГРЕССИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ОТЕКА КВИНКЕ НА ПОРАЖЕННОЙ КОЖЕ:

- 1) остается гиперпигментация
- 2) остается шелушение
- 3) остается гипопигментация
- 4) ничего не остается\*

33. ВЕРНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) внутривенный\*
- 2) пероральный
- 3) внутримышечный
- 4) ингаляционный

5.1.2 Кейс-задачи для оценки компетенций УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-7

Н	-	001
Ф	А/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	А/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	<p>У ребенка 12 лет жалобы на отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях.</p> <p>Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отеки. Родители ребенка связывают появление отеков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты – Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отеки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД – 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких – хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия. Аллергический ангиоотек мягких тканей
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
В	4	Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор
В	5	На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: отеков не стало, новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.
Н	-	002
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами

Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%.</p> <p>Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должествующих цифр.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз

В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
В	3	Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием
В	4	Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей
В	5	Как вакцинировать пациента с бронхиальной астмой средней степени тяжести?
Н	-	003
Ф	A/01.8	Проведение аллергологического обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
		<p>74-летнюю пациентку через 20 минут после введения рентгеноконтрастной среды Йомерон бросает в жар, что сопровождается приливом крови к лицу, опуханием лица и в конечном итоге приводит к кратковременной потере сознания. После введения Диметиндена внутривенно состояние улучшается. Для определения переносимости рентгеноконтрастной среды был проведён подкожный тест. Уровень сывороточной триптазы пациентки измеряли дважды, во время реакции и после полного исчезновения всех клинических симптомов реакции.</p> <p>ImmunoCAP® Триптаза Подкожный тест  Во время реакции: 14.7 µg/l Йогексол, Йопромид и Йомепрол: Слабый положительный ответ  Базальный уровень: 5.9 µg/l Йоверсол: сомнительный положительн.  Йопаמידолум Йодиксанол: Отрицательный ответ</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Окажите медицинскую помощь пациенту с данным заболеванием
В	3	Сделайте запись в аллергологическом паспорте
В	4	Какое повышение уровня триптазы по сравнению с базальным уровнем является подтверждением активации тучных клеток?
В	5	Что такое дельта-триптаза?

**6. Критерии оценивания результатов обучения**

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Тарасова Алла Анатольевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии

Дата «16» февраля 2023 г.