

## Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине аллергология-иммунология

(наименование дисциплины)

по специальности 31.08.26 Аллергология-иммунология

(шифр, наименование )

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	1. Клиническая аллергология 2. Клиническая иммунология	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12	<b>ЗНАТЬ:</b> Общие вопросы организации медицинской помощи населению -Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний -Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями -Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями -Закономерности функционирования здорового организма	Тесты Задачи	100 30

			<p>человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах</p> <p>-Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Методика осмотра и обследования пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Физиология иммунной системы у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях</p> <p>-Анатомо-физиологические особенности детского возраста и возрастная эволюция аллергических заболеваний</p> <p>-Этиология и</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>патогенез, патоморфология, клиническая картина дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитными состояниями -Изменения функционирования иммунной системы при иных (инфекционных, аутоиммунных, онкологических и иных) заболеваниях -Профессиональные заболевания в аллергологии и клинической иммунологии -Методы клинической и параклинической диагностики аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний -Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению кожных проб с аллергенами и провокационных тестов с аллергенами у пациентов с аллергическими заболеваниями -Аллергические заболевания и (или) иммунодефицитные состояния, требующие направления пациентов к врачам-специалистам -Аллергические заболевания и (или) иммунодефицитные состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме -Заболевания и (или)</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями в функционировании иммунной системы</p> <p>-Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-МКБ</p>		
			<p><b>УМЕТЬ:</b>Разрабатывать план лечения пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания меди-цинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи населению по профилю "аллергогология и иммунология"</p> <p>-Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с</p>		

			<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Назначать немедикаментозное лечение пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммуно-дефицитными состояниями</p> <p>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии</p> <p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-Оценивать эффективность и безопасность немедика-ментозного лечения пациентов с аллергическими</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии</li><li>-Разрабатывать индивидуальный протокол аллерген-специфической иммунотерапии пациентам с аллергическими заболеваниями</li><li>-Проводить мониторинг эффективности и безопасности аллерген-специфической иммунотерапии для пациентов с аллергическими заболеваниями</li><li>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к вакцинопрофилактике у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</li><li>-Составлять индивидуальные планы вакцинопрофилактики у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</li><li>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения заместительной терапии пациентам с</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Проводить мониторинг эффективности и безопасности заместительной терапии для пациентов с иммунодефицитными состояниями</p> <p>Выполнять манипуляции:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- приготовление разведений индивидуальных аллергенов для проведения аллерген-специфической иммунотерапии;</li><li>- инъекции аллергенов при проведении аллерген-специфической иммунотерапии;</li><li>- проведение проб с лекарственными препаратами</li></ul> <p>-Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, аллерген-специфической иммунотерапии</p> <p>-Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>-Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- купировать острый ангиоотек;</li> <li>- купировать обострение астмы;</li> <li>- оказывать медицинскую помощь при анафилактическом шоке;</li> <li>- оказывать медицинскую помощь при астматическом статусе;</li> <li>- купировать обострение крапивницы;</li> <li>- купировать обострение atopического дерматита</li> </ul>		
			<p><b>Знать:</b></p> <p>-Механизмы действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в аллергологии и клинической иммунологии;</p> <p>медицинские показания и</p>		



			<p>медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>-Методы немедикаментозного лечения аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>-Механизм действия аллерген-специфической иммунотерапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к применению; методы проведения; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>-Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению вакцинопрофилактики у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Медицинские показания и</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>медицинские противопоказания к проведению заместительной терапии пациентам с иммунодефицитными состояниями, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>-Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Требования асептики и антисептики</p> <p>-Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p><b>Уметь:</b></p> <p>-Разрабатывать план лечения пациентов с аллергическими</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология"</p> <p>-Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Назначать немедикаментозное лечение пациентам с</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>аллергическими заболеваниями и (или) иммуно-дефицитными состояниями</p> <p>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению аллерген-специфической иммунотерапии</p> <p>-Разрабатывать индивидуальный протокол аллерген-специфической иммунотерапии пациентам с аллергическими заболеваниями</p> <p>-Проводить мониторинг эффективности и безопасности аллерген-специфической иммунотерапии для пациентов с аллергическими</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>заболеваниями</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к вакцинопрофилактике у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</li><li>-Составлять индивидуальные планы вакцинопрофилактики у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</li><li>-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения заместительной терапии пациентам с иммунодефицитными состояниями</li><li>-Проводить мониторинг эффективности и безопасности заместительной терапии для пациентов с иммунодефицитными состояниями</li></ul> <p>Выполнять манипуляции:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- приготовление разведений индивидуальных аллергенов для проведения аллерген-специфической иммунотерапии;</li><li>- инъекции аллергенов при проведении аллерген-специфической иммунотерапии;</li><li>- проведение проб с лекарственными препаратами</li></ul>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, аллерген-специфической иммунотерапии</p> <p>-Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения</p> <p>-Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- купировать острый ангиоотек;</li><li>- купировать обострение астмы;</li><li>- оказывать медицинскую помощь при анафилактическом</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>шоке;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- оказывать медицинскую помощь при астматическом статусе;</li><li>- купировать обострение крапивницы;</li><li>- купировать обострение atopического дерматита</li></ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Разработка плана лечения пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</li><li>-Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</li><li>-Оценка эффективности и</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания для пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</p> <p>-Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и иных методов терапии - пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>-Назначение аллерген-специфической иммунотерапии пациентам с аллергическими заболеваниями</p> <p>-Оценка эффективности и безопасности аллерген-специфической иммунотерапии для пациентов с аллергическими заболеваниями</p> <p>-Проведение вакцинопрофилактики у пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными</p>		
--	--	--	--	--	--



			<p>состояниями</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения для пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями</li><li>-Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немеди-каментозного лечения, аллерген-специфической иммунотерапии</li><li>-Назначение и подбор лечебного питания пациентам с аллергическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандар-тов медицинской помощи</li><li>-Оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

			состояниями (анафилактический шок, острый ангиоотек, астматический статус, обострение астмы, острая крапивница, обострение атопического дерматита)		
--	--	--	--	--	--

## ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность Аллергология и иммунология 31.08.26

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. ПОД ИММУНИТЕТОМ ПОНИМАЮТ СПОСОБ:</p> <p>1) способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности</p> <p>2) способ сохранения жизнедеятельности субъекта при воздействии на него патогенных микроорганизмов</p> <p>3) способ защиты организма от живых микроорганизмов и веществ, не входящих в структуру тканей</p> <p>4) способ защиты от живых и мертвых микроорганизмов, аллергенов, химических веществ</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>2. ДАЙТЕ ХАРАКТЕРИСТИКУ ПОНЯТИЯ "АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК":</p> <p>1) развивается исключительно при парентеральном введении аллергена</p> <p>2) самый тяжелый вариант течения анафилаксии</p> <p>3) скорость возникновения анафилактического шока колеблется до суток</p> <p>4) частота анафилактического шока среди анафилактических реакций составляет 20%</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>3. ДОМИНИРУЮЩИЕ ТРИГГЕРЫ ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ЭТО:</p> <p>1) рыба, морепродукты</p> <p>2) арахис, орехи деревьев</p> <p>3) молоко, яйцо</p> <p>4) фрукты</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>4. КАКОВА ДОМИНИРУЮЩАЯ ЭТОЛОГИЯ АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ:</p> <p>1) яд перепончатокрылых</p> <p>2) пищевые продукты</p> <p>3) физические факторы</p> <p>4) лекарственные препараты</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3,</p>

<p><b>ДИАГНОСТИКЕ АНАФИЛАКСИИ:</b></p> <p>1) не применяются для подтверждения диагноза анафилаксии</p> <p>2) могут полностью исключить диагноз анафилаксии</p> <p>3) целесообразны лишь в оптимальные сроки после начала развития анафилаксии</p>	<p>ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>6. ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ ЖИЗНИ:</b></p> <p>1) 6-12 мес</p> <p>2) 4-6 месяц</p> <p>3) второй год</p> <p>4) в любом возрасте</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>7. КАКИЕ БЕЛКОВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В КУРИНОМ ЯЙЦЕ:</b></p> <p>1) овомукоид</p> <p>2) казеин</p> <p>3) профиллин</p> <p>4) каллекреин</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>8. КАКИЕ СВОЙСТВА ПРОЯВЛЯЮТ ОСНОВНЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ МОЛОКА:</b></p> <p>1) теряют свою биологическую активность после пастеризации</p> <p>2) теряют свою биологическую активность при комнатной температуре</p> <p>3) сохраняют свою биологическую активность после кипячения</p> <p>4) теряют свою биологическую активность после кипячения</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>9. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ДИЕТА С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРИЧИННО-ЗНАЧИМОГО АЛЛЕРГЕНА:</b></p> <p>1) исключаящая диета</p> <p>2) интенсивная диета</p> <p>3) стимулирующая диета</p> <p>4) элиминационная диета</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>10. КАКОЙ ПРОДУКТ ИЗ СЕМЕЙСТВА БОБОВЫХ МОЖЕТ СТАНОВИТЬСЯ ТАК НАЗЫВАЕМЫМ «СКРЫТЫМ АЛЛЕРГЕНОМ»:</b></p> <p>1) горох</p> <p>2) соя</p> <p>3) арахис</p> <p>4) фасоль</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>11. КАК С ВОЗРАСТОМ ИЗМЕНЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ НА РЫБУ:</b></p> <p>1) нормализуется</p> <p>2) уменьшается</p> <p>3) не изменяется</p> <p>4) увеличивается</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p><b>12. КАК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПИЩЕВЫМ ПРОДУКТАМ, НЕ СВЯЗАННАЯ С ИММУННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ:</b></p> <p>1) иммунная реакция на пищу</p> <p>2) персистирующая реакция на пищу</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

3) неиммунная реакция на пищу 4) реакция на пищу	
13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ: 1) Ig G 2) Ig D 3) Ig A 4) Ig E	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
14. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ УНИВЕРСАЛЬНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ КАК ПРИ IGE-ОПОСРЕДОВАННЫХ, ТАК И ПРИ НЕ-Ig E-ОПОСРЕДОВАННЫХ ФОРМАХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ: 1) общий анализ крови 2) эзофагогастродуоденоскопия 3) диагностическая элиминационная диета 4) кожное тестирование	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
15. С АЛЛЕРГИЕЙ НА КАКОЙ ПРОДУКТ КОЗЬЕ МОЛОКО МОЖЕТ ВЫСТУПАТЬ КАК ПЕРЕКРЕСТНЫЙ АЛЛЕРГЕН: 1) рыбий жир 2) пшеницу 3) сою 4) белок коровьего молока	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
16. НАИБОЛЕЕ КРИТИЧНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ПРИ ВВЕДЕНИИ СМЕСИ НА ОСНОВЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА: 1) 12 месяцев 2) первое полугодие жизни 3) 7 месяцев 4) 9 месяцев 5) 8 месяцев	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
17. КРИТИЧЕСКОЕ (ВРЕМЕННОЕ) ОКНО ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ПИЩЕ: 1) 6 – 8 мес 2) 4 – 6 мес 3) после 1 года 4) 10 мес 5) 3 мес	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
18. ПРИВИВАТЬ ПРОТИВ ГРИППА ПАЦИЕНТОВ С АНГИООТЁКОМ НА КУРИНЫЕ ЯЙЦА В АНАМНЕЗЕ: 1) можно, так как ангиоотёк в анамнезе на яйца не является противопоказанием 2) можно, не ранее чем через 3 месяца после ангиоотёка, развившегося при употреблении яиц 3) можно, не ранее чем через 6 месяцев после ангиоотёка, развившегося при употреблении любых яиц 4) нельзя, так как ангиоотёк на белок куриного яйца в анамнезе является противопоказанием	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
19. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ АКДС ЯВЛЯЕТСЯ:	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9,

<p>1) бронхиальная астма  2) недоношенность  3) прогрессирующая неврологическая симптоматика  4) тимомегалия</p>	ПК10, ПК11, ПК12
<p>20. РЕБЕНКУ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ РАЦИОНА:</p> <p>1) цельное коровье молоко, количество остальных молочных продуктов ограничить  2) цельное коровье молоко и все остальные молочные продукты  3) только цельное коровье молоко</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>21. НЕОБХОДИМОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕБЁНКА, ПЕРЕНЁСШЕГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ:</p> <p>1) не имеется, так как данная ситуация является противопоказанием  2) имеется, так как существует много серотипов пневмококка  3) не имеется, так как между пневмококками существуют перекрёстные реакции  4) имеется, но вакцинация может быть проведена только по эпидпоказаниям</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>22. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) неблагоприятные факторы среды  2) вирус иммунодефицита человека  3) хронический стресс  4) генетическая детерминированность</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>23. КАКОЙ ИЗ КЛАССОВ ИММУНОГБУЛИНОВ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР:</p> <p>1) Ig G  2) Ig A  3) Ig D  4) Ig E  5) Ig M</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>24. В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА ИСКЛЮЧЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</p> <p>1) кожные пробы с аллергенами  2) риноскопия  3) спирометрия с бронхолитическими тестами  4) определение общего Ig E  5) определение специфических Ig E</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>25. БОЛЬНЫМ С ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ:</p> <p>1) противостолбнячную сыворотку  2) столбнячный анатоксин  3) антирабическую вакцину  4) антирабический иммуноглобулин</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>26. ТАБАКОКУРЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ПРОЯВЛЕНИЕ СЕЗОННОЙ АЛЛЕРГИИ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

<p>1) увеличивает проявление аллергии</p> <p>2) на проявление аллергии влияют только сигареты</p> <p>3) электронные сигареты не влияют на формирование пыльцевых реакций</p> <p>4) не влияет на проявление аллергии</p> <p>5) уменьшает проявления аллергии</p>	
<p>27. ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТЫ ВОЗМОЖНЫ ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ:</p> <p>1) общих антигенных детерминант</p> <p>2) повышенного титра Ig E антител к медикаментам</p> <p>3) повышенного титра Ig G 4 антител к медикаментам</p> <p>4) разных антигенных детерминант</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>28. НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНУЮ АЛЛЕРГИЮ НА ЯЙЦА УКАЗЫВАЕТ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ IGE АНТИТЕЛ К:</p> <p>1) овомукоиду</p> <p>2) овоальбумину</p> <p>3) овотрансферрину</p> <p>4) кональбумину</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>29. ОСНОВУ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ СОСТАВЛЯЮТ:</p> <p>1) неспецифические механизмы</p> <p>2) недостаточность ферментов</p> <p>3) иммунологические механизмы</p> <p>4) вегетативные нарушения</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>30. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА УКУСЫ НАСЕКОМЫХ ЛЕЖИТ __ ТИП ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ:</p> <p>1) I</p> <p>2) II</p> <p>3) IV</p> <p>4) III</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>31. ВЫСОКОАФФИННЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ДЛЯ IGE ЭКСПРЕССИРОВАНЫ НА СЛЕДУЮЩИХ КЛЕТКАХ:</p> <p>1) эозинофилах, лейкоцитах</p> <p>2) эритроцитах, моноцитах</p> <p>3) лимфоцитах, тромбоцитах</p> <p>4) тучных клетках, базофилах</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>32. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <p>1) аппликационный тест</p> <p>2) уколочный тест</p> <p>3) скарификационный тест</p> <p>4) внутрикожный тест</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>33. ДИАМЕТР ИНГАЛИРУЕМЫХ ЧАСТИЦ ДЛЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИХ В НИЖНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ _____ МИКРОН:</p> <p>1) 2 – 5</p> <p>2) 1 - 4</p> <p>3) 5 – 10</p> <p>4) 10</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>34. ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:</p> <p>1) средства и воздействия, обладающие иммуотропностью, которые нормализуют конкретное нарушенное то или иное звено иммунной системы (компоненты или субкомпоненты Т-клеточного иммунитета, В-клеточного иммунитета, фагоцитоза, комплемента)</p> <p>2) средства, подавляющие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммуотропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)</p> <p>3) средства, стимулирующие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммуотропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)</p> <p>4) лекарственные средства, обладающие иммуотропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту)</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>35. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АСПИРИНА И:</p> <p>1) конъюнктивита, вазомоторного ринита</p> <p>2) тугоухости, крапивницы</p> <p>3) саркоидоза легких, хронического отита</p> <p>4) бронхиальной астмы, полипов носа</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>36. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>1) Бронхоскопии</p> <p>2) спирографии</p> <p>3) исследования газов крови</p> <p>4) рентгенологического исследования</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>37. МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, НАЧИНАЮТСЯ С:</p> <p>1) оказания немедленной медицинской помощи на месте</p> <p>2) транспортировки больного в медицинское учреждение</p> <p>3) вызова специализированной бригады «скорой помощи»</p> <p>4) консультации аллерголога - иммунолога</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>38. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) угроза жизни, неэффективность амбулаторного лечения, отек дыхательных путей, отек языка</p> <p>2) снижение систолического артериального давления ниже 70 мм.рт.ст, отек губ, носа</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>3) снижение диастолического давления ниже 200 мм.рт.ст., отек кишечника, 4) отек кишечника, губ, носа, ушей, боли в животе, затруднение дыхания</p>	
<p>39. ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) амплипульс, иглорефлексотерапию, пилатес</li> <li>2) амплипульс, ультразвуковое воздействие на область миндалин</li> <li>3) спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию</li> <li>4) амплипульс, хатха-йога, электрофорез сульфата магния</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>40. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лечебную физкультуру</li> <li>2) занятия в основной группе по физической культуре</li> <li>3) постановку кожных аллергических проб</li> <li>4) плавание в бассейне</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>41. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) занятия в основной группе через 3 месяца после приступа удушья</li> <li>2) занятия в группе лечебной физкультуры и дыхательную гимнастику</li> <li>3) освобождение от физической нагрузки на 3 месяца после одышки</li> <li>4) занятия в подготовительной группе через 1 месяц после приступа</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>42. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ БРУТОНА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) глюкокортикостероидных препаратов</li> <li>2) антагонистов лейкотриеновых рецепторов</li> <li>3) Донорского иммуноглобулина</li> <li>4) цитостатических препаратов</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>43. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ _____ ТЕРАПИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гормональную</li> <li>2) противовирусную</li> <li>3) иммуносупрессивную</li> <li>4) антибактериальную</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>44. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЮТ ТЕРАПИЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) заместительную иммуноглобулинами</li> <li>2) гормональными препаратами</li> <li>3) противомикробную</li> <li>4) иммуносупрессивную</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>



<p>45. НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НBS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при выписке из родильного дома</li> <li>2) в первые часы жизни</li> <li>3) на 2-3 сутки жизни</li> <li>4) в возрасте 1 месяца жизни</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>46. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ФАКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ УБЕДИТЕЛЬНЫМ АРГУМЕНТОМ ПРОТИВ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОК ПРОТИВ КОРИ, КРАСНУХИ, ПАРОТИТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) у ребенка отмечалась анафилактическая реакция на неомицин</li> <li>2) после проведения первой прививки КПК у ребенка на 3 день развилась острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура</li> <li>3) у ребенка отмечалась анафилактическая реакция на употребление куриных яиц</li> <li>4) у ребенка при обследовании выявлены специфические IgE к белку куриного яйца</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>47. ПРИ НАЛИЧИИ ДОКАЗАННОЙ АЛЛЕРГИИ НА ПЕКАРСКИЕ ДРОЖЖИ КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАКЦИН НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) против папилломавирусной инфекции, гепатита В</li> <li>2) против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита</li> <li>3) против ротавирусной инфекции, полиомиелита, дизентерии</li> <li>4) против кори, краснухи, паротита, туберкулеза, гемофильной инфекции типа b</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>48. ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ РИНИТА (ЧИХАНИЕ, ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, ЗУД В НОСУ, РИНОРРЕЯ, ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ) ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХОЛОДА, ДЫМА, РЕЗКИХ ЗАПАХОВ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сенсбилизацией к аллергенам клещей рода дерматофогоидес</li> <li>2) искривлением носовой перегородки</li> <li>3) инфекционным воспалением в носоглотке</li> <li>4) неспецифической реактивностью слизистой оболочки носа</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>49. КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ СЕЗОННОГО РИНИТА?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пыльца сорных и луговых трав, пыльца деревьев</li> <li>2) эпидермальные аллергены, грибковые аллергены</li> <li>3) клещ домашней пыли, пищевые аллергены</li> <li>4) домашняя пыль, грибковые аллергены, пищевые аллергены</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>50. КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ ТЕСТ-КОНТРОЛЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отрицательный, а гистамин дал положительную реакцию</li> </ol>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>2) тест- контроль, гистамин, аллергены дали положительную реакцию</p> <p>3) тест- контроль, гистамин, аллергены дали отрицательную реакцию</p> <p>4) положительный, а гистамин дал отрицательную реакцию</p>	
<p>51. ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) аллергическое воспаление дыхательных путей</p> <p>2) гиперпродукция бронхиального секрета</p> <p>3) десквамация эпителия дыхательных путей</p> <p>4) пролиферация эпителия дыхательных путей</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>52. ПОД КАСКАДНОЙ СИСТЕМОЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ, СПОСОБНОЙ ВЫЗВАТЬ ЛИЗИС КЛЕТОК, ПОНИМАЮТ:</p> <p>1) систему комплемента</p> <p>2) цитокиновую сеть</p> <p>3) систему интерферонов</p> <p>4) иммуноглобулины сыворотки крови</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>53. СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ ПОДКЛАССОВ IgG?</p> <p>1) три</p> <p>2) два</p> <p>3) один</p> <p>4) четыре</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>54. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ МОНОЦИТОВ КАСАЕТСЯ</p> <p>1) хемотаксиса</p> <p>2) фагоцитоза</p> <p>3) окислительного метаболизма</p> <p>4) миграции</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>55. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ</p> <p>1) IgA</p> <p>2) IgG</p> <p>3) IgD</p> <p>4) IgE</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>56. ТРАНЗИТОРНАЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМΙΑ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ДО:</p> <p>1) 2,5 лет</p> <p>2) 3 лет</p> <p>3) 2 лет</p> <p>4) 1,5 лет</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>57. НАЗОВИТЕ ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА</p> <p>1) наследственный ангионевротический отек</p> <p>2) агаммаглобулинемия Брутона</p> <p>3) синдром Вискотта-Олдрича</p> <p>4) синдром Нетертона</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>58. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ СОСТОИТ В:</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>1) снижении отказов от вакцинации против полиомиелита</p> <p>2) уменьшении циркуляции вакцинных вирусов</p> <p>3) неспецифической профилактике энтеровирусной инфекции</p> <p>4) профилактике вакцинассоциированного полиомиелита</p>	
<p>59. МОЖНО ЛИ СОЧЕТАТЬ ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ С ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ГРИППА?</p> <p>1) можно в любой последовательности</p> <p>2) нельзя сочетать</p> <p>3) вакцина вводится через 3 месяца после введения иммуноглобулина</p> <p>4) Иммуноглобулин можно вводить через 7 дней после вакцинации</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>60. КАКАЯ ИЗ СХЕМ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАИЛУЧШУЮ ЗАЩИТУ ПРОТИВ ИНВАЗИВНЫХ ПНЕВМОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ (МЕНИНГИТА, СЕПСИСА, ПНЕВМОНИИ), ОТИТА И НОСИТЕЛЬСТВА?</p> <p>1) две вакцинации во 2 полугодии жизни и ревакцинация в возрасте до 24 месяцев</p> <p>2) вакцинация в возрасте старше 1 года двукратно с интервалом 2 месяца</p> <p>3) вакцинация в возрасте старше 2-х лет однократно</p> <p>4) две вакцины с интервалом не менее 1 месяца в 1 полугодии жизни и ревакцинация в возрасте 12 – 15 месяцев</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>61. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ КОМИССИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫНЕСЕНО ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КАТЕГОРИЯМ:</p> <p>1) А-годен к военной службе, Б- годен к военной службе с незначительными ограничениями, В – ограничено годен к военной службе, Г- временно не годен к военной службе, Д- не годен к военной службе</p> <p>2) А-не годен к военной службе, Б- годен к военной службе со значительными ограничениями, В – ограничено годен к военной службе, Г- временно годен к военной службе</p> <p>3) А-не годен к военной службе, Б- годен к военной службе со значительными ограничениями, В – ограничено не годен к военной службе, Г- временно годен к военной службе</p> <p>4) А-не годен к военной службе, Б- ограничено не годен к военной службе, В- временно не годен к военной службе, Г- временно годен к военной службе</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>62. ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИЗНАКАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>1) амбулаторного обследования</p> <p>2) стационарного обследования</p> <p>3) изучения амбулаторной карты</p> <p>4) исследования функции внешнего дыхания</p>	
<p>63. В ЛИМФОЦИТЫ - КЛЮЧЕВЫЕ КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА УЧАСТВУЮТ В:</p> <p>1) антителообразовании</p> <p>2) процессах фагоцитоза</p> <p>3) продукции интерферонов</p> <p>4) представлении антигена</p> <p>64. ПЕРВИЧНЫЙ ГУМОРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ В КРОВИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИГЕНА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ</p> <p>1) 1 – 2 часа</p> <p>2) 3 – 4 дня</p> <p>3) 7 – 10 лет</p> <p>4) 5 – 6 недель</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>65. ДЛЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА В - ЛИМФОЦИТЫ ПОЛУЧАЮТ ПОМОЩЬ ОТ:</p> <p>1) Т-лимфоцитов</p> <p>2) тромбоцитов</p> <p>3) плазматических клеток</p> <p>4) системы интерферона</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>66. ФАГОЦИТАРНУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ?</p> <p>1) В-лимфоциты</p> <p>2) система интерферона</p> <p>3) Т- лимфоциты</p> <p>4) моноцитарно-макрофагальные клетки</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>67. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) нарушение соотношения между количеством антител и синтезом антител</p> <p>2) нарушение синтеза глюкокортикоидов и коллагена</p> <p>3) повышенный синтез IgE и IgG</p> <p>4) гиперфункция систем интерферона и комплемента</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>68. ДОЗА НАСЫЩЕНИЯ В\В ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 0,5-1,0 г\кг</p> <p>2) 1-1,5 г\кг</p> <p>3) 1-1,2 г\кг</p> <p>4) 1,5-2,0 г\кг</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>69. БЛОКАТОРОМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) фенспирид</p> <p>2) эбастин</p> <p>3) хлоропирамин</p> <p>4) монтелукаст</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>70. ПРЕПАРАТОМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К IG E ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) омализумаб</p> <p>2) фенспирид</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

3) зафирлукаст 4) монтелукаст	
71. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ: 1) стабилизаторов мембран тучных клеток 2) антилейкотриенов 3) анти-IgE-антител 4) М-холинолитиков	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
72. КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ВОЗМОЖНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ: 1) трансплантации гематопоэтических клеток 2) заместительной терапии препаратами 3) иммуноглобулинов 4) терапии антибактериальными препаратами иммуносупрессивной терапии	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
73. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДНЕЙ: 1) 60 2) 20 3) 60 4) 30	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
75. КАКОЙ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ (ОСЛОЖНЕНИЙ) У ПАЦИЕНТОВ С ГУМОРАЛЬНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ: 1) 6-8 г\л 2) 4-5 г\л 3) 3-4 г\л 4) 9-10 г\л	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
76. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА ВВ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ: 1) 0,4 г\кг 2) 0,5 г\кг 3) 0,8 г\кг 4) 1,0 г\кг	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
77. КАКОЙ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG ПРЕДОТВРАЩАЕТ ЖИЗНЕННО – УГРОЖАЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ: 1) 5 г\л 2) 3-4 г\л 3) 1-2 г\л 4) 2-4 г\л	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
78. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ МЕСТНЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ МОГУТ: 1) уменьшать гиперсекрецию и неспецифическую реактивность слизистой 2) редуцировать аллергическое воспаление (раннюю и позднюю фазы)	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

<p>3) тормозить высвобождение медиаторов из тучных клеток и устранять симптомы острого аллергического ринита</p> <p>4) купировать позднюю фазу аллергического воспаления</p>	
<p>79. АЛЛЕРГОИДАМИ НАЗЫВАЮТСЯ:</p> <p>1) созданные с помощью химической модификации аллергенные белки</p> <p>2) созданные с помощью физической модификации аллергенные белки</p> <p>3) обычные белки различных немодифицированных аллергенов</p> <p>4) расщепленные белки различных немодифицированных аллергенов</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>80. СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СТЕРОИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ВОЗМОЖНО НА 25-50%:</p> <p>1) при достаточном контроле симптомов астмы в течение 3 месяцев</p> <p>2) только при бронхиальной астме физического усилия и при ожирении</p> <p>3) при бронхиальной астме, не сочетающейся с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью</p> <p>4) при условии увеличения дозы ингаляционных бронходилататоров</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>81. ДИАМЕТР ИНГАЛИРУЕМЫХ ЧАСТИЦ ДЛЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИХ В НИЖНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ _____ МИКРОН:</p> <p>1) 1 - 4</p> <p>2) 2 - 5</p> <p>3) 5 - 10</p> <p>4) 10</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>82. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>1) 3 - 5 лет</p> <p>2) 4-6 лет</p> <p>3) 1 год</p> <p>4) 7 лет</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>83. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ ЗАЩИТНЫЕ АНТИТЕЛА, КОТОРЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) anti-HBc IgG</p> <p>2) anti-HBc IgM</p> <p>3) anti-Hbe IgG</p> <p>4) anti-HBs total</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>84. ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ?</p> <p>1) есть, так как существует много серотипов пневмококка</p> <p>2) нет необходимости, так как между пневмококками</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

<p>существуют перекрестные реакции</p> <p>3) нет, так как данная ситуация является противопоказанием</p> <p>4) есть, но вакцинация может быть проведена только по эпидпоказаниям</p>	
<p>85. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ</p> <p>1) ежемесячных денежных компенсаций</p> <p>2) пособий по временной трудоспособности</p> <p>3) государственного единовременного пособия</p> <p>4) пожизненного государственного пособия</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>86. НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>1) пикфлоуметрия</p> <p>2) рентгенограмма кисти</p> <p>3) ультразвуковое исследование брюшной полости</p> <p>4) бактериологический посев из зева</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>87. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА</p> <p>1) связанная с неблагоприятными метеофакторами</p> <p>2) предполагающая незначительные физические нагрузки</p> <p>3) предполагающая длительные поездки в общественном транспорте</p> <p>4) в образовательных учреждениях различного уровня</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>88. РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЕТ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВРАЧ-ПЕДИАТР, ПУЛЬМОНОЛОГ, АЛЛЕРГОЛОГ):</p> <p>1) при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой</p> <p>2) при наличии у него данных о временном нарушении функций организма, связанных с бронхиальной астмой любой степени тяжести</p> <p>3) при наличии у него нарушений функций организма, обусловленных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой</p> <p>4) при отсутствии развития стойких нарушений функций организма у детей, связанных с бронхиальной астмой</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>89. ОСЛОЖНЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:</p> <p>1) симптомами острой дыхательной и сердечной недостаточности</p> <p>2) тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах</p> <p>3) отсутствием симптомов острой сердечно – сосудистой недостаточности</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

4) отсутствием симптомов отека мозга, дыхательной недостаточности	
<p>90. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНТИГОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА, ВЫЗВАННОГО ДЕФИЦИТОМ С1-ИНГИБИТОРА ВКЛЮЧАЮТ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОТЕКИ ГОРТАНИ, А ТАКЖЕ:</p> <p>1) невоспалительные подкожные отеки без крапивницы, боль в животе</p> <p>2) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли в суставах</p> <p>3) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли при дыхании</p> <p>4) невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, головные боли</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>91. СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1) супрастин</p> <p>2) дексаметазон</p> <p>3) адреналин</p> <p>4) преднизолон</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>92. МЕДРАБОТНИКАМ НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ</p> <p>1) повреждении кожных покровов в процессе проведения различных манипуляций больному вирусным гепатитом В или носителю HBs антигена, если медработник был ранее не вакцинирован или был вакцинирован, но титр антител к HBs-антигену не превышает 10 МЕ/мл</p> <p>2) любых манипуляциях с повреждением кожи у медицинского работника, если у него титр анти- HBs антител не превышает 100 МЕ/мл</p> <p>3) повреждении кожных покровов при проведении различных манипуляций больному вирусным гепатитом В или носителю HBs антигена, если медработник был ранее вакцинирован и титр антител к HBs-антигену превышает 20 МЕ/мл</p> <p>4) уходе за любым больными вирусным гепатитом В, даже в отсутствие повреждения кожных покровов, если медработник ранее не был вакцинирован</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>93. МЕТОДАМИ УЧЁТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1) сплошной и специальный</p> <p>2) текущий и непосредственный</p> <p>3) непосредственный и выборочный</p> <p>4) текущий и выборочный</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12
<p>94. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:</p> <p>1) выявленных впервые в данном году</p>	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12



<p>2) зарегистрированных впервые в прошлом году</p> <p>3) инфекционных, зарегистрированных в данном и в прошлом году</p> <p>4) социально-значимых, зарегистрированных в течение трех лет</p>	
<p>95. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ</p> <p>1) «медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»</p> <p>2) страхового медицинского полиса пациента</p> <p>3) страхового номера индивидуального лицевого счета пациента</p> <p>4) «талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>96. ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНА АТТЕНУИРОВАННАЯ ВАКЦИНА ПРОТИВ:</p> <p>1) кори</p> <p>2) паротита</p> <p>3) полиомиелита</p> <p>4) туберкулеза</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>97. КАК ПРОВОДИТЬ РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО В АНАМНЕЗЕ ОТМЕЧАЛОСЬ РАЗВИТИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ?</p> <p>1) данная ситуация требует индивидуальной оценки тяжести имевшего место эпизода и риска инфекции</p> <p>2) вакцинация проводится без индивидуальной оценки тяжести имевшего место эпизода и риска инфекции</p> <p>3) тромбоцитопеническая пурпура является противопоказанием для вакцинации и ревакцинации против краснухи</p> <p>4) ревакцинация может быть проведена только по контакту с больным краснухой</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>98. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ IGE-ОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ ПАПУЛА:</p> <p>1) 3 мм</p> <p>2) 2 мм</p> <p>3) 1 мм</p> <p>4) 0,5 мм</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>
<p>99. КАКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ВЗРОСЛЫХ?</p> <p>1) диффузными эритематозно-сквамозными высыпаниями, ксерозом, расчесами, выраженным зудом</p> <p>2) островоспалительными проявлениями на коже</p>	<p>УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12</p>

лица, локтевых и коленных сгибах, ягодиц, спины 3) островоспалительными проявлениями на коже лица, в межпальцевых промежутках, в области наружных половых органов 4) симптомом «медовых сот», расчесами, умеренным зудом, инфицированием в области кистей рук	
100. МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К 1) первичному сенсibiliзирующему аллергену 2) вторичному сенсibiliзирующему аллергену 3) паналлергенам для выявления перекрестной сенсibiliзации 4) к мажорным и минорным различным аллергенам	УК1, УК2, УК3, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10, ПК11, ПК12

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1.	2	34.	4	67.	1
2	2	35.	4	68.	2
3.	3	36.	2	69.	4
4.	2	37.	1	70.	1
5	3	38.	1	71.	3
6	2	39.	3	72.	1
7.	1	40.	1	73.	4
8.	3	41.	2	74.	1
9.	4	42.	3	75.	1
10.	3	43.	4	76.	1
11.	3	44.	1	77.	1
12.	3	45.	2	78.	2
13.	3	46.	1	79.	1
14.	3	47.	1	80.	1
15.	4	48.	4	81.	2
16.	2	49.	1	82.	1
17.	2	50.	1	83.	4
18.	4	51.	1	84.	1
19.	3	52.	1	85.	3
20.	2	53.	4	86.	1
21.	2	54.	3	87.	1
22.	4	55.	1	88.	1
23.	1	56.	2	89.	2
24.	1	57.	1	90.	1
25.	1	58.	4	91.	3
26.	1	59.	1	92.	1
27.	1	60.	4	93.	1
28.	1	61.	1	94.	1
29.	3	62.	2	95.	1
30.	1	63.	1	96.	4
31.	4	64.	4	97.	1

32.	1	65.	1	98.	1
33.	1	66.	4	99.	1
				100.	1

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АЛЛЕРГОЛОГИИ-ИММУНОЛОГИИ (ОРДИНАТУРА)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	А/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик 10 лет от 3 - ей нормально протекавшей беременности, 2 - х срочных родов (1 аборт). Вес при рождении 3500. К груди приложен на 6 - е сутки. В периоде новорожденности - гемолитическая болезнь новорожденных, желтушная форма, легкое течение. На грудном вскармливании до 4 - х месяцев. До года в связи с подозрением на БЦЖит не прививался, в последующем получил вакцинацию против полиомиелита живой полиомиелитной вакциной и вакцинацию с ревакцинацией АДС - М анатоксином, в январе 2001 года – вакцинацию против кори, реакций на прививки не отмечалось. В последующие годы р.Манту отрицательные.</p> <p>Наследственность: бронхиальная астма у прабабушки, бабушки по линии матери бронхиальная астма, у матери бронхиальная астма и эпилепсия.</p> <p>После года болел острыми бронхитами 4 - 5 раз в год, с хрипами в легких, каждый в лечении использовались антибиотики. В 2 - летнем возрасте перенес афтозный стоматит, затем полисегментарную правостороннюю бронхопневмонию с явлениями деструкции, рентгенологически подтвержденную, лечился стационарно. Затем вновь повторилась правосторонняя пневмония, рентгенологически подчеркнута междолевая плевра. В последующем приступы удушья на фоне нормальной температуры 1 раз в 2 недели, с 3 - лет чаще. При аллергологическом обследовании (кожное тестирование и МАСТ) сенсibilизации не выявлено. При обследовании в стационаре выявлен аутоиммунный гепатит, холестаза. С 3 - летнего возраста постоянно отмечается грибковое поражение ногтей и слизистой полости рта. В полости рта- неправильный рост зубов, гипоплазия эмали. В соскобе с языка постоянно в последующем выделялись колонии</p>

		дрожжеподобных грибов рода Candida в большом количестве (до 5000 колоний). Осмотрен дерматологом, диагноз: кандидозные онихии и паронихии. С 4,5 лет - кандидоз стоп, алопеция тотальная. С 4 - х летнего возраста уровень кальция в крови 2 ммоль/л. Появились карпопедальные спазмы, парестезия стоп. В 6,5 лет появился ежедневный разжиженный стул, стали беспокоить боли в животе, начала прогрессировать алопеция. Был поставлен диагноз синдрома мальабсорбции, вторичной лактазной недостаточности, хронического энтерита средней тяжести, непрерывно - рецидивирующего течения. В последующее повторилась правосторонняя пневмония, выявлен дисковидный ателектаз в верхней доле. Был поставлен диагноз: двусторонний умеренный пневмосклероз на почве хронического бронхолегочного воспаления (бронхит, бронхиальная астма). По данным иммунологического обследования было выявлено снижение относительного и абсолютного числа CD3, CD4, CD20, CD16. В последующем был выявлен сахарный диабет 1 типа.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный иммунодефицит: Аутоиммунная полиэндокринопатия – кандидоз –эктодермальная дистрофия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: хронический кандидоз.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании наличия инфекционного синдрома (хронического кожно – слизистого кандидоза, хронического бронхолегочного процесса); признаков эктодермальной дисплазии-гипоплазии эмали, тотальной алопеции; наличия эндокринной патологии - гипопаратиреоза (карпопедальные спазмы, гиперстезия стоп, снижение уровня кальция в крови) и сахарного диабета 1 типа; аутоиммунных поражений (аутоиммунный гепатит и сахарный диабет 1 типа).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указано наличие признаков эктодермальной дисплазии или не отмечено наличие аутоиммунного гепатита
P0	-	Диагноз обоснован неполностью
В	3	Ежегодный лабораторный скрининг и более частые лабораторные исследования у данного пациента должны включать
Э	-	Исследование функции щитовидной железы, исследование функции печени, определение уровня кортикотропина и кортизола в сыворотке крови, уровень паратгормона, уровень микроальбуминурии; 1 раз в 3 мес – уровень гликозилированного гемоглобина, исследование функции печени, уровень кальция в сыворотке крови. Контроль уровня глюкозы в крови ежедневно.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	Не названы один или два метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано

		неверно.
В	4	Наметьте пути посиндромной терапии
Э	-	Для лечения грибковых поражений – постоянное применение системных и топических противогрибковых препаратов. Для лечения бактериальных инфекций – парентеральное введение антибактериальных препаратов, при необходимости в/в введение препаратов иммуноглобулинов. Заместительная коррекция эндокринных расстройств: сахарный диабет – болюсно- базисная инсулинотерапия, гипопаратиреоз – витамин Д (дегидротахистерол по 10-15 капель 3 раза в день, препараты кальция per os и в/в 10% р-р; для лечения аутоиммунного гепатита – иммуносупрессивная терапия (стероиды). При выявлении надпочечниковой недостаточности – индивидуальный подбор дозы глюкокортикостероидов.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов, выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы только местные противогрибковые препараты.
В	5	Определите прогноз при данном заболевании
Э	-	Прогноз заболевания определяют эндокринные заболевания, гипокальцемические судороги, хронический аутоиммунный гепатит. Иммунная недостаточность не определяет прогноз заболевания.
P2	-	Прогноз определен правильно
P1	-	Указаны не все причины неблагоприятного прогноза
P0	-	Прогноз определен неверно: указано, что основной причиной смерти являются проявления иммунной недостаточности.
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
		В пульмонологическое отделение городской больницы поступил больной 35 лет с жалобами на слабость, кашель с отделением большого количества мокроты (100-150 мл в сутки) желто-зеленого цвета, обильное гнойное отделяемое из носа. Температура тела 38,7 °С. Считает себя больным в течение 12-и лет, в течение которых отмечаются обострения бронхита 4-5 раз в год, обострения протекают тяжело, требуется длительная антибактериальная терапия. Ремиссия хронического бронхита нестойкая, сохраняется продуктивный кашель, умеренная одышка. Обострения хронического гайморита до 6 раз в год. Перенес 6 пневмоний. Диагноз при поступлении: Хронический бронхит

		<p>в фазе обострения, Хронический гайморит, обострение. Операций, травм не было. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.</p> <p>Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.</p> <p>При физикальном осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Температура тела 38,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 71 кг. Периферические л/узлы шейные до 2,0 см, плотные, б/б. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушивается умеренное количество мелко- и среднепузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный иммунодефицит. Общая переменная иммунная недостаточность. Хронический гнойный бронхит, хронический гайморит, обострение. Лимфоаденопатия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано наличие лимфоаденопатии
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Каковы критерии диагностики данной патологии
Э	-	<p>Пациенты женского или мужского пола с зафиксированным снижением (по крайней мере 2SD ниже среднего значения для данного возраста) двух из трех показателей иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM) и соответствующие всем нижеперечисленным критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Начало иммунной недостаточности более 2 лет назад</li> <li>2) Отсутствие гемагглютининов и/или плохой ответ на вакцинацию</li> <li>3) Другие причины гипогаммаглобулинемии исключены.</li> </ol> <p>Иммунные нарушения характеризуются стойким снижением суммарной концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови ниже 300 мг/дл, в том числе IgG менее 250 мг/дл, и нормальным или умеренно сниженным уровнем В- клеток. У части больных В-клетки могут отсутствовать. Начало иммунодефицита в возрасте старше 2 лет.</p>
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан неполный: не указано суммарное значение концентрации иммуноглобулинов или Неправильно обозначен возраст начало иммунодефицита.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз гипогаммаглобулинемии и поражений респираторного тракта.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. С гипогаммаглобулинемией, индуцированной лекарствами (глюкокортикоидами, солями золота, каптоприлом, противомаларийными препаратами, карбамазепином, сульфазалином).</li> <li>2. С гипогаммаглобулинемией при генетических заболеваниях, в том числе при первичных иммунодефицитах (атаксия – телеангиэктазия,</li> </ol>

		<p>аутосомно – рецессивная форма тяжелого комбинированного иммунодефицита, гипер – Ig M – синдром, дефицит транскобаламина II и гипогаммаглобулинемия, X – сцепленная агаммаглобулинемия, X – сцепленный лимфопрлиферативный синдром (ассоциированный с вирусом Эпштейн – Барра), X – сцепленный тяжелый комбинированный иммунодефицит, некоторые дефекты метаболизма.</p> <p>3. С хромосомными аномалиями (Хромосомный 18q – синдром, моносомия 22, трисомия 8, трисомия 21).</p> <p>4. С инфекционными заболеваниями (ВИЧ, врожденная краснуха, врожденная цитомегаловирусная инфекция, врожденная токсоплазменная инфекция, с инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн – Барра)</p> <p>4. С опухолями (хронический лимфоцитарный лейкоз, иммунодефицит с тимомой, лимфогранулематоз, В – клеточные опухоли)</p> <p>5. С иммунодефицитами, обусловленными гиперкатаболизмом иммуноглобулинов и тяжелой потерей иммуноглобулинов (нефрит, тяжелые ожоги, лимфангиэктазия, тяжелая диарея).</p> <p>6. При наличии поражений респираторного тракта проводится дифференциальная диагностика с: с муковисцидозом, транзиторной младенческой гипогаммаглобулинемией, хронической гранулематозной болезнью, с тяжелым комбинированным иммунодефицитом.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ полностью неправильный
В	4	Назначьте терапию пациенту
Э	-	<p>1. Заместительная терапия препаратами иммуноглобулинов пожизненная. Так как диагноз поставлен впервые и имеет место обострение хронического бронхита и хронического гайморита необходимо начать терапию в режиме насыщения в дозе 7,1-14,2 г/кг 2 раза в неделю. После купирования обострений и достижения уровня IgG 4-6 г/л необходимо перейти на поддерживающую дозу заместительной иммунотерапии 1 раз в месяц в дозе 7,1-14,2 г/кг. Препаратами выбора являются 10% р-ры иммуноглобулинов.</p> <p>2. Для купирования эпизода бактериальных инфекций антибактериальная терапия парентерально одновременно с заместительной иммунотерапией . Дозы антибиотиков возрастные, ориентированы на тяжелое и среднетяжелое течение инфекций, сроки терапии в 2 – 3 раза длиннее стандартно рекомендованных.</p> <p>3. При выявлении грибковых инфекций будет добавлена антимикотическая терапия.</p> <p>4. При выявлении аллергических проявлений будут добавлены антигистаминные препараты.</p> <p>5. Промывание придаточных пазух носа антисептическими растворами под отрицательным давлением.</p> <p>6. Санационные бронхоскопии № 3 -5 за госпитализации, ежедневный вибрационный массаж и постуральный дренаж.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана продолжительность антибактериальной терапии, терапия хронического бронхита и гайморита
P0	-	Ответ полностью неправильный: не указана необходимость заместительной иммунотерапии.

В	5	Определите прогноз при данном заболевании
Э	-	Прогноз определяется аутоиммунными заболеваниями, тяжелыми инфекциями и злокачественными новообразованиями. При проведении регулярной заместительной иммунотерапии прогноз относительно благоприятный.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указано значение в прогнозе аутоиммунной патологии или злокачественных новообразований.
P0	-	Ответ полностью неправильный
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51см.</p> <p>В первые дни жизни петехиальные кровоизлияния в кожу на лбу, которые рассматривались в связи с родами. На третьей неделе жизни – частые риниты, отиты, двусторонний конъюнктивит. В конце третьего месяца жизни – экзема, себорейный дерматит на лице, теле и конечностях особенно выражен. Периодически отмечено возникновение крупных синих пятен, кровоизлияний в кожу при небольших травмах, которые распределялись по всему телу. В возрасте 6 мес проведено стационарное обследование по причине частично мокнущей чешуйчатой экземы. Неоднократно перенес тонзиллиты, синуситы, бронхиты, пневмонии. Нет эффекта от гормонов и антибиотиков. Прививка БЦЖ проведена, на месте прививки рубчика нет.</p> <p>Семейный анамнез без особенностей.</p> <p>Объективно: возраст 6 месяцев, вес 7700, рост 66 см. мальчик беспокойный, сильный зуд. Асимметричные крупные пятнистые высыпания коричнево-красного цвета на лице и конечностях. Выраженный дерматит с чешуйчатыми желтыми корочками на голове. Сильный дерматит в паховой области. Местами петехиальные кровоизлияния в кожу головы и тела.</p> <p>Крупная гематома в области левого коленного сустава. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы.</p> <p>Лабораторные исследования: картина крови – гранулоцитопения – 1200, тромбоцитопения – 8000, анемия – гемоглобин 85 г/л,</p>



		лимфопения. Размер тромбоцитов: $1,8 \pm 0,2$ мкм. Иммунологическое обследование: Ig M - нет, Ig G 2,95 г/л, Ig A 0,4 г/л. Содержание общего IgE 400 КЕ/мл.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичный комбинированный иммунодефицит. Синдром Вискотта-Олдрича. Диагноз поставлен на основании наличия триады у пациента мужского пола, характерной для этого иммунодефицита: 1. Наличия геморрагического синдрома (петехиальный кровоизлияния с первых дней жизни) 2. Наличия экземы 3. Инфекционного синдрома (повторные бронхиты, синуситы, тонзиллиты, пневмонии) Также характерным является наличие тромбоцитопении (8000 – менее 10% нормы) и маленьких размеров тромбоцитов $1,8 \pm 0,2$ мкм при норме $2,3 \pm 0,21$ мкм. Для первичных иммунодефицитов характерно поражение всех кроветворных ростков, что имеет место у данного пациента – анемия, нейтропения, лимфопения, тромбоцитопения. При иммунологическом обследовании выявлено снижение Ig G до 2,95 г/л, отсутствие Ig M, повышенное содержание общего IgE.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указано наличие экземы. В обосновании диагноза отсутствует указание на микроформы тромбоцитов.
P0	-	Диагноз поставлен неверно или обоснование диагноза проведено неполностью.
В	2	Какое дополнительное обследование необходимо провести.
Э	-	Поскольку первичные иммунодефицитные состояния являются генетическими заболеваниями, диагноз необходимо подтвердить путем генетического обследования – выявления мутации гена WAS, расположенного на коротком плече X- хромосомы. Выявить нарушение продукции антител в ответ на полисахаридные антигены стрептококков, кишечной палочки, сальмонеллы, противовирусные антитела. Анализ крови на клеточный иммунитет. Антитела к тромбоцитам для выявления аутоиммунной тромбоцитопении. Поиск аутоиммунных поражений кишечника, почек, суставов, злокачественных новообразований, очагов инфекции.
P2	-	Дальнейшая тактика обследования выбрана верно.
P1	-	Тактика обследования пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика обследования данного пациента выбрана полностью неверно.
В	3	Какова лечебная тактика при данном заболевании? Обоснуйте.
Э	-	Наилучшие результаты дает трансплантация аллогенного костного мозга или стволовых клеток, проведенная до 5 – летнего возраста. Однако это может скорректировать только иммунологические дефекты. Неиммунологические дефекты могут быть скорректированы при проведении генной терапии, которая в настоящее время только

		<p>разрабатывается.</p> <p>Обычно проводится посиндромная терапия. Заметительная терапия в/в иммуноглобулинами. Антибактериальные, противовирусные, противопротозойные препараты. При развитии аутоиммунной патологии – иммуносупрессивная терапия (глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты).</p> <p>Однако применение иммуноглобулинов и иммуносупрессивной терапии не влияет на количество тромбоцитов.</p> <p>При склонности к кровотечениям – спленэктомия.</p> <p>У данного пациента содержание IgG низкое, поэтому ему показана заместительная терапия иммуноглобулинами в дозе 1-2 г/кг 2 раза в неделю до достижения 4 – 6 г/л и более с последующим переходом на поддерживающую терапию 1 раз в месяц с поддержанием претрансфузионных уровней не менее 5 г/л, так как эта концентрация защищает от летальных инфекционных проявлений.</p> <p>Терапия экземы: эмолиенты постоянно, местно глюкокортикостероиды 2 недели с последующим переходом на ингибитор кальневрина (элидел).</p>
P2	-	Тактика лечения обоснована полностью
P1	-	Тактика терапии обоснована неполностью: отсутствует знание о генной терапии, иммуносупрессивной терапии.
P0	-	Тактика лечения определена неполностью и отсутствует обоснование терапии.
B	4	Возможности и необходимость вакцинации при данной патологии
Э	-	<p>При проведении постоянной заместительной терапии вакцинация не нужна. Введение живых вакцин противопоказано. Однако ежегодно необходима вакцинация против гриппа, так как иммуноглобулины могут не содержать антител против актуальных штаммов вируса гриппа.</p> <p>При планировании проведения спленэктомии для профилактики пневмококкового сепсиса требуется проведение вакцинации против пневмококковой инфекции сначала конъюгированной вакциной «Превенар13» с последующим введением 23 – валентной полисахаридной вакцины («Пневмо 23» или «Пневмовакса»), а также вакцинации против менингококковой инфекции (Менактра) и гемофильной инфекции типа b.</p> <p>Рекомендуется также проводить скрининг поствакцинальных антител.</p>
P2	-	Ответ дан полностью. Необходимость вакцинации обоснована.
P1	-	<p>Ответ дан неполный. Не обоснована необходимость вакцинации против пневмококковой инфекции перед спленэктомией с использованием комбинированной схемы вакцинации</p> <p>Или</p> <p>Не обоснована необходимость вакцинации против гриппа</p> <p>Или</p> <p>Против менингококковой инфекции предложена вакцинация с применением полисахаридных вакцин.</p>
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Определите прогноз при данном заболевании
Э	-	Неблагоприятный. Причина смерти- кровотечения, тяжелые инфекции, злокачественные новообразования. В случае проведения ТКМ прогноз может стать благоприятным.

P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указано значение в прогнозе злокачественных новообразований.
P0	-	Ответ полностью неправильный
H	-	004
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
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>На амбулаторном приеме родители с девочкой 3 лет. Жалобы родителей на повторные инфекции респираторного тракта до 10 раз в год с 2-х летнего возраста, когда девочка стала посещать детский сад.</p> <p>Из анамнеза: ребёнок от первой беременности, преждевременных родов при сроке 30 недель. На первом-втором году жизни перенесла ОРЗ 4-5 раз в год, кишечную инфекцию ротавирусной этиологии. Привита по календарю за исключением вакцинации против пневмококковой и гемофильной инфекции типа b в связи с отказом родителей). Семья (родители и ребёнок) проживает в удовлетворительных бытовых условиях. Профвредностей у родителей нет.</p> <p>Аллергологический анамнез: на коровье молоко в анамнезе сыпь в возрасте до 1 года. Были выявлены специфические IgE к фракциям молока, после 6 – месячной элиминационной диеты с исключением молока и молочных продуктов затем в питание были введены кисломолочные продукты.</p> <p>Болеет респираторными инфекциями чаще в холодное время года, на фоне высокой температуры, до 4- 5 раз в год ОРИ с катаральными отитами, 2 раза получала лечение по поводу обструктивного бронхита на фоне температуры с воспалительными сдвигами в анализах крови и эозинофилией до 8%. В лечении каждый раз антибактериальная терапия до 8-10 дней с эффектом.</p> <p>При осмотре больной состояние оценено как удовлетворительное. Носовое дыхание свободное. Кожные покровы чистые. При фарингоскопии - нёбные миндалины не гиперемированы, обычных размеров. Пальпируются передне-верхне-шейные лимфатические узлы до 0,8 см, б/б, эластичные. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 уд/мин, ЧД 24/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Стула не было 2 дня, диурез достаточный.</p> <p>При иммунологическом обследовании выявлено снижение концентрации IgA в сыворотке крови до 0,04 г/л при небольшом снижении IgG до 5,6 г/л и нормальном содержании IgM – 1,6 г/л. Содержание общего IgE 120 КЕ/л.</p>

В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	В настоящее время данных за селективный дефицит IgA недостаточно, так как девочке 3 года. Имеют место рекуррентные респираторные инфекции. Обструктивный синдром и атопический дерматит в анамнезе.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный, поставлен диагноз «селективный дефицит IgA».
В	2	Дайте дальнейшие рекомендации по наблюдению. Проведите дифференциальную диагностику с другими состояниями, при которых может отмечаться снижение IgA.
Э	-	Следует повторить иммунологическое обследование после 4 летнего возраста. При сохранении концентрации IgA ниже 0,05 г/л при нормальном содержании IgG и IgM и нормальным поствакцинальным уровнем IgG антител будет поставлен диагноз селективного дефицита IgA, так как критериями постановки диагноза являются следующие: пациент женского или мужского пола старше 4 лет, имеющий снижение концентрации сывороточного IgA ниже 0,05 г/л при нормальном содержании IgG и IgM и нормальным поствакцинальным уровнем IgG, у которого были исключены все остальные причины гипогаммаглобулинемии. Требуется также исследование субклассов IgA1 и IgA2. Возможен транзиторный дефицит IgA при уровне 0,05-0,3 г/л у детей до 5 лет, который связан с незрелостью синтеза IgA. При парциальном дефиците IgA снижение IgA не будет ниже 0,05 г/л, клинически это не проявляется и в слюне нормальное содержание IgA. При выявлении снижения других классов иммуноглобулинов возрасте старше 4 лет следует исключать общую вариабельную иммунную недостаточность.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Отсутствует рекомендация по исследованию поствакцинальных уровней антител и субклассов IgA. Не проведен диффдиагноз с другими гуморальными дефектами.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Есть ли необходимость иммунокоррекции при селективном дефиците IgA.
Э	-	Селективная недостаточность IgA относится к некорректируемым первичным дефектам иммунитета. Иммуностимулирующая терапия проводится по показаниям если есть клинические проявления пониженной противoinфекционной сопротивляемости с целью активации сохраненных звеньев иммунитета для перекрытия дефекта продукции IgA. При селективном дефиците IgA имеется и дефицит секреторного IgA, поэтому применение препаратов, которые усиливают продукцию секреторного IgA может оказаться неэффективным. Применение препаратов крови может привести к развитию анафилактических реакций, так как у 60% пациентов встречаются антитела к IgA. При необходимости переливания компонентов крови вводят отмытые эритроциты или проводят аутогемотрансфузии, или используют кровь доноров с дефицитом IgA, или используют препараты

		крови, не содержащие IgA.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указана возможность развития аллергических реакций при введении препаратов крови.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Дайте рекомендации по вакцинации пациента
Э	-	<p>Пациенты не могут вырабатывать IgA антитела, но способны нормально вырабатывать IgG и IgM антитела на вакцины, инфекционные агенты.</p> <p>Селективный дефицит IgA не является противопоказанием к вакцинации, поэтому девочка должна быть вакцинирована всеми живыми и инактивированными вакцинами против всех инфекций как в рамках обязательного календаря прививок, так и по эпидпоказаниям: ежегодная вакцинация против гриппа, вакцинация против пневмококковой инфекции с применением комбинированной схемы (сначала «Превенар13», затем через 2 мес – 23 –валентная полисахаридная вакцина «Пневмо 23» или «Пневмовакс» с решением вопроса индивидуально о ревакцинации через 5 лет с применением ППВ, против гемофильной инфекции типа b однократно, против менингококковой инфекции конъюгированной четырехвалентной вакциной «Менактра» и т.д.</p> <p>Несмотря на то, что в этой группе отсутствует возможность мутации вакцинного штамма, оральную полиомиелитную вакцину целесообразно заменить на инактивированную полиомиелитную вакцину.</p>
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указана необходимость вакцинации против менингококковой инфекции, применения конъюгированной и полисахаридной пневмококковой вакцин.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Каков прогноз при селективном дефиците IgA?
Э	-	Для жизни прогноз благоприятный. Начиная со школьного возраста пациенты с селективным дефицитом IgA незначительно отличаются по инфекционной заболеваемости от иммунокомпетентных сверстников. Иногда возможна трансформация в общую переменную иммунную недостаточность.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указана возможность трансформации в общую переменную иммунную недостаточность.
P0	-	Ответ дан неправильный.
H	-	005
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>Девочка 4-х лет, от 1 беременности, протекавшей с хронической гипоксией плода, гриппом в 1 триместре, нефропатией на 5 месяце, анемией на 7 мес, 1 срочных родов.</p> <p>Вес при рождении 3500, рост 51 см, оценка по шкале Апгар 9/10. Со слов матери на 1 году жизни развивалась соответственно возрасту, неврологом не осматривалась.</p> <p>Мать: 24 года, отец 24 года, здоровы. Профессиональных вредностей у родителей нет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Наследственность: не отягощена.</p> <p>В возрасте 1 года, когда ребенок начал ходить, мама отметила, что походка была неуверенной, пошатывалась, стоя отклоняясь назад. Симптоматика имела волнообразное течение, без выраженного ухудшения. С 6 месяцев отмечалась избыточная саливация. Лечилась по месту жительства ноотропными препаратами, без стойкого эффекта. Прививалась в соответствии с календарем до 2 лет. Затем не прививалась в связи с наличием аллергических реакций на лекарственные препараты (флемоксин, актовегин).</p> <p>Частота ОРЗ 1 – 2 раза в год. Пневмониями, бронхитами, детскими инфекциями не болела.</p> <p>Поступила в отделение психоневрологии и эпилепсии с жалобами на шаткость походки, задержку речевого развития, повышенную саливацию.</p> <p>Объективно: рост 104 см, вес 15 кг. Физическое развитие среднее, гармоничное, пропорциональное. Телосложение нормостеническое. На осмотр реагирует адекватно. Кожа бледная, умеренной влажности. Ногти и волосы не изменены. Видимые слизистые розовые, чистые, умеренно влажные. В зеве спокойно, гипоплазия небных миндалин. Небольшое количество телеангиэктазов на бульбарной конъюнктиве. Подкожно – жировой слой развит умеренно. Пальпируются шейные, паховые, подмышечные л/узлы до 0,3 см, неспаивающиеся с окружающими тканями, мягкие, б\б. Мышечная система развита. Сила и тонус мышц снижены. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Сердечно – сосудистая система – без патологии. Живот мягкий, б\б. Печень и селезенка у края реберной дуги. Наружные половые органы сформированы правильно. Стул и мочеиспускание в норме. Менингеальной симптоматики нет. Выявлены глазодвигательные нарушения, снижение глубоких рефлексов.</p> <p>В общем анализе крови: Нв 123 г/л, эр 4,4*10<sup>12</sup>, тромбоциты 498 тыс, лейкоциты 3,6 тыс, С-37%, Э-4%, Л – 42%, М – 15%, Б-2%. СОЭ 28 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи- без патологии.</p> <p>Осмотр невролога: подкорково – мозжечковый синдром. Задержка психомоторного развития.</p> <p>В отделении перенесла острый катаральный отит, в лечении анауран. Затем была выявлена инфекция мочевыводящих путей, получала фурагин. Анализ мочи нормализовались.</p> <p>Выписана по контакту с больным ветряной оспой.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	Наличие мозжечковой атаксии, снижения глубоких рефлексов, глазодвигательных нарушений, слюнотечения свидетельствует о повреждении мозжечка, дегенеративных повреждениях в спинном

		<p>мозге, стволе мозга и периферических нервах. Наличие телеангиэктазий на бульбарной конъюнктиве венозного происхождения свидетельствует на нарушении системы кроветворения. Сочетание атаксии и телеангиэктазии позволяет заподозрить первичный иммунодефицит – синдром Луи – Барра. Обращает внимание гипоплазия лимфоидной ткани (мелкие лимфоузлы, гипоплазия небных миндалин).</p> <p>Диагноз предположителен у пациентов женского или мужского пола с прогрессирующей мозжечковой атаксией, имеющих 1 из 4 из следующих признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- телеангиэктазий на конъюнктиве или лице</li> <li>- снижение уровня IgA более 2 SD от возрастной нормы</li> <li>-повышение альфа-феропротейна более чем на 2 SD от возрастной нормы</li> <li>-повышение уровня хромосомных aberrаций и ломкости хромосом при цитогенетическом обследовании</li> </ul>
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указаны симптомы гипоплазии лимфоидной ткани.
P0	-	Ответ дан неправильный. Диагноз первичного иммунодефицита не заподозрен.
B	2	Какое обследование еще рекомендуется провести?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Исследование уровня альфетопротеина и карциноэмбрионального антигена.</li> <li>2. Исследование показателей клеточного и гуморального звена иммунитета.</li> <li>3. Рентгенограмма грудной клетки и придаточных пазух носа.</li> <li>4. МРТ головного мозга.</li> <li>5. Генетическое обследование.</li> </ol>
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указано рентгенологическое обследование или генетическое обследование.
P0	-	Ответ дан неправильный. Не указано исследование уровня альфетопротеина и карциноэмбрионального антигена.
B	3	<p>Результаты дообследования:</p> <p>Уровень альфа – фетопротеина 229, 26 ед/мл (норма 9,05), уровень карциноэмбрионального антигена в норме.</p> <p>IgG -5,75 г/л, IgA-1,20 г/л, IgM -3,86 г/л.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: отсутствует тень вилочковой железы.</p> <p>По данным МРТ- гипоплазия мозжечка.</p> <p>Генетическое обследование:</p> <p>Проведено исследование семьи с использованием полиморфных маркеров D11S384, D11S1294, D11S1294, сцепленных с геном ATM, мутации в котором приводят к развитию синдрома Луи – Бар.</p> <p>Дайте заключение по результатам обследования.</p>
Э	-	<p>Повышение уровня альфетопротеина и карциноэмбрионального антигена являются наиболее информативными постоянными лабораторными маркерами синдрома Луи – Барра.</p> <p>Отсутствие тени вилочковой железы на рентгенограмма грудной клетки также свидетельствует о гипоплазии лимфоидной ткани.</p> <p>Гипоплазия мозжечка по данным МРТ свидетельствует об</p>

		<p>исчезновении клеток Пуркинью при повреждении мозжечка. Выявление маркеров, сцепленных с мутантным геном АТМ, регулирующим репарацию ДНК, подтверждает диагноз, что позволяет отнести данный иммунодефицит к группе иммунодефицитов с нарушением репарации ДНК. Семья является информативной для проведения пренатальной диагностики. Уровень IgG 5,75 г/л снижен в сравнении с возрастной нормой, содержание IgA в норме, IgM – повышено до 3,86 г/л.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• По крайней мере 2 из следующих</li> <li>• - глазо- кожные телеангиэктазии</li> <li>• Повышение альфа -фетопротеина (в 10 раз верхней нормы)</li> <li>• Лимфоциты А-Т кариотип (Транслокация 7, 14)</li> </ul> <p>Гипоплазия мозжечка на МРТ</p>
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указаны симптомы гипоплазии лимфоидной ткани.
P0	-	Ответ дан неправильный. Диагноз первичного иммунодефицита не заподозрен.
В	4	Какие мероприятия рекомендуете в связи с контактом по ветряной оспе.
Э	-	Поскольку при первичных иммунодефицитах введение живых аттенуированных вакцин противопоказано, необходимо ввести иммуноглобулин.
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный. Рекомендована вакцинация.
В	5	Определите пути терапии. Нуждается ли пациент в иммунокоррекции?
Э	-	<p>Терапия основана на принципах посиндромной терапии При инфекциях – антибактериальные, противовирусные препараты по стандартным показаниям При лимфопролиферативных заболеваниях – химиотерапия индивидуально Рентгеновское облучение с повышенной опасностью Физиотерапия – для предупреждения развития мышечных контрактур, поддержания мышечного тонуса Обучение методам падения Регулярное обследование у онколога Поскольку пациентка редко и нетяжело болеет инфекциями и содержание IgG снижено умеренно, заместительная иммунотерапия препаратами иммуноглобулинов в настоящее время не показана. Иммуномодулирующая терапия также не требуется.</p>
P2	-	Ответ дан правильно.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указано обследование у онколога.
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	006
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
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мальчик, 2 лет, поступил в стационар для обследования и уточнения диагноза.</p> <p>От 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Вес 4000 г, длина 51 см. Наследственность: не отягощена. В роддоме проведена БЦЖ, п/гепатита В. Впоследствии в месте БЦЖ образовалась длительно незаживающая гноящаяся язва. На грудном вскармливании до 1,5 мес, затем – на смешанном.</p> <p>В возрасте 2,5 мес после введения прикорма повысилась температура, появился частый жидкий стул с кровью. Диагностирована кишечная инфекция неустановленной этиологии. В дальнейшем стул был обильным, с жирным блеском, ребенок плохо прибывал в весе.</p> <p>В 6 мес в левой подмышечной области выявлен увеличенный л/узел размером 2*2 см, при пункции был получен гной, БК не найдены. В 7 мес перенес рентгенологическую пневмонию. После выписки из стационара инфильтрация сохранялась длительно. В 7,5 мес – левосторонний паховый лимфаденит.</p> <p>С возраста 1 года в летнее время периодически возникали эпизоды лихорадки без признаков инфекции, постоянно беспокоил влажный кашель с вязкой мокротой.</p> <p>В г 1 3 мес состояние ухудшилось, при госпитализации выявлена двусторонняя пневмония. При поступлении выраженные признаки дыхательной недостаточности, гепатоспленомегалия, деформация пальцев в идее барабанных палочек. Рентгенологически: инфильтративное затемнение нижних отделов легких с двух сторон. На фоне интенсивной терапии состояние улучшилось незначительно, с диагнозом «муковисцидоз» был переведен в клиническую больницу.</p> <p>При поступлении состояние крайней тяжести. Ребенок истощен, положение вынужденное, «полусидя». Отмечается деформация фалангов пальцев по типу «барабанных палочек» и ногтей в виде часовых стекол. Кожные покровы серого цвета, подкожный жировой слой практически отсутствует. Кашель влажный с вязкой гнойной мокротой. Частота дыхания 80 в 1 мин с участием вспомогательных мышц. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание ослаблено, в правом легком выслушивается масса разнокалиберных влажных хрипов, в левом легком в небольшом количестве влажные хрипы в нижних отделах. Границы сердца перкуторно не изменены. Тоны сердца приглушены, пульс 170 в 1мин. Живот мягкий, б/б. Печень из – под края реберной дуги на 5 см, селезенка на 6 см. Ребенок вялый, адинамичный, не реагирует на вопросы. Сухожильные рефлексy снижены.</p> <p>В общем анализе крови Нв 50 г/л, лейкоцитоз 23 тыс, нейтрофилез (п-6%, с 72%). СОЭ 36 мм/час. Патологическая зернистость нейтрофилов.</p> <p>Биохимия: печеночные пробы в норме.</p> <p>В анализе мочи: протеинурия умеренная, остальные показатели в норме.</p> <p>Рентгенологически: инфильтрация легочной ткани в зоне средней доли</p>

		<p>правого легкого, усиление легочного рисунка в области нижней доли левого легкого.</p> <p>Рентгенограмма придаточных пазух носа: патологии не выявлено.</p> <p>Из посева мокроты выделена грамотрицательная недифференцированная палочка и грибы рода Кандида.</p> <p>Исследование мокроты: БК не обнаружены.</p> <p>Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 2 мм.</p> <p>На фоне массивной терапии на 11 сутки пребывания в стационаре ребенок умер.</p> <p>При вскрытии: множественные некротические и гнойно – продуктивные очаги в легких, печени, почках, сердце и коже. Гипоплазия вилочковой железы, истощение надпочечников, дистрофия внутренних органов, кахексия. Казеозный лимфаденит с обызвествлением левого подмышечного л/узла, вызванный штаммом БЦЖ с генерализацией вакцинального процесса: казеозные бугорки в легких и миндалинах.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	<p>На основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Тяжелого состояния мальчика</li> <li>2) Отсутствия эффекта от массивной терапии</li> <li>3) Перенесенных на 1-гом году пневмонии, лимфаденита на стороне БЦЖ и длительно незаживающую язву в месте БЦЖ</li> <li>4) В дальнейшем развития хронического бронхолегочного процесса, о чем свидетельствует наличие деформация фалангов пальцев по типу «барабанных палочек» и ногтей в виде часовых стекол</li> <li>5) Периодических подъемов температуры</li> </ol> <p>клинически можно предположить наличие первичного иммунодефицитного состояния, дефекта фагоцитарного звена иммунитета: хронической гранулематозной болезни.</p> <p>Диагноз подтверждают и результаты вскрытия: множественные некротические и гнойно – продуктивные очаги в легких, печени, почках, сердце и коже, а также казеозные бугорки в легких и миндалинах.</p> <p>Проявлением ХГБ является также и генерализованная БЦЖ – инфекция, выявленная по результатам вскрытия.</p> <p>Таким образом, диагноз: первичное иммунодефицитное состояние – хроническая гранулематозная болезнь. Генерализованная БЦЖ-инфекция.</p> <p>ХГБ - ПИДС, связанное с наследственным нарушением бактерицидной функции фагоцитов, что обуславливает тяжелые, рецидивирующие бактериальные и грибковые инфекции, которые в отсутствие лечения приводят к образованию гранул, способных вызвать обструкцию пищеварительного тракта, мочеполовой системы</p>
P2	-	Диагноз поставлен правильно. Обоснование дано полное.
P1	-	Ответ неполный: не указано наличие генерализованной БЦЖ – инфекции.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	<p>Впоследствии из лаборатории были доставлены результаты дополнительного обследования:</p> <p>Концентрация хлоридов пота 6 и 11 мэкв/л</p> <p>Копрология: отсутствие нейтрального жира.</p> <p>Иммунограмма: IgA 2,5 г/л, IgM 4,0 г/л, IgG 19,75 г/л.</p> <p>Фагоцитарная активность нейтрофилов: с золотистым стафилококком –</p>

		<p>20% (норма 40%), с кишечной палочкой – 20% (норма 46%).          Фагоцитарный Индекс: соответственно 0,7 (норма 3,5) и 0,7 (норма 1,6)          Фагоцитарное число – 3 (норма 1,5) и 2 (норма 2,5)          Индекс завершеного фагоцитоза: 0,3 (норма 0,52) и 0,13 (норма 0,52)          НСТ – тест трижды спонтанный -0, стимулированный -0.          Показатели НСТ – теста у матери: стимулированный 16% (норма 30-50%), спонтанный – 4% при норме 10%.          Дайте оценку полученным результатам лабораторного обследования.</p>
Э	-	<p>Лабораторная диагностика данного иммунодефицита основана на тестах хемилюминесценции и тесте с нитросиним тетразолием (НСТ-тест).          При исследовании функциональной активности нейтрофилов отмечается снижение или отсутствие процессов внутриклеточного киллинга. В данном клиническом примере: снижены фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, индекс завершеного фагоцитоза.          НСТ-тест позволяет выявить нарушение метаболизма нейтрофилов. У данного пациента полностью отсутствует метаболизм нейтрофилов: нулевые показатели спонтанного и стимулированного НСТ- теста. Нейтрофилы и моноциты способны поглощать, но не способны разрушать поглощенные микробы.          Таким образом, лабораторное исследование доказало наличие ХГБ. Повышение показателей IgG, IgA, IgM (гипергаммаглобулинемия) связана с частыми инфекциями.          Нормальная концентрация хлоридов пота и отсутствие нейтрального жира в кале позволили исключить муковисцидоз.          Снижение показателей стимулированного и спонтанного НСТ- теста у матери позволяет предположить наличие у нее аутосомно – рецессивной формы ХГБ.          Таким образом, у данного пациента диагноз ХГБ можно считать достоверным, так как есть снижение продукции перекисных радикалов менее 5% от контроля с помощью НСТ-теста и хемилозависимой люминесценции и есть наличие родственников по материнской линии (матери) со сниженной продукцией перекисных радикалов.</p>
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указаны результаты анализов, исключающие муковисцидоз.
P0	-	Ответ дан неправильно, описано только повышение уровней всех классов иммуноглобулинов.
В	3	Каковы направления терапии пациентов с ХГБ?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Пожизненная антибактериальная терапия, даже в периоды ремиссии. Пациенты постоянно получают триметоприм, сульфаметоксазол, либо чередуют пероральные антибиотики широкого спектра действия в сочетании с антимикотиками в возрастной дозировке. При обострении инфекций – АБ- терапия парентеральная агрессивная, в течение нескольких месяцев могут применяться 2 – 3 препарата (например, в случае абсцесса мозга и внутренних органов).</li> <li>2.Постоянная пожизненная противогрибковая терапия (интраконазол).</li> <li>3. Профилактическая противотуберкулезная терапия по показаниям.</li> <li>4. Иммуномодулирующая терапия.</li> <li>5. Лечение анемии препаратами железа.</li> <li>6. Терапия других хронических заболеваний.</li> </ol>

		7. При необходимости – заместительная терапия в/в иммуноглобулинами. 8. При необходимости – хирургическое лечение при лимфаденитах, абсцессах кожи внутренних органов.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана иммуномодулирующая терапия, лечение сопутствующих заболеваний.
P0	-	Ответ дан неправильный. Не указано, что антибактериальная и антимикотическая терапия проводятся пожизненно.
B	4	Какие возможности коррекции иммунного дефекта существуют в настоящее время при лечении ХГБ?
Э	-	1.Эффективно применение гамма-интерферона. Проводится пожизненная терапия. Стимулирует продукцию нейтрофилами супероксидного анион – радикала, что снижает число инфекционных осложнений Расчет: 1,5 мкг/кг 3 раза в неделю при площади кожных покровов менее 0,5 кв. м или 50 мкг/ кв м 3 раза в неделю при площади более 0,5 кв.м. Ингарон - человеческий рекомбинантный интерферон-гамма, имеет противовирусный и иммуномодулирующий эффект. Активирует функции макрофагов, нейтрофилов, естественных киллеров, цитотоксических Т- лимфоцитов. Повышает активность презентации антигенов. Подавляет синтез IgE 2.Полиоксидоний оказывает активирующее влияние на неспецифическую резистентность организма, фагоцитоз, гуморальный и клеточный иммунный ответ. Установлено, что этот иммуномодулятор in vitro обладает способностью повышать бактерицидность фагоцитов крови больных ХГБ до нормальных значений. Доказано, что Полиоксидоний подавляет образование внеклеточных, но стимулирует образование внутриклеточных активных форм кислорода, от которых зависит гибель бактерии в клетке. Кроме того, Полиоксидоний обладает способностью стимулировать и кислород–независимые механизмы бактерицидности лейкоцитов. 3.Аллогенная трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) является единственным известным лечением ТКМ – имеет ограниченное значение, так как необходимо мощное кондиционирование пациента, учитывая полную сохранность лимфоидного иммунитета, что может привести к инфекционным осложнениям и фатальному исходу. 4.Генная терапия в настоящее время не разработана, проводилась у единичных больных. Эффект: от полного отсутствия клинических проявлений ХГБ до тяжелых осложнений генной терапии
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана эффективность применения гамма-интерферона, полиоксидония.
P0	-	Ответ дан неправильный, указано только применение ТКМ.
B	5	Существует ли возможность вакцинации данного пациента?
Э	-	В соответствии с рекомендациями Американской академии педиатрии пациенты должны быть привиты всеми вакцинами календаря, за исключением БЦЖ и оральной противотифозной вакцины, так как

		возможно развитие БЦЖ- инфекции вследствие дефекта макрофагов, хотя во многих странах Европы и Азии рекомендуется вакцинация БЦЖ. Противовирусный гуморальный иммунитет не страдает, поэтому живые вирусные вакцины не противопоказаны. Однако целесообразно живую полиомиелитную вакцину замнить на инактивированную. Иммунный ответ на инактивированные и живые вирусные вакцины не нарушен. Вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции, ветряной оспы показаны особо. Рекомендуется также проводить скрининг поствакцинальных антител.
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный: указано, что возможна вакцинация только инактивированными вакцинами.
P0	-	Ответ дан неправильный: дан отвод от всех прививок.
H	-	007
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
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Никита, 6 лет, поступил в отделение гематологии из инфекционной больницы, куда поступил с жалобами на желтушную окраску кожи и склер, темную мочу с 10 октября. 14 октября желтуха усилилась, повысилась температура до 38С. В инфекционном стационаре вирусные гепатиты были исключены. Состояние при поступлении тяжелое. Голос гнусавый. Кожа умеренной желтушной окраски, геморрагические элементы на ногах, кровоточивость десен. Иктеричность склер. Л/узлы пальпируются в задне-шейной группе, слева в подмышечной области до 2 см. Удлиненное лицо, микрогнатия или ретрогнатия, широкая переносица, мелкие зубы, асимметрия лица при плаче, опущенные вниз уголки рта – «рыбий рот», глазной гипертелоризм, низко посаженные и деформированные ушные раковины. В зеве- раздвоение уздечки неба. Дыхание несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, над всей поверхностью выслушивается грубый систолический шум. Печень не пальпируется. Селезенка из –под края реберной дуги на 2 см. Общий анализ крови: Нв 88г/л, эр.3,08 10 <sup>12</sup> , цв. По 0,88, лейкоциты 0,8 тыс, п – 15%, С -67%, Л-18%, соз 40 мм/час. Общий анализ мочи – без патологии Биохимический анализ крови: АлАт -0,26 (норма 0,1 – 0,67), АсАТ-0,45 (норма 0,1 – 0,67), прямой билирубин 0 мм/л, общий билирубин – 92 ммоль/л (3,42 – 20,5). Наследственность: у двоюродной бабушки по отцу умер мальчик от ВПС, у родственников по отцу врожденная слепота, у бабушки по матери –

гипертоническая болезнь.  
Родители здоровы. Профвредностей нет.  
Мальчик от 1 беременности, протекавшей на фоне бактериального вагиноза. В родах на 41 неделе беременности маловодие, излитие околоплодных вод. Воды мекониальные. Масса тела при рождении 4146г, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 1/3 балла. К груди не прикладывался в связи с врожденной расщелиной твердого и мягкого неба, врожденного порока сердца (дефекта межжелудочковой перегородки). Выявлена неполная синдактилия 3 и 4 пальцев левой стопы.  
В периоде новорожденности лечился по поводу внутриутробной пневмонии, токсико – гипоксического поражения цнс, эктодермальной дисплазии, анемии новорожденных. В периоде новорожденности отмечались неонатальные судороги. В роддоме не привит. Отмечалось позднее восстановление массы тела к 1 мес 1 неделе. Выписан на 42 сутки.  
До 3,5 мес получал сцеженное грудное молоко, затем переведен на смешанное вскармливание, с 4 мес на искусственное. С рождения отмечалась повышенная возбудимость ребенка, снижение аппетита, плохие прибавки в весе. Профпрививки получал с опозданием, реакций не отмечалось. Перенес ветрянку без осложнений.  
С 4 мес рецидивируют обструктивные бронхиты, протекавшие с длительным субфебрилитетом. В межрецидивный период периодически беспокоил повышение температуры до фебрильных цифр. В 9 мес получал лечение по поводу бактериального эндокардита, медиастинальной липомы, дистрофии по типу гипотрофии, рахита 2, катарального отита, бронхита. Была диагностирована инфекция мочевыводящих путей. Была выявлена подковообразная почка, удвоение ЧЛК слева. Был уточнен диагноз ВПС. В анализе кала высеяно 24 000 колонии грибов рода Кандида, протей. В 3 года 11 мес перенес сальмонеллез, после чего сформировался хронический энтерит с частыми обострениями, дисахаридная недостаточность, во время которых лечился в НИИ детской гастроэнтерологии.  
В 5 лет оперирован, проведена уранопластика. Затем проведена пластика ВПС.  
В отделении гематологии был поставлен диагноз: аутоиммунная гемолитическая анемия. ВПС. Врожденная аномалия развития почек. Рецидивирующие ОРЗ, ларинготрахеобронхиты, ремиссия. Резидуально-органическое поражение цнс, синдром гипервозбудимости, задержка психо – речевого развития.  
Осмотр аллерголога: хронический ларинготрахеит  
Осмотр фтизиатра: проба Манту отрицат, данных за туберкулез л/узлов левой подмышечной области нет.  
Осмотр онколога: на 6 сутки после открытой биопсии подмышечного л/узла припухлость за счет скопления ликвора.  
УЗИ вилочковой железы: структурных изменений не выявлено.  
УЗИ л/узлов: эхографические признаки увеличения л/узлов шеи и подмышечной области.  
УЗИ органов брюшной полости: спленомегалия, фиксированный перегиб желчного пузыря, подковообразная почка.  
Рентгенограмма грудной клетки: без дополнительных теней, легочные поля воздушны.  
Биопсия подмышечного л/узла: реактивная фолликулярная гиперплазия.

		<p>Трепанобиоптат гребня подвздошной кости: картина гиперплазии костного мозга.</p> <p>Миелограмма: костный мозг умеренно богат клеточными элементами. Гранулоцитарный росток снижен. Отмечается нарушение созревания на стадии образования с/я нейтрофилов. Относительное количество лимфоцитов снижено. Количество мегакариоцитов снижено.</p> <p>Результаты дополнительного обследования:</p> <p>Антитела к гранулоцитам аутоиммунные, аллоиммунные не обнаружены.</p> <p>Антитела к лимфоцитам аутоиммунные, аллоиммунные не обнаружены</p> <p>Антитела к денатурированной ДНК отрицат</p> <p>Общий ИгЕ 14 МЕ/мл, IgG 4,0 -14 г/л, IgA 2,13 – 1,63 г/л, IgM 0,8 – 2,0 г/л</p> <p>Проведено лечение: иммуноглобулин в/в № 10. При введении иммуноглобулина отмечалось появление крапивницы, которая купировалась только после введения аминокaproновой кислоты, так как преднизолон в/м эффекта не дал. Цифран, дифлюкан, клафоран, амикацин, низорал, пульмикорт.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	<p>Гипокальциемия, врожденный порок сердца, и характерные черты лица помогают заподозрить синдром делеции 22-й хромосомы в неонатальном периоде.</p> <p>У данного пациента судороги отмечались только в периоде новорожденности, но впоследствии он наблюдался у невролога с резидуально-органическим поражением цнс, синдромом гипервозбудимости, задержкой психо – речевого развития, что в совокупности с другими симптомами характерно для данного иммунодефицита.</p> <p>Наличие врожденного порока сердца свидетельствует о дефекте закладки пятого жаберного кармана.</p> <p>Пороки развития лицевых структур (удлиненное лицо, микрогнатия или ретрогнатия, широкая переносица, мелкие зубы, асимметрия лица при плаче, опущенные вниз уголки рта – «рыбий рот», глазной гипертелоризм, низко посаженные и деформированные ушные раковины), врожденная расщелина твердого и мягкого неба являются результатом дефекта закладки первого и второго жаберных карманов.</p> <p>Наличие многочисленных уродств (неполная синдактилия 3 и 4 пальцев левой стопы, подковообразная почка, удвоение ЧЛК слева) также свидетельствуют о генетическом дефекте.</p> <p>Имеет место также задержка не только психомоторного, но и физического развития.</p> <p>Клинические проявления иммунной недостаточности – тяжелые, склонные к хронизации (бактериальный эндокардит, рецидивирующие обструктивные бронхиты, хронический ларинготрахеит, хронический энтерит).</p> <p>Аутоиммунные заболевания (у данного пациента аутоиммунная гемолитическая анемия) развиваются в результате задержки созревания и развития регуляторных функций Т-клеток, что приводит к появлению аутореактивных Т- лимфоцитов.</p> <p>Таким образом, имеет место первичный, преимущественно Т-клеточный иммунодефицит: синдром делеции 22-й хромосомы (синдром Ди Джорджи). ВПС. Врожденная расщелина твердого мягкого неба. Аутоиммунная гемолитическая анемия. Хронический ларинготрахеит. Хронический энтерит. Задержка психоречевого</p>

		<p>развития.</p> <p>По-видимому, имеет место неполная форма синдром делеции 22-й хромосомы, так как судороги после периода новорожденности не повторялись. Тем не менее, необходимо дообследование с целью выявления поражения паращитовидных желез (исследование уровня паратгормона, уровень гормонов щитовидной железы, уровень ионизированного кальция).</p> <p>Также данному пациенту необходимо исследование показателей клеточного иммунитета, а также уровня поствакцинальных антител. Окончательный диагноз может быть поставлен только после проведения генетического обследования (тест методом флуоресцентной гибридизацией in situ (FISH) с ДНК-зондом TUPLE 1 (HIRA), обнаружение локусов с отсутствием генетического материала методом полимеразной цепной реакции и электрофореза с помощью анализа микросателлитного полиморфизма по определенным локусам, перекрывающим область делеции 22-й хромосомы, мутации в гене TBX1).</p>
P2	-	Диагноз поставлен правильно, обоснование дано полное.
P1	-	Диагноз поставлен правильно, но обоснование диагноза неполное, так как не предложено проведение генетического обследования.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
B	2	Общие принципы терапии синдрома Ди Джорджи.
Э	-	<p>В настоящее время не существует куративной терапии этого синдрома. Терапия направлена на купирование осложнений, которые возникают в различные периоды жизни. Проводится коррекция ВПС и аномалий лицевого скелета. Терапия аутоиммунных заболеваний проводится по соответствующим протоколам. При выраженных иммунологических дефектах показана заместительная терапия в\в иммуноглобулинами, антибактериальная, антимикотическая, противовирусная терапия.</p> <p>Коррекция Т-клеточных нарушений м.б. достигнута путем пересадки фетального тимуса. Но при наличии тяжелых врожденных пороков, которые определяют прогноз при данном заболевании, эта операция считается необоснованной.</p>
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ неполный: не указана коррекция иммунологических нарушений в\в иммуноглобулинами.
P0	-	Ответ неправильный.
B	3	Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении, в социальной и психологической реабилитации?
Э	-	<p>Частота посещения того или иного специалиста и частота анализов зависит от клинических проявлений данного синдрома. Однако годовая диспансеризация необходима для контроля инфекционной заболеваемости, иммунологических показателей и функций основных систем организма. Наиболее значимые проблемы — психиатрического плана. Пациенты наблюдаются с диагнозами «психоз» или «шизофрения», «депрессия», «биполярный синдром». Терапия в большинстве случаев не отличается от таковой от обычных людей, однако у данных пациентов больше выражена резистентность. Если имеет место гипокальциемия, то она должна быть скорректирована, так как она самостоятельно может спровоцировать обострение психоза. Умственное развитие и психические отклонения определяют выбор</p>



		профессии.
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана коррекция гипокальциемии.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Докажите необходимость генетического консультирования семьи
Э	-	Известным фактором риска является наличие одного из родителей с синдромом делеции 22-й хромосомы, так как наследование является аутосомно-доминантным. Следовательно, 50% вероятности того, что патология наследуется. При этом обнаружено, что у потомства синдром более выражен, чем у родителя. Большинство случаев с синдромом делеции 22-й хромосомы носит спорадический характер, и факторы риска неизвестны. Пренатальная диагностика необходима, если один из родителей имеет делецию 22 хромосомы, так как в 50% случаев патология наследуется с более выраженной тяжестью. Проводится FISH-диагностика при выполнении амниоцентеза.
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указан возможность пренатальной диагностики
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	5	Дайте рекомендации по вакцинации данного пациента
Э	-	Противопоказано применение живых бактериальных и вирусных вакцин. Поскольку уровни антител нормальные или повышены, эти пациенты могут отвечать выработкой антител на введение инактивированных вакцин. Поэтому, если не требуется проведение пожизненной заместительной иммунотерапии препаратами в/в иммуноглобулинов, вакцинация целесообразна против полиомиелита (ИПВ), против пневмококковой инфекции (13 – валентная конъюгированная вакцина, через 2 мес – 23 – валентная полисахаридная вакцина с последующей ревакцинацией), против гриппа и т.д. По эпидпоказаниям вместо живых вакцин применяется иммуноглобулин. Рекомендована вакцинация семейного окружения (живую полиомиелитную вакцину заменить на инактивированную).
P2	-	Рекомендации даны правильно и обосновано.
P1	-	Рекомендации даны неполные: отсутствует указание на вакцинацию против гриппа или на вакцинацию семейного окружения.
P0	-	Рекомендации неправильные – дан постоянный медотвод.
H	-	008
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>Мальчик 2 лет с мамой обратились к аллергологу - иммунологу с жалобами на частые простудные заболевания до 8 раз в год в холодное время года, которые протекают с повышением температуры тела, кашлем, насморком в течение 5 – 7 дней. Мать просит назначить препараты иммуноглобулинов, так как ранее участковым врачом по месту жительства был назначен в/м нормальный человеческий иммуноглобулин 1 раз в месяц № 3 (январь, февраль, март). В течение этих месяцев ребенок не болел.</p> <p>При анализе амбулаторной карты выявлено, что ребенок болеет простудными заболеваниями с 13 – месячного возраста, 3 раза с бронхитами без обструкции, 3 раза гнойные отиты. Получает симптоматическую терапию, иногда антибиотики с эффектом. Организованные коллективы не посещает. Привит по возрасту, без реакций. Перенес ветряную оспу, без осложнений.</p> <p>Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 1 –й и 2 – й половине беременности. Родители: мать 24 года, страдает инфекцией мочевыводящих путей; отец – 25 лет, в анамнезе – аппендэктомия, менингококковая инфекция. Профвредностей нет.</p> <p>Родился с весом 3400 г, ростом 51 см. Период новорожденности – без особенностей.</p> <p>Аллергологический анамнез: на вишню, шоколад, апельсины, малину, киви, картофель, морковь – сыпь.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,3 °С. Кожные покровы чистые, обычной окраски, теплые. Рубчик от БЦЖ – 6 мм. Шейные, подчелюстные л/узлы до 0,7 см, эоастичные, б/б. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Миндалины не выступают из-за края небных дужек, не гиперемированы. Задняя стенка глотки не гиперемирована. Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Кашля нет. Аускультативно дыхание в лёгких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки, свободные. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня).</p> <p>Результаты амбулаторного обследования:</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – <math>3,4 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – <math>5,2 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 75%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: без особенностей.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: без очаговых изменений, размеры вилочковой железы в норме.</p> <p>При иммунологическом обследовании: общий IgE 20 КЕ/л, IgG 4,5 г/л, IgA 0,3 г/л, IgM 0,3 г/л.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз. С какими иммунодефицитами следует провести дифференциальный диагноз?
Э	-	Учитывая начало частых ОРЗ с «малыми» гнойными инфекциями в возрасте старше 1 года, данные анализа крови (абсолютная и относительная нейтропения), снижение IgG менее 5 г/л и IgM менее 0,4 г/л можно предположить, что у пациента имеет место преходящая гипогаммаглобулинемия детей (ПГГД). Постановка диагноза возможна только ретроспективно после нормализации уровня антител. До этого времени диагноз может носить только предположительный характер. Описаны случаи трансформации ПГГД в общую переменную иммунную недостаточность.

		Необходимо дифференцировать с избирательным дефицитом подклассов IgG, для чего требуется проведение повторных исследований уровня иммуноглобулинов, а также подклассов IgG.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован правильно.
P1	-	Ответ неполный: не указаны уровни иммуноглобулинов, которые позволяют предположить этот диагноз или неправильно указаны условия возможности постановки диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
B	2	Какие причины приводят к развитию транзиторной гипогаммаглобулинемии раннего детского возраста?
Э	-	Причины до конца не изучены. Предполагают, что у детей в возрасте старше 3 – 6 мес, физиологическое состояние гипогаммаглобулинемии задерживается (иммуноглобулины синтезируются недостаточно, а уровень материнских снижается). Уровень собственных иммуноглобулинов нормализуется к 1 – 5 годам, поэтому прогноз благоприятный, состояние доброкачественное. Среди других возможных причин указывают: - подавление материнскими IgG синтез антител ребенка, - наличие генетических вариаций в семьях со склонностью к иммунодефицитам - наличие аномальных Т- лимфоцитов, которые не стимулируют выработку антител В- лимфоцитами - несбалансированная продукция цитокинов - аномальные или незрелые В-клетки, что не отличает от ОВИН
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный. Не указаны другие возможные причины.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	3	Какое лечение и иммунокоррекция применяются при транзиторной гипогаммаглобулинемии раннего детского возраста?
Э	-	Для бессимптомных пациентов лечение не требуется. Лечение сводится к устранению инфекционных проявлений. Не требует патогенетической иммунокоррекции, так как заканчивается самопроизвольным выздоровлением. Применение иммуноглобулинов не требуется, так как иммуноглобулины могут маскировать или задержать восстановление пациентов. При наличии тяжелых инфекций и отсутствия эффекта от лечения редко все же могут быть назначены иммуноглобулины. Если ребенок получал препараты иммуноглобулинов в течение нескольких месяцев, это указывается в истории развития. Если ребенок получал иммуноглобулины зимой, лечение д.б. прекращено весной и летом на 4 – 5 месяцев. Таким образом, данному пациенту применение препаратов иммуноглобулинов не требуется. Могут быть назначены препараты, направленные на стимуляцию врожденных факторов иммунитета, например, бактериальные лизаты или рибосомальные фракции.
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость прекращения введения иммуноглобулинов в летний период.
P0	-	Ответ дан неправильный: рекомендовано продолжение курса

		иммуноглобулинов.
В	4	Назначьте план диспансерного наблюдения при данном иммунодефиците
Э	-	1. Исследование уровня IgG каждые 4 – 6 месяцев 2. Исследование уровня поствакцинальных антител через 4 – 6 месяцев 3. Требуется снижение инфекционного воздействия – ограничение контактов, посещения ДДУ 4. В период повышенной заболеваемости м.б. назначена антибактериальная терапия для профилактики.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: нет указаний на ограничение посещения ДДУ
P0	-	Ответ дан неправильный. Нет указаний на постоянный контроль уровней иммуноглобулинов до окончательной постановки диагноза.
В	5	Дайте рекомендации по вакцинации при данной форме ПИДС
Э	-	Пациенты могут быть вакцинированными всеми инактивированными вакцинами. Большинство пациентов синтезируют адекватный уровень антител. Так как столбнячный анатоксин является наиболее сильным антигеном, отсутствие поствакцинальных антител к столбняку требует исключения более серьезных форм иммунодефицитов. Живая полиомиелитная вакцина заменяется на инактивированную. После нормализации уровня IgG возможна вакцинация против кори, краснухи, пар티та, ветряной оспы. Вакцину БЦЖ дети переносят без особенностей. Требуется контроль за уровнем поствакцинальных антител. При низком титре вводят дополнительную дозу вакцины с последующим исследованием уровня антител через 4 – 6 недель. Если титр антител остается низким, требуется повторное обследование через 6 мес.
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость контроля поствакцинальных антител или замены живой полиомиелитной вакцины на инактивированную
P0	-	Ответ дан неправильный: отвод от всех прививок.
Н	-	009
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная 19 лет вызвала карету скорой помощи. Жалобы на затрудненное дыхание, отек в области шеи, лица. Отек развился после экстракции зуба, которая была проведена 5 часов назад. Больной был назначен тавегил в/м 2 мл, но отек продолжал нарастать, усилились

		<p>одышка, кашель, осиплость голоса.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы и конъюнктивы бледные. В области лица, шеи бледный плотный отек, при надавливании на него не остается ямки. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины. ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.</p> <p>При дальнейшем расспросе установлено, что у больной с 8-10 лет развивались отеки различной локализации, возникновение которых всегда связано с психоэмоциональным напряжением или травмой и никогда не сопровождалось крапивницей и зудом.</p>
В	1	Какое заболевание в первую очередь следует заподозрить у данной больной. Какие сведения еще необходимо дополнительно выяснить.
Э	-	<p>Необходимо уточнить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- есть ли у пациентки зуд,</li> <li>- есть ли у больной какие-либо аллергические заболевания, пищевая и лекарственная непереносимость, в частности, имеются ли в анамнезе указания на непереносимость местных анестетиков,</li> <li>- не было ли у родственников случаев смерти от отека гортани или отеков различной локализации,</li> <li>- были ли ранее госпитализации по поводу клиники «острого живота»,</li> <li>- принимает ли пациентка ингибиторы АПФ,</li> <li>- есть ли заболевания почек,</li> <li>- есть ли у пациентки гипотериоз.</li> </ul> <p>Если нет зуда, высыпаний на коже (крапивницы, гиперемии кожи), и отсутствует эффект от антигистаминных препаратов можно заподозрить наследственный ангионевротический отек (НАО).</p>
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный: не полностью собран анамнез.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	С какими заболеваниями следует дифференцировать наследственный ангионевротический отек.
Э	-	<p>1. Приобретенная форма ангиотека (ПАО)- относится к фенокопии НАО, имеет сходную картину с НАО, но не наследуется, а приобретается в процессе жизни. В лечении эффективны глюкокортикоиды и цитостатики.</p> <p>2. Ангиотёки, основным медиатором которых является гистамин : В 50% случаев АО сопровождается крапивницей. Отек горячий, гиперемированный. Как правило, отмечается хороший эффект от введения системных ГКС, антигистаминных средств. Сочетание отека с резким снижением АД, крапивницей, бронхоспазмом, болями в животе, дефекацией, мочеиспусканием, кровянистыми выделениями из влагалища – является признаком анафилактической реакции.</p> <p>3. Ангиотёки, обусловленные лекарствами (аллергией и непереносимостью: возникают изолированно или с крапивницей вскоре после назначения препарата (НПВС, антибиотиков, рентгеноконтрастных препаратов и т.д.)</p>

		<p>4. Ангиоотёки, связанные с пищевой непереносимостью: имеется четкая и воспроизводимая связь с приемом определенного продукта, реакция на продукты или пищевые добавки в виде АО и/или крапивницы.</p> <p>5. Постоянный отек кожи лица и шеи. Он может быть связан со сдавлением верхней полой вены. Показано рентгенологическое исследование грудной клетки для выявления опухоли, расширения средостения.</p> <p>6. Синдром Мелькерссона-Розенталя. Постоянный плотный отек лица, складчатый язык. При биопсии пораженной ткани обнаруживают гранулематозное воспаление.</p> <p>7. Ансарка.</p> <p>8. Гипотиреоз.</p> <p>9. Уртикарный васкулит.</p>
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: проведена дифференциальная диагностика только с аллергическими отеками, связанными с лекарственными и пищевыми аллергенами.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Какова классификация НАО?
Э	-	<p>НАО 1-го типа (85 % случаев). Отмечается дефицит С1-ингибитора в плазме, обусловленный нефункционирующим геном. При этом уровень С1-ингибитора может варьировать от неопределяемого до менее 30% от нормального.</p> <p>НАО 2-го типа (15 % случаев). Уровень С1-ингибитора в пределах нормы или повышен, отмечается снижение функциональной активности С1-ингибитора.</p> <p>НАО 3-го типа (НАО с нормальным уровнем С1-ингибитора) (редко встречающийся тип НАО, распространенность неизвестна) (эстрогензависимый). Считается, что развитие ангиоотечков при НАО III типа связано с генетическим нарушением контроля XII фактора свёртывания крови. Отличительной особенностью НАО 3 типа является нормальный уровень С1-ингибитора и его функциональной активности. Клинические симптомы идентичны таковым при первых двух типах наследственных ангиоотечков. Его особенностью является зависимость симптомов от высокого уровня эстрогенов и, соответственно, для него характерны обострения во время беременности, при применении пероральных контрацептивов или заместительной терапии эстрогенами при лечении климактерического синдрома. Преимущественно болеют женщины. Основанием постановки диагноза служит типичная клиническая картина заболевания в сочетании с выявлением мутаций в гене XII фактора свёртывания крови и/или наличием семейного анамнеза.</p>
P2	-	Ответ дан правильный и полный.
P1	-	Ответ дан неполный: нет указан 3 – 1 типа НАО.
P0	-	Ответ дан неправильный, указан только 1 типа НАО.
В	4	Каковы показания к консультации специалистов
Э	-	<p>Больных с диагнозом АО направляют к аллергологу для проведения дифференциальной диагностики разных видов АО, для определения возможностей обследования и тактики лечения.</p> <p>Больного с отеком гортани госпитализируют в оториноларингологическое или реанимационное отделение в острой</p>

		ситуации с последующей консультацией аллерголога-иммунолога после стабилизации состояния. При абдоминальном синдроме необходима консультация хирурга. Коррекция сопутствующей патологии, так как это может приводить к утяжелению течения НАО
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость консультации врача аллерголога - иммунолога
P0	-	Ответ дан неправильный: наблюдение терапевта по месту жительства
B	5	Купирование острого приступа НАО (при тяжелом и жизнеугрожающем отеке)
Э	-	<p>Неотложная терапия НАО проводится без отмены препаратов базисной терапии.</p> <p>1) Подкожное введение икатибанта (ФИРАЗИР): 3 мл (30 мг). В большинстве случаев однократного введения препарата достаточно для купирования симптомов НАО. В случае недостаточной эффективности или рецидива НАО, икатибант вводят повторно в дозе 30мг через 6 часов. Если после повторного введения препарата симптомы НАО сохраняются или приступ НАО рецидивирует, третья доза препарата может быть введена еще через 6 часов. Не рекомендуется превышать максимальную суточную дозу препарата – 90 мг (3 инъекции).</p> <p>2) В/в введение концентрата Ингибитора С1- (донорский или рекомбинантный) -500-1500 ЕД. В России проходит регистрацию.</p> <p>3) Свежая или свежемороженая нативная плазма в объеме 250-300 мл.</p> <p>4) Антифибринолитические препараты: - транексамовая кислота в дозе 1г – 1,5 г. внутрь каждые 3-4 часаD. -ε-аминокапроновая кислота в/в капельно в дозе 5-10г (100 -200 мл 5% раствора), затем в дозе 5г (100мл 5% раствора) каждые 4ч или 7-10 г/сут внутрь до полного купирования обострения с динамически контролем коагулограммы.</p> <p>5) При отсутствии достоверных данных о наличии НАО, связанного с патологией системы комплемента, возможно введение системных ГКС. При жизнеугрожающих отеках возможно дополнительное введение фуросемида в дозе 40-80 мг в/в. Необходима госпитализация больного в ЛОР-отделение или реанимационное отделение, так как может понадобиться трахеостомия или интубация.</p> <p>6) Пациенты с III типом НАО не отвечают на терапию ингибитором С1-эстеразы человеческой и антифибринолитическими препаратами. Главная цель терапии в такой ситуации состоит в поддержании проходимости дыхательных путей, объема циркулирующей крови (симптоматическая терапия) и отмене приема эстрогенов.</p>
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: указано только применение свежемороженой плазмы.
P0	-	Ответ дан неправильный: применение парентрально глюкокортикостероидов.
H	-	010
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная 29 лет вызвала карету скорой помощи. Жалобы на затрудненное дыхание, отек в области шеи, лица, сильную головную боль, боль в животе. Отек развился 4 часа назад. Причину пациентка указать не может. Амбулаторно больной был назначен тавегил в/м 2 мл, но отек продолжал нарастать, усилились одышка, кашель, осиплость голоса.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы и конъюнктивы бледные. В области лица, шеи бледный плотный отек, при надавливании на него не остается ямки. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины. ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Аллергологический анамнез спокоен. Хронические заболевания отрицает.</p> <p>Во время сбора анамнеза удалось выяснить, что старшая сестра умерла от отека гортани в этом же возрасте. Утром у пациентки был стресс на работе.</p> <p>Бригадой скорой помощи был введен в/в дексаметазон и пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение терапевтического стационара по экстренным показаниям.</p> <p>На консультацию был приглашен врач аллерголог – иммунолог, так как после введения дексаметазона отек не проходил.</p>
В	1	Действия врача аллерголога – иммунолога при оказании неотложной помощи. В стационаре Фиразир отсутствует
Э	-	<p>Учитывая наличие у пациентки плотного отека в области головы и шеи без крапивницы и гиперемии кожи, а также наличие стрессовой ситуации, а также отягощенном семейном анамнезе (смерть сестры от отека гортани), можно думать о наследственном ангионевротическом отеке (НАО).</p> <p>При отеках в области головы и шеи, при абдоминальном синдроме и отсутствии фиразира, следует ввести нативную или свежезамороженную плазму в/в в дозе 250-500 мл, фуросемид в/в 40-80 мг, эпинефрин ингаляционно, эфедрин ингаляционно (при отсутствии противопоказаний).</p>
P2	-	Ответ дан правильный.



P1	-	Ответ дан неполный: не указано введение мочегонных, эпинефрина.
P0	-	Ответ дан неправильный: повторить введение антигистаминных препаратов и глюкокортикостероидов.
B	2	К какой группе первичных иммунодефицитов относится наследственный ангионевротический отек?
Э	-	НАО относится к первичным иммунодефицитам без инфекционного синдрома, в патогенезе данного заболевания основную роль играют нарушения в системе комплемента.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный: НАО относится к аллергическим заболеваниям.
B	3	Необходимо ли было проведение скрининга в данной семье?
Э	-	Да, поскольку сестра пациентки умерла от отека гортани. Проводится скрининг родителей, братьев, сестер, детей пациента с НАО: -Исследование уровня С4 компонента комплемента -Исследование концентрации и функциональной активности С1-ингибитора, -Генетическое обследование.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указано исследование концентрации С1-ингибитора
P0	-	Ответ дан неправильный: исследование IgE специфических антител к небактериальным аллергенам.
B	4	Какое обследование должен назначить врач аллерголог – иммунолог пациенту с НАО
Э	-	Для подтверждения диагноза НАО необходимо : -исследовать уровни С4 компонента системы комплемента. -определить уровень и функциональную активность С1-ингибитора, -определить наличие антител к С1 ингибитору -определить С1q. -С1-INH95 Kd -Генетическое исследование В зависимости от полученных результатов можно дифференцировать различные типы НАО: Содержание С4 компонента снижено при НАО I и II (D), при НАО III типа – уровень С4 в пределах нормы Для НАО I тип характерно снижение С4 компонента и С1 – ингибитора, концентрация С1q компонента в пределах нормы, Для НАО типа II характерно снижение С4 компонента при нормальном уровне С1- ингибитора, но снижении его функциональной активности. Для НАО III типа характерно концентрация С4 компонента, уровень и функциональная активность С1- ингибитора в пределах нормы, при наличии характерной клинической картины, наличие выявленных мутаций в гене XII фактора крови и/или наличии семейного анамнеза.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
B	5	Ваши рекомендации о вакцинации пациентов с НАО

Э	-	<p>Вакцинация может быть проведена любыми живыми и инактивированными вакцинами. Настоятельно показана вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции (с применением сочетанной вакцинации 13-валентной конъюгированной и через 2 мес 23-валентной полисахаридной вакцинами), против гемофильной инфекции типа b, против менингококковой инфекции (конъюгированной вакциной Менактра), против инфекции, вызванной ВПЧ (Гардасил или Церварикс).</p> <p>При введении живых вакцин против кори, краснухи, паротита, ветряной оспы следует соблюдать интервалы между введением препаратов крови и вакцинацией (минимальный интервал 3 месяца) и между вакцинацией и введением в последующем препаратов крови (минимальный интервал 2 недели). При несоблюдении интервалов вакцинация должна быть повторена.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость вакцинации против ВПЧ – инфекции или соблюдение интервалов между введением живых вакцин и препаратов крови.
P0	-	Ответ дан неправильный: либо отвод от всех прививок, либо отвод от живых вакцин.
Н	-	011
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программы реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов 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>Мальчик 3-х лет, от 2 беременности, протекавшей с пиелонефритом, 2 срочных родов, стремительных. Вес при рождении 2800, рост 50 см, внутриутробная гипотрофия. 1 беременность закончилась родами на 32 недели беременности, родился мальчик с весом 2300 г.</p> <p>В периоде новорожденности – омфалит. С возраста 6 мес стали беспокоить стоматиты, фолликулярные ангины. С 1 года – ларингиты, паратонзиллярный абсцесс, мононуклеоз. В 2 года – гнойный лимфаденит, сегментарная пневмония. Выявлен хронический тонзиллит, хронический энтероколит.</p> <p>В общем анализе крови содержание нейтрофилов варьировало от 0 до 20% при числе лейкоцитов 4,5 – 8,0 тыс в 1 мкл.</p> <p>Наследственность: бабушка по матери проживала на территории</p>

		<p>взрыва предприятия атомной промышленности, страдает остеопатией, остеохондрозом, гипертонической болезнью. У мамы - хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит. У женщин 2 -го поколения по материнской линии – заболевания органов пищеварения, остеохондроз. У отца – гипертония, холецистит, панкреатит, то же – у деда по отцовской линии, а также хронический бронхит, у бабушки – проявления ВСД, тиреотоксикоз, спленэктомия по неустановленному нами поводу, имеет единственного ребенка (отца мальчика), после чего -внематочная беременность и бесплодие, у сестры бабушки – врожденная слепота</p> <p>Ребенок привит только в роддоме БЦЖ и имеет одну вакцинацию против гепатита В.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Тургор тканей снижен. Поствакцинальный кожный знак от БЦЖ – рубчик 3 мм. Пальпируются периферические лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные), размером до 0,9–1,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающей тканью и между собой. При физикальном обследовании в лёгких: дыхание жёсткое. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Физиологические отправления в норме.</p> <p>В анализе крови: эритроциты – 4,0×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 123 г/л, ле – 4,9 тыс, б-1%, э-4%, п-0%, с – 8%, м – 12 %, л – 75%.</p> <p>Фагоцитоз: спонтанный НСТ- тест 24%, стимулированный – 21%.. IgA 0,74 г/л, IgG22.5 г/л, Ig M 1,29 г/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Тяжелая врожденная нейтропения. Хронический тонзиллит. Хронический колит.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполно: нейтропения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	<p>Принимая во внимание наличие гнойных инфекций практически с рождения (омфалит, ангины, паратонзиллярный абсцесс, гнойный лимфаденит, пневмония) можно заподозрить либо дефект фагоцитоза, либо тяжелый дефект гуморального звена иммунитета.</p> <p>Наличие относительной и абсолютной нейтропении менее 500 клеток неоднократно в анализах крови позволяет заподозрить тяжелую врожденную нейтропению. Хроническая гранулематозная болезнь исключена, так как результаты НСТ – теста снижены умеренно. X-сцепленную агаммаглобулинемию исключена, так как содержание всех классов иммуноглобулинов в пределах возрастной нормы.</p> <p>Тяжелая врожденная нейтропения - это генетически обусловленная, гетерогенная группа заболеваний, характеризующаяся наличием в костном мозге обрыва созревания на уровне промиелоцита, снижением абсолютного количества нейтрофилов (АКН) в периферической крови менее 500 клеток в 1 мкл, возникновением с первых месяцев жизни повторных бактериальных инфекций.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: нет указаний на число нейтрофилов,

		которое может быть при тяжелой врожденной нейтропении.
P0	-	Диагноз обоснован неправильно.
B	3	Какое лабораторное обследование еще необходимо провести?
Э	-	<p>Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов вручную</p> <p>Биохимический анализ крови с обязательным исследованием мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, глюкозы.</p> <p>Серологическое исследование на гепатиты А, В, С, D, ВИЧ, ВЭБ, парвовирус. При необходимости для верификации инфекции возможно использование ПЦР- диагностики.</p> <p>Посевы с определением антибиотикочувствительности из очагов инфекции (включая посев крови и мочи при соответствующей симптоматике).</p> <p>Копрология при подозрении на болезни обмена.</p> <p>Морфологическое исследование костного мозга.</p> <p>Цитогенетическое исследование костного мозга</p> <p>Фенотипирование лимфоцитов.</p> <p>Определения наличия антинейтрофильных антител.</p> <p>Проведение молекулярно-генетического анализа</p> <p>Анализ на выявление мутации генов ELANE, HAX1, WASP, G6PC и др. проводится с помощью полимеразной цепной реакции и последующего прямого автоматического секвенирования продуктов.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Составьте план диспансерного наблюдения
Э	-	<p>После установления диагноза, подбора дозы препарата Г-КСФ пациент передается под диспансерное наблюдение педиатра (если есть должность - гематолога) по месту жительства. Терапия препаратами Г-КСФ проводится длительно/пожизненно. Больные и члены их семей должны быть обучены навыкам подкожных инъекций и правилам индивидуальной гигиены.</p> <p>Инструментальные исследования:  ЭКГ - 1 раз в год, УЗИ брюшной полости - 1 раз в год, Денситометрия - 1 раз в год, Рентгенография грудной клетки - по показаниям. Костно-мозговая пункция, цитогенетическое исследование костного мозга для исключения развития миеодиспластического синдрома\лейкоза – 1 раз в год.</p> <p>Гематолог, проводивший лечение, после подбора индивидуальной дозы и кратности введения препаратов Г-КСФ, осматривает пациента 1 раз в 3 месяца. При снижении АЧН менее 1000 /мкл, возникновении</p>

		инфекционного заболевания - чаще. Осмотр хирурга – 1 раз в год. Осмотр стоматолога - 1 раз в год. Осмотр ЛОР врача - 1 раз в год. Рекомендовано оформление инвалидности
P2	-	План диспансерного наблюдения составлен верно
P1	-	План диспансерного наблюдения составлен неполный.
P0	-	План диспансерного наблюдения включает только гематолога.
B	5	Дайте рекомендации по вакцинации пациента.
Э	-	Вакцинация: живыми вакцинами возможна при уровне гранулоцитов стойко выше 500 кл/мкл Живая полиомиелитная вакцина должна быть заменена на инактивированную. Вакцинация инактивированными вакцинами проводится по стандартному графику. Необходима вакцинация против гриппа, против пневмококковой инфекции (с применением сочетанной вакцинации 13- валентной конъюгированной и через 2 мес 23- валентной полисахаридной вакцинами), против гемофильной инфекции типа b, против менингококковой инфекции (конъюгированной вакциной Менактра). Вакцинация семейного окружения в рамках календаря прививок, живую полиомиелитную вакцину заменить на инактивированную.
P2	-	Рекомендации даны правильно
P1	-	Рекомендации даны неполные: вакцинация живыми вакцинами не рекомендована Или вакцинация возможна только при числе нейтрофилов более 1000 в 1 мкл.
P0	-	Рекомендации даны неправильно: рекомендован отвод от прививок
H	-	012
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов 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
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Марина П., 9 лет, госпитализирована в гематологическое отделение на 2 день заболевания в связи с высоким фебрилитетом, повторной рвотой, болями в горле, явлениями стоматита и изменениями в крови. Девочка от нормально протекавшей беременности и родов, на 2 – 3 неделе жизни перенесла заболевание, расцененное как сепсис (фебрильная лихорадка, общее беспокойство, срыгивание и диарея).

		<p>На 1 году жизни – ежемесячные эпизоды распространенного фурункулеза и гнойного отделяемого из ушей, сопровождающиеся непродолжительным повышением температуры и умеренным увеличением лимфоузлов. Общее состояние существенно не страдало. Всегда получала антибиотики и сульфаниламиды. Не обследовалась. Описанные эпизоды фурункулеза, гнойного отита и кишечных дисфункций повторялись несколько раз и на 2 году жизни, а в дальнейшем приобрели строгую периодичность – 1 раз в месяц. Наследственность неотягощена. Брат 12 лет здоров.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, самочувствие не нарушено. Небольшое отставание в физическом развитии. На конечностях множественные элементы пигментации разной величины и давности. Лимфатические узлы всех групп до 1 см, эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированы. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, границы сердца не расширены. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из – под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.</p> <p>В общем анализе крови: Нв 109 г/л, эр. <math>3,7 \cdot 10^{12}/л</math>, тромбоциты 294 тыс., лейкоциты 13,2 тыс., миелобласты 7%, миелоциты 8%, п/я 5%, с 4%, лимф 33%, моноциты 36%. СОЭ 34 мм/час.</p> <p>На фоне лечения ампициллином состояние быстро улучшилось, температура нормализовалась, зев спокоен, с крови при повторном обследовании п1%, с 53%. Миелограмма: костный мозг умеренно клеточный, тип кроветворения нормобластический, гранулоцитарный росток 73,4%, значительно увеличено количество зрелых нейтрофилов – 70%, лимфоциты 7%, моноциты 4%, эритроидный росток 12,6%, мегакарициты 2:100.</p> <p>На 25 день госпитализации состояние резко ухудшилось. Подъемы температуры до 39-40С, элементы пиодермии и слизистогнойные выделения из носовых ходов. В анализе крови: Нв 114 г/л, эр. <math>3,7 \cdot 10^{12}/л</math>, тромбоциты 259 тыс., лейкоциты 2,2 тыс., п/я 0%, с 1%, э-9%, лимф 64%, моноциты 26%. СОЭ 35 мм/час. Повторное исследование костного мозга на высоте жалоб выявило повышенное количество эритрокариоцитов (44,8%) при ненарушенном их созревании и задержку созревания гранулоцитов на уровне промиелоцитов.</p> <p>Анализ крови на гуморальный иммунитет в период криза и спустя недели соответственно: IgG 22,4 – 15,2 г/л, IgA 4,3 – 1,1 г/л, IgM 5,4 – 7,8 г/л, фагоцитарный индекс 40% - 56%, фагоцитарное число 2,3 – 5,0.</p> <p>На фоне лечения сумамедом элементы пиодермии подсохли, уменьшилось отделяемое из носа, в периферической крови появились нейтрофилы.</p> <p>На 23 день после второго эпизода состояние девочки вновь ухудшилось, повысилась температура до фебрильных цифр, гнойное отделяемое из носа, афты на языке и слизистой оболочке щек, на губах герпетические высыпания. В анализе крови: Нв 130 г/л, эр. <math>4,2 \cdot 10^{12}/л</math>, тромбоциты 294 тыс., лейкоциты 3,9 тыс., п/я 0%, с 1%, э-1%, лимф 54%, моноциты 44%. СОЭ 30 мм/час. На фоне лечения ампициллином состояние быстро улучшилось.</p>
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Циклическая нейтропения. При циклической нейтропении инфекции обычно развиваются с

		определенной периодичностью во время нейтропенической фазы, обычно с интервалом в 21 день.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен: врожденная нейтропения.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно
B	2	Какое лабораторное обследование необходимо провести?
Э	-	<p>Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов вручную</p> <p>Биохимический анализ крови с обязательным исследованием мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, глюкозы.</p> <p>Серологическое исследование на гепатиты А, В, С, D, ВИЧ, ВЭБ, парвовирус. При необходимости для верификации инфекции возможно использование ПЦР- диагностики.</p> <p>Посевы с определением антибиотикочувствительности из очагов инфекции (включая посев крови и мочи при соответствующей симптоматике).</p> <p>Копрология при подозрении на болезни обмена.</p> <p>Фенотипирование лимфоцитов.</p> <p>Анализ крови на уровень иммуноглобулинов</p> <p>Определения наличия антинейтрофильных антител. Морфологическое исследование костного мозга. При циклической нейтропении пункцию костного мозга проводить во время нейтропенической фазы.</p> <p>Проведение молекулярно-генетического анализа</p> <p>Анализ на выявление мутации генов ELANE, HAX1, WASP, G6PC и др. проводится с помощью полимеразной цепной реакции и последующего прямого автоматического секвенирования продуктов.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	3	С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
Э	-	<p>С приобретенными нейтропениями</p> <p>С гемобластозами (острый лимфобластный или миелобластный лейкоз, миелодиспластический синдром)</p> <p>С нейтропениями на фоне первичных иммунодефицитов</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ неполный: не указаны гемобластозы
P0	-	Ответ неверный
B	4	Каковы подходы к терапии врожденной нейтропении?
Э	-	Все больные с врожденной нейтропенией нуждаются в терапии

		<p>препаратами гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ), выпускаемые в формах филграстим или ленограстим. Доза препарата подбирается индивидуально и варьирует от 5 мкг\кг\сут до 80 мкг\кг\сут подкожно. Режим введения также подбирается индивидуально – от ежедневного введения до введения 2-3 раза в неделю. Целью терапии является поддержание концентрации гранулоцитов крови не менее 1000 в мкл.</p> <p>При проведении терапии необходимо мониторировать концентрацию нейтрофилов. Во время подбора дозы при терапии Г-КСФ ежедневно забор крови производится через 18 часов после введения, при более редком введении - в день инъекции. Такой режим контроля осуществляется в первые 4-6 недель лечения или до подбора адекватной дозы Г - КСФ.</p> <p>Около 10-15% больных не отвечают на терапию даже максимальными дозами Г-КСФ. У таких больных необходимо проведение профилактической антибактериальной и противогрибковой терапии и рассмотрение вопроса о трансплантации гематopoэтических стволовых клеток.</p> <p>При возникновении инфекции на фоне терапии или без таковой необходимо немедленное взятие общего анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ неполный: не указана возможность проведения трансплантации гематopoэтических клеток
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какова социальная и психологическая реабилитация пациентов с врожденными нейтропениями?
Э	-	<p>Возможность пребывания в организованном коллективе.</p> <p>После подбора дозы и кратности введения возможно пребывание в детском коллективе при условии соблюдения пациентов правил личной гигиены и гигиены полости рта.</p> <p>Возможность путешествий, поездок за границу, пребывания в детском оздоровительном лагере ограничена эпидемиологической ситуацией и клинико-лабораторным статусом пациента и возможностью получать препарат Г-КСФ.</p> <p>Возможность нагрузок и занятий спортом: физические нагрузки не противопоказаны</p>
P2	-	Ответ дан правильный и полный
P1	-	Ответ дан неполный: отсутствует указание на возможность физических нагрузок и поездок
P0	-	Ответ дан неверный
H	-	013
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
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На консультацию к аллергологу в конце июля обратился мужчина 25



		<p>лет с жалобами на щекотание в носу, чихание, обильные водянистые выделения из носа, гиперемию конъюнктив, слезотечение, отечность век, головную боль, раздражительность после прогулки по лугу. Симптомы в ночное время значительно уменьшаются. Ухудшение состояния при выходе на улицу, в сухую ветреную погоду, при выезде в лес. Такие явления повторяются в течение последних 3-х лет в одно и тоже время года (июнь, июль). В детстве часто болел простудными заболеваниями.</p> <p>Аллергологический анамнез: на мед отмечается усиление проявлений ринита и конъюнктивита.</p> <p>Наследственность: у матери сезонный аллергический риноконъюнктивит.</p> <p>При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.</p> <p>Осмотр отоларинголога: при передней риноскопии: резкий отек передней носовой раковины с инъекцией сосудов, слизистая гиперемирована.</p> <p>Данные офтальмоскопии: Отечность, гиперемия и разрыхленность конъюнктивы, отек век. При исследовании передней камеры глаза: гиперсекреция водянистой влаги без патологических примесей</p>
В	1	Установите предварительный диагноз
Э	-	Поллиноз: аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, обострение.
P2	-	Предварительный диагноз установлен верно
P1	-	Предварительный диагноз установлен неполностью: не указан аллергический конъюнктивит.
P0	-	Предварительный диагноз установлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании жалоб, сезонности (однотипные проявления в течение более 2-х сезонов), анамнеза, объективного осмотра. Об аллергическом характере свидетельствует двустороннее поражение, типичная картина слизистой полости носа и данные офтальмоскопии.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	<p>При проведении аллергологического обследования методом prick-теста в осенний период выявлена сенсibilизация к пыльце тимофеевки +++++, райграса+++ , костра++++, к пыльце березы++++.</p> <p>По данным обследования in vitro (ImmunoCAP) IgE к пыльце тимофеевки 49 kUa/l, к пыльце березы 6,9 kUa/l</p> <p>Показан ли пациенту проведение специфической иммунотерапии?</p>

		Какое обследование необходимо провести для решения вопроса о проведении АСИТ?
Э	-	Учитывая совпадение анамнеза, данных аллергологического обследования пациенту показано проведение АСИТ. Для благоприятного прогноза успешного исхода СИТ первичный аллерген. Для этого необходимо дополнительно выявить IgE к компонентам аллергенов.
P2	-	Ответ дан полный и обоснованный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость определения IgE к компонентам аллергенов.
P0	-	Ответ дан неправильный: АСИТ не показана.
В	4	При дополнительном обследовании выявлены уровни IgE к Phl p 1 - 22 kUa/l и Phl p 5b- 11 kUa/l, к Phl p 12 - 7,3 kUa/l, к Bet v 2 - 6,3 kUa/l
Э	-	Значительные уровни IgE к Phl p и Phl p 5b указывают на первичную сенсibilизацию пылью трав. СИТ для тимофеевки назначается в том случае, если компонент-специфические IgE-антитела указывают на тимофеевку как первичный аллерген. Ответ на профилин (Phl p 12 и Bet v 2) объясняет положительный результат при использовании экстракта берёзы, так как профилин обнаруживается также в пище растительного происхождения, пыльце деревьев и бурьянов.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан правильный
В	5	Укажите противопоказания к АСИТ
Э	-	Различные иммунные заболевания, иммунодефицит; Заболевания сердечнососудистой системы, декомпенсированные и субкомпенсированные, при которых нежелательно введение адреналина; Тяжелая бронхиальная астма со снижением дыхательной функции легких даже на фоне адекватного медикаментозного лечения; Использование больным бета-адреноблокаторов, в том числе в ингаляционной форме; Наличие у больного других острых или декомпенсированных заболеваний, инфекций; Серьезные психические расстройства; Ранний детский возраст (до 5 лет)
P2	-	Противопоказания к проведению АСИТ указаны верно
P1	-	Противопоказания к проведению АСИТ указаны неполностью
P0	-	Противопоказания к проведению АСИТ указаны неверно
Н	-	014
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/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА</b>

		<b>ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщину 34-х лет на сенокосе укусила пчела. Через несколько минут в области указательного пальца появилась гиперемия, отечность, отмечалось чувство жжения, с тенденцией к прогрессированию и вовлечению в процесс всей кисти. Самостоятельно удалила жало. Из анамнеза: пациентка работает бухгалтером. Ранее реакций на насекомых не отмечалось. Пользуется кремом с прополисом. Объективно: отек в области кисти выражен, распространяется на предплечье, зудящий, кожа в области отека гиперемирована. Температура 37,8С. В зеве чисто. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, б\б. Стул и мочеиспускание не нарушены.
В	1	Укажите предварительный диагноз
Э	-	Инсектная аллергия. Аллергический ангиоотек кисти
P2	-	Предварительный диагноз установлен верно
P1	-	Предварительный диагноз установлен неполностью
P0	-	Предварительный диагноз установлен неверно
В	2	Окажите первую помощь при местных реакциях.
Э	-	Протереть место ужаления тампоном, смоченным перекисью водорода. Холод на место ужаления (задерживает всасывание яда за счет спазма поверхностных сосудов кожи) в виде примочек, пузыря со льдом. Местно Фенистил гель, Псилобальзам) Внутри: ангистаминные препараты 2 поколения При ярко выраженной местной реакции в области головы – короткий курс глюкокортикостероидов (дексаметазон 8-12 мг в/м с быстрой отменой в течение 3 дней), мочегонные препараты (фуросемид 40 мг внутрь).
P2	-	Тактика определена верно
P1	-	Тактика определена неполностью
P0	-	Тактика определена неверно
В	3	Какие рекомендации необходимо дать пациентке для профилактики местных и системных реакций на ужаление
Э	-	Особую осторожность следует соблюдать летом на открытом воздухе: во время работы во дворе, отдыха на открытом воздухе Вне дома следует ходить в обуви. Носить головной убор Не следует носить свободную одежду, в которой могут запутаться насекомые. Желательно избегать одежды из ярких, пестрых тканей, особенно с цветочным рисунком, которая привлекает насекомых. Лучше всего носить одежду белого, зеленого, коричневого цветов и цвета хаки Не следует пользоваться духами, лосьонами, одеколонами, ароматизированным мылом и средствами для ухода за волосами с сильным запахом Перед поездкой в автомобиле необходимо проверить, нет ли в нем насекомых, окна автомобиля должны быть закрыты Находясь рядом с насекомыми, нельзя делать резких движений. Обычно насекомые сами не нападают Необходимо всегда носить с собой набор первой помощи. Члены семьи

		и близкие должны уметь им пользоваться Больные с аллергией к ядам насекомых должны всегда иметь при себе опознавательный жетон или браслет Больные должны иметь паспорт пациента После оказания первой помощи следует немедленно обратиться к врачу <u>Не употреблять в пищу продукты пчеловодства, морепродукты, озерную рыбу</u> <u>Не использовать в лечении прополис</u> , т.к. он содержитобщий с ядом антиген. Если нет пищевой аллергии к меду- мёд не противопоказан
P2	-	Рекомендации даны полностью
P1	-	Рекомендации даны неполностью
P0	-	Рекомендации даны неправильно
В	4	Предположите возможные пути сенсбилизации к яду пчелы.
Э	-	Женщина пользуется кремом с прополисом.
P2	-	Ответ дан верный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверный
В	5	Какое аллергологическое обследование может быть проведено
Э	-	Проведение кожного тестирования с аллергеном из тела пчелы через 2 – 3 недели после укуса. Определение специфических IgE к яду пчелы медоносной методом ИФА только после окончания анергического периода (через 2 – 3 дня после укуса). Однако после местных реакций специфические IgE к яду пчелы выявляются в 52% случаев.
P2	-	Ответ дан верный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверный
Н	-	015
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/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К пациенту 43-х лет на дом вызвана бригада Скорой помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция ампициллина внутримышечно. В возрасте 42-х лет при лечении оспеном по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох.

		Частота дыхания - 56 в 1 мин. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и субкрепитирующие хрипы. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт.ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см из под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.
В	1	Установите предварительный диагноз
Э	-	Лекарственная аллергия. Анафилактический шок, типичная форма
P2	-	Предварительный диагноз установлен верно
P1	-	Предварительный диагноз установлен неполностью
P0	-	Предварительный диагноз установлен неверно
В	2	Укажите, применение какого препарата могло стать причиной сенсibilизации организма ребенка
Э	-	Для развития аллергической реакции немедленного типа необходима сенсibilизация организма к антигену. Клинические проявления развиваются только при повторном контакте с аллергеном. У данного пациента сенсibilизирующим фактором выступило введение оспена. При повторном введении подобного препарата сенсibilизированный организм отвечает развитием аллергической реакции.
P2	-	Препарат указан верно, причина указана верно
P1	-	Препарат указан/не указан и/или причина указана/не указана
P0	-	Препарат и причина указаны неверно
В	3	Определите правильность последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции. Какие мероприятия должны быть выполнены у пациента при оказании медицинской помощи?
Э	-	<p>2 степень анафилаксии может соответствовать клинике анафилактического шока (отек ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз), следовательно последовательность медикаментозной терапии должна быть следующей:</p> <p>Препарат выбора – раствор эпинефрина (адреналин гидрохлорид) 0,1%, все остальные ЛС и лечебные мероприятия рассматриваются как <i>вспомогательная терапия (препараты второй линии – системные гкс, антигистаминные препараты).</i></p> <p>Последовательность экстренных мероприятий по купированию анафилаксии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение ЛС), наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС;</li> <li>2.Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента;</li> <li>3.Срочно вызвать реанимационную бригаду;</li> <li>4.Максимально быстро ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра эпинефрин (адреналина гидрохлорид) в дозе 0,01 мг/кг в концентрации 1 мг/мл (разведение 1:1.000), максимальная доза 0,5 мг для взрослых и 0,3 мг для детей. При внутримышечном введении</li> </ol>

		<p>эпинефрина препарат действует быстрее, чем при подкожном его введении. При необходимости введение эпинефрина (адреналина гидрохлорид) можно повторить через 5-15 минут.</p> <p>5. Уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинув нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть съёмные зубные протезы, их необходимо удалить. Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение, сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.</p> <p>6. Обеспечить внутривенный доступ. По показаниям вводить 1-2 литра 0,9% раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5-10 мл/кг впервые 5-10 минут; для ребенка – 10 мл/кг). Если реакция развилась на внутривенное введение препарата, постарайтесь не потерять венозный доступ для введения растворов и эпинефрина;</p> <p>7. Возможно применение системных ГКС в начальной дозе: преднизолон 90-120 мг в/в струйно, метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно взрослым, 1 мг/кг детям, максимум 50 мг, дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, бетаметазон 8-32 мг в/в капельно, гидрокортизон в/м взрослым 100-150мг каждые 4 часа, максимально 1000 -1500мг/сутки, детям 1-мг/кг –суточная доза 6-9мг/кг и др.; для детей: преднизолон 2-5 мг/кг, бетаметазон 20-125 мкг/кг или 0,6-3,75 мг/мл. Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально;</p> <p>8. Будьте готовы до приезда скорой помощи или прибытия реанимационной бригады к проведению сердечно-легочной реанимации;</p> <p>9. Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей;</p> <p>10. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии монитора для измерения АД, подсчет пульса вручную каждые 2-5 минут. По возможности контроль уровня оксигенации.</p> <p>11. По необходимости повторное введение - вспомогательная терапия (препараты второй линии – системные гкс, антигистаминные препараты).</p> <p><b>ВАЖНО ПОМНИТЬ!</b></p> <p>Нельзя начинать лечение анафилаксии с второстепенных препаратов (<math>\beta_2</math>-агонисты, блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, системных ГКС), которые могут быть эффективны только после инъекции адреналина.</p>
P2	-	<p>Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.</p>
P1	-	<p>Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно или определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.</p>
P0	-	<p>Определена последовательность введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно.</p>
B	4	Какое аллергологическое обследование требуется провести?
Э	-	Кожное тестирование. Диагностическая ценность кожного

		<p>тестирования при ЛА до конца не определена. Чувствительность и диагностическая значимость кожного тестирования зависят от причинно-значимого ЛС и клинических проявлений перенесенной реакции. При ЛА, развивающейся по немедленному типу, показана достаточно высокая чувствительность и диагностическая значимость кожного тестирования с ограниченной группой ЛС, таких как <math>\beta</math>-лактамы, мышечные релаксанты, соли платины и гепарины. Но при тестировании с большинством других ЛС информативность кожного тестирования умеренная или низкая (В). Оптимально проводить кожное тестирование через 4-6 недель после перенесенной реакции (D). Виды кожного тестирования выбирают в зависимости от предполагаемого патогенеза перенесенной реакции. Для диагностики аллергических реакций немедленного типа тестирование проводится в определенном порядке. Сначала постановка прик-теста, при отрицательном результате следующим этапом является внутрикожный тест (предпочтительнее в условиях стационара). Данное тестирование следует проводить с инъекционными формами ЛС. Период оценки результата - от 20 до 60 минут. Недостатки кожного тестирования при ЛА: - опасность развития жизнеугрожающих аллергических реакций при проведении кожного тестирования; - наличие стандартизированных аллергенов для диагностики ЛА на ограниченную группу препаратов (в России не зарегистрированы); 18 - возможность ложноположительных (местное раздражающее действие препаратов на кожу) и ложноотрицательных результатов кожного тестирования; - не учитывается возможность развития ЛА на метаболиты ЛС.</p> <p>Подъязычный провокационный тест; - Провокационные дозируемые тесты (ПДТ) с введением препарата в полной терапевтической дозе являются золотым стандартом для выявления причинно-значимого ЛС (С) и проводятся в условиях стационара с отделением реанимации при невозможности замены ЛС альтернативным. Проведение перорального провокационного теста является более безопасным (D). ПДТ должен проводиться не ранее, чем через 1 месяц после перенесенной реакции (D) В настоящее время для диагностики ЛА используются современные лабораторные методы: - определение антиген-специфических сывороточных IgE-антител (при аллергических реакциях немедленного типа) для <math>\beta</math>-лактамов, мышечных релаксантов, инсулина, химопапаина и пр. Отсутствие циркулирующих IgE к ЛС не исключает наличие ЛА, определение уровня сывороточной триптазы и гистамина для диагностики анафилаксии.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный, не указана возможность лабораторного обследования
P0	-	Ответ дан неправильный
В	5	Когда нужен консилиум, состоящий из врача аллерголога-иммунолога и других специалистов с учетом возможности развития полиорганной недостаточности:
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. При тяжелой жизнеугрожающей реакции на введение ЛС.</li> <li>2. При необходимости коррекции терапии с учетом причинно-значимого ЛС.</li> <li>3. При необходимости проведения провокационного тестирования с возможным причинно-значимым ЛС после перенесенной тяжелой жизнеугрожающей реакции на ЛС.</li> </ol>

P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
H	-	016
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/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	-	<p>Пациент К., 27 лет, маляр. Поступил в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.</p> <p>Известно, что у сестры больного имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын больного страдает экссудативным диатезом. Пациент в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Круглогодично отмечается затруднение носового дыхания, повторные эпизоды чихания. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной самостоятельно начал принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД -24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>В общем анализе крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>В анализе мокроты: характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.</p> <p>При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани.</p> <p>ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ<sub>1</sub> - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 -54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.</p>



В	1	Установить предварительный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, впервые выявленная, приступный период Аллергический ринит, средней степени, персистирующего течения, период обострения Аллергический ангиоотек, аллергическая острая крапивница в анамнезе
P2	-	Предварительный диагноз установлен верно
P1	-	Предварительный диагноз установлен неполностью
P0	-	Предварительный диагноз установлен неверно
В	2	Установите необходимый план дополнительного обследования
Э	-	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и белковые фракции, ДФА, СРБ, иммунологический анализ крови: Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, рентгенография легких, по показаниям - рентгенография придаточных полостей носа, ЭКГ, спирография, пикфлоуметрия, консультация аллерголога, ЛОР.
P2	-	Необходимый план дополнительного обследования установлен верно
P1	-	Необходимый план дополнительного обследования установлен неполностью
P0	-	Необходимый план дополнительного обследования установлен неверно
В	3	Очертите круг заболеваний с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим обструктивным бронхитом, трахеобронхиальной дискинезией, бронхогенным раком легкого, кардиальной астмой
P2	-	Заболевания указаны верно
P1	-	Заболевания указаны неполностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
В	4	Определить тактику лечения бронхо-легочной патологии
Э	-	Принципы лечения: терапия бронхиальной астмы складывается из: а) купирования приступа удушья или астматического состояния; б) воздействия на основные патогенетические механизмы заболевания в каждом конкретном случае. Для купирования приступа бронхиальной астмы используют симпатомиметики, ксантиновые производные или холинолитики в виде таблеток, ингаляций или инъекций в зависимости от тяжести приступа. При отсутствии эффекта от бронхолитиков назначают глюкокортикоидные гормоны. Глюкокортикоиды составляют основу терапии астматического статуса. В межприступный период назначают базисную терапию игкс с учетом тяжести заболевания. Данному пациенту показано назначение комбинированных ингаляционных гкс.
P2	-	Тактику лечения бронхо-легочной патологии определена верно
P1	-	Тактику лечения бронхо-легочной патологии определена неполностью
P0	-	Тактику лечения бронхо-легочной патологии определена

		неверно
В	5	Определите факторы, влияющие на развитие и проявления установленного заболевания
Э	-	<p>Внутренние факторы:  Генетическая предрасположенность к атопии  Генетическая предрасположенность к БГР (бронхиальной гиперреактивности)  Пол (в детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков; в подростковом и взрослом – у женщин)  Ожирение  Факторы окружающей среды:  Аллергены (Внутри помещения: клещи домашней пыли, аллергены домашних животных, аллергены тараканов, грибковые аллергены; вне помещения: пыльца растений, грибковые аллергены.  Инфекционные агенты (преимущественно вирусные)  Профессиональные факторы  Аэрополлютанты (Внешние: озон, диоксиды серы и азота, продукты сгорания дизельного топлива и др; внутри жилища: табачный дым (активное и пассивное курение).  Диета (повышенное потребление продуктов высокой степени обработки, увеличенное поступление омега-6 полиненасыщенной жирной кислоты и сниженное – антиоксидантов (в виде фруктов и овощей) и омега-3 полиненасыщенной жирной кислоты (в составе жирных сортов рыбы).</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
Н	-	017
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/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Работает медицинской сестрой в процедурном кабинете.  Больна 10 лет бронхиальной астмой. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Базисную терапию не получает (отказ), связывая с нежеланием принимать гормоны. Настоящее ухудшение состояния связывает с появлением в квартире фикуса Бенжамена. Аллергоanamнез – при употреблении в пищу киви в полости рта появляется зуд, отмечается отек губ.  Объективно: состояние тяжелое, при осмотре кожные покровы бледные, с синюшным оттенком. Больная сидит в положении «ортопноэ». Разговаривает отдельными словами, возбуждена. Грудная клетка находится в положении</p>

		<p>глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук по всем легочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO2 - 85%.</p> <p>В течение суток получила более 5 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.</p>
В	1	Установите предварительный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, тяжелое течение, приступный период. Фруктово- латексный синдром.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполный.
P0	-	Диагноз поставлен верно
В	2	Назовите продукты, имеющие перекрестную аллергическую реакцию к латексу (фруктово- латексный синдром).
Э	-	<p>земляника, ананас, груши, нектарины, вишни, пассифлора, манго, папайя, дыни, виноград, фиги, сливы, персики, киви, бананы, авокадо, яблоки;</p> <p>- овощи: помидоры, сельдерей, морковь, сырой картофель;</p> <p>- лесные орехи и каштаны;</p> <p>- рожь и пшеница.</p> <p>-креветки</p> <p>Указанные ниже продукты питания могут вызвать реакцию, схожую с аллергией на латекс, поскольку протеины, содержащиеся в этих продуктах, распадаясь, имитируют протеины латекса.</p> <p>У данной пациентки имел место «фруктово- латексный синдром» - оральный синдром при употреблении в пищу киви.</p>
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	3	Почему ухудшение состояния пациентка связывает с появлением в квартире фикуса Бенжамена?
Э	-	Сок фикуса Бенжамена имеет белки, имеющие перекрестную аллергию к латексу.
P2	-	Ответ правильный.
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный.
В	4	Какое аллергологическое обследование требуется провести?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сбор аллергологического анамнеза с использованием специальных опросников</li> <li>2. Физикальное обследование</li> <li>3. Специфические методы диагностики: Определение IgE латекс – специфических методом ImmunoCAP, однако чувствительность этого метода недостаточно высока.</li> <li>4. Аппликационный тест</li> <li>5. Прик - тест</li> </ol> <p>Кожные пробы более информативны, но их может проводить только</p>

		опытный врач, так как они могут сопровождаться анафилактическими реакциями. В случаях отсутствия четкой корреляции между жалобами пациентов, клинической картиной заболевания и результатами специфической диагностики ЛА рекомендуется тестирование с реэкспозицией латексного аллергена — аппликационный перчаточный тест: контрольное ношение латексных перчаток в течение 1 ч и более до появления симптомов раздражения на коже, местных и системных аллергических реакций или метод накожной аппликации (патч-тест) на предплечье площадью 1 см <sup>2</sup> лоскута латексной перчатки.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный, не указан перчаточный тест
P0	-	Ответ дан неправильный
В	5	Дайте рекомендации по дальнейшей профессиональной деятельности и терапии бронхиальной астмы.
Э	-	Требуется смена профессии, нельзя работать в медицинских учреждениях. В списке профессиональных заболеваний от 2010 года есть профессиональные заболевания, вызванные воздействием латекса или латекс-содержащих изделий. Поскольку пациентка отказывается от применения ингаляционных кортикостероидов, показана базисная терапия с применением антилейкотриеновых препаратов в дозе 10 мг на 3 – 6 месяцев с дальнейшей оценкой эффективности терапии.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный, не указан перчаточный тест
P0	-	Ответ дан неправильный
Н	-	018
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/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В середине мая к терапевту обратился больной 34 лет с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, свистящее дыхание, обильную ринорею, чихание, зуд глаз, слезотечение в течение 2 недель. Из анамнеза известно, что обострения заболевания регулярно появлялись в начале июня в течение последних 6 лет, но носили менее выраженный характер. Лечение симптоматическое, нерегулярное, аллергологом не наблюдается. Аллергологический анамнез: при употреблении лесных орехов и персиков отмечается першение в горле, зуд в ушах, периодически кашель с дистанционными хрипами. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Грудная клетка в состоянии «ортопноэ». В лёгких – дыхание ослаблено, сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, пульс - 82 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и

		селезёнка не увеличены. Физиологические отправления в норме.
В	1	Установите предположительный диагноз
Э	-	Поллиноз: бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, период обострения Оральный аллергический синдром (ОАС)
P2	-	Предположительный диагноз указан верно
P1	-	Предположительный диагноз указан неполностью
P0	-	Предположительный диагноз указан неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз выставлен на основании жалоб (одышка, ринорея, зуд глаз, слезотечение), сезонности (весна в течение 6 лет), анамнеза (наличие реакции на лесные орехи и персики), объективного осмотра (сухие рассеянные хрипы в легких).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	При кожном тестировании выявлена сенсibilизация к пыльце трав+++ , к пыльце березы+++ . Какое дополнительное аллергологическое обследование рекомендуется провести?
Э	-	Пациенту рекомендуется СИТ, так как результаты кожного тестирования и анамнеза совпадают. Для оптимального выбора лечения СИТ профиль IgE нужно исследовать на молекулярном уровне: специфические IgE к мажорным и минорным аллергенам березы и трав.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	При аллергологическом обследовании in vitro выявлены IgE к профиллину березы 6,3 kUA/l, к Phl 1 – 7,3 kUA/l, к Phl 12 – 5,7 kUA. Какое значение имеют полученные результаты для решения вопроса о СИТ.
Э	-	Отсутствие антител IgE к Bet v 1 указывает, что сенсibilизация пылью происходит не из-за пылцы берёзы. В данном случае действующий аллерген – это Phl p 1, поэтому для лечения выбрана СИТ при аллергии на пылцу трав. Ответ IgE на перекрёстно реагирующий профилин (Bet v 2 и Phl p 12) объясняет положительный результат на экстракт берёзы и пищевую аллергию на персик и лесные орехи. Эффективность СИТ при выборе аллергена березы будет малоэффективной, так как отсутствуют IgE к мажорному аллергену березы.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Укажите пути введения аллерговакцин
Э	-	Подкожный: раствор вакцины вводят с помощью шприца под кожу предплечья; Пероральный: больной принимает вакцину через рот;

		Сублингвальный: разновидность перорального способа. Отличается тем, что вакцина в виде капель или таблетки помещается под язык, откуда быстро впитывается в кровь и местные лимфатические сосуды; Интраназальный: вакцину закапывают в нос; Ингаляционный: пациент вдыхает пары вакцины через специальный ингалятор.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
H	-	019
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
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В аллергологическое отделение в сентябре поступила девочка с педиатрического приема 13-ти лет с жалобами на постоянный зуд кожи и высыпания в складках.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды первые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3050 гр, длина 51,0 см. Закричала сразу, реанимационные мероприятия в родовом зале не проводились. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На искусственном вскармливании с рождения адаптированными молочными смесями, с 10 месяцев в питании неадаптированные молочные смеси (козье молоко до 400 мл/сут). Прикормы введены в соответствии с возрастом, при введении морковного и свекольного соков в пятимесячном возрасте появились на щеках красные пятна, узелки, пузырьки, мокнутие, сопровождающиеся зудом. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия – на орехи, яйцо – рецидив кожного синдрома. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. ЖБУ: квартира, сухо, тепло, ковров, цветов – нет, домашних животных нет, постель – синтетика, ребенок пассивный курильщик. ОРИ 1-2 раза в год с катаральной симптоматикой в течение последних 3 –х лет только в августе - сентябре.</p> <p>Анамнез заболевания: с грудного возраста отмечается рецидивирующее течение кожного синдрома, с улучшением в летний период, обострения провоцируются преимущественно пищевыми погрешностями. Лечение симптоматическое, элиминационные диеты не соблюдает, увлажняющие косметические средства ухода использует эпизодически. Последнее обострение неделю назад после избыточного употребления сладостей и персиков.</p> <p>Локальный статус: кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. На коже локтевых и подколенных складок и задней поверхности голени высыпания в виде эритемо-сквамозных пятен и обилия биопсированных узелков. В очагах</p>

		поражения выражена лихенификация, обилие эскориаций. В очагах поражения широкий, белый, стойкий дермографизм
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, подростковая форма (эритематозно-сквамозная с лихенификацией), средней степени тяжести, распространенный, период обострения. Пищевая аллергия. Поллиноз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень тяжести атопического дерматита; неверно оценена форма и период основного заболевания; диагноз атопического дерматита выставлен без учета классификации.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Атопический дерматит поставлен на основании наличия хронического воспалительного процесса и рецидивирующего течения заболевания, на что указывает клиническая картина кожного синдрома, генетической предрасположенности к атопии, с учетом возрастных особенностей клинических проявлений и наличия гиперчувствительности к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям;</p> <p>Подростковая, взрослая форма – выставлена на основании возрастной периодизации с 12 (14) лет и старше.</p> <p>Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма – характерно наличие папул и очагов лихенификации;</p> <p>Средняя степень тяжести – определена с использованием системы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis)</p> <p>Распространенный или диффузный характер течения – в патологический процесс вовлекаются все участки тела</p> <p>Период обострения – определяется локальным статусом заболевания (Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные эскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый);</p> <p>Пищевая аллергия – установлена на основании данных анамнеза, одним из клинических проявлений которой является наличие кожного синдрома по типу атопического дерматита;</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм и/или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование диагноза дано полностью неверно.
В	3	<p>При кожном тестировании с небактериальными аллергенами обследовании выявлена сенсibilизация к молоку++, яйцу+, к пыльце полыни++++, лебеды++, березы+++.</p> <p>Укажите возможны перекрестные реакции пыльца – пища.</p>
Э	-	Перекрестные реакции описаны для таких аллергенов как береза-

		яблоко, сельдерей – полынь-специи, полынь-персик, полынь-горчица, амброзия – арбуз-банан, лебеда-дыня.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: отсутствует реакция береза-яблоко, лебеда-дыня.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	Что лежит в основе реакций сельдерей – полынь?
Э	-	В основе этой реакции лежит респираторная сенсibilизация к полыни и перекрестные реакции к растительной пище на следующие продукты: сельдерей, морковь, петрушку, семена тмина, фенхеля, кориандра, аниса, паприку, лук, чеснок, лук – порей, перец.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Показана ли данной пациентке проведение специфической иммунотерапии пылью полыни? Какое обследование еще необходимо провести для решения этого вопроса?
Э	-	Необходимо определить IgE к компоненту Art v1 пыльцы полыни, так как он является мажорным аллергеном пыльцы полыни. Это важно для прогнозирования эффективности специфической иммунотерапии и наличия перекрестных реакций. Необходимо определить IgE к компоненту Art v3 пыльцы полыни, так как он является диагностическим маркером пищевой аллергии и с ним связана перекрестная реакция на фрукты семейства Розоцветные, например, персик, а также кросс-реактивность – полынь – персик.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный. Не указана необходимость определения IgE к компоненту Art v3 пыльцы полыни.
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	020
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
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На прием к врачу обратился подросток 16 лет, с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время. Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне перенесенной острой респираторной инфекции в первом триместре, лечение амбулаторное симптоматическое. Роды вторые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3350 гр, длина 52,0 см. Закричал сразу, реанимационные мероприятия в родовом зале не проводились. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 3-х месяцев, далее адаптированные молочные смеси, с 8 месяцев неадаптированные молочные смеси (кефир в суточном объеме 400-600 мл). Прикормы введены с 5,5 месяцев. Кожный синдром манифестировал с 6 месяцев, сохраняется до настоящего времени,



		<p>преимущественно провоцируемый пищевыми погрешностями. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия – на молочные продукты в детском возрасте – рецидивы дерматита, на citrusовые, сладости – дерматит, на рыбу - обструктивный синдром, на яблоки, груши – кашель, першение. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность отягощена по atopическим заболеваниям – у мамы – экзема, у отца – бронхиальная астма, у деда по линии отца – поллиноз, бронхиальная астма. ЖБУ: квартира, сухо, тепло, домашних животных – нет, ковров, цветов – нет, постель – синтетика, в семье не курят. ОРИ 5-6 раз в год периодически осложненные обструктивным синдромом.</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>Кожный синдром манифестировал с 6 месяцев, сохраняется до настоящего времени, преимущественно провоцируемый пищевыми погрешностями. Обострения наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. В анамнезе имеет – бронхиальную астму, диагноз установлен с 7 лет, клинически – симптомы (приступы удушья) реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц. По данным спирограммы – ОФВ1или ПСВ&gt; 80% от должных значений. Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1&lt; 20%. В настоящее время получает пульмикорт (будесонид) 200 мкг/сут, состояние стабильное. Ежегодно на протяжении последних 3-х лет в весенний период – выраженное слезотечение, ринорея.</p> <p>Локальный статус: Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый. В зеве чисто. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Физиологические отправления не нарушены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, подростковая форма (эритематозно-сквамозная с лихенификацией), средней степени тяжести, распространенный, период обострения. Пищевая аллергия. Бронхиальная астма, atopическая, легкое, интермиттирующее течение, контролируемая, постприступный период Поллиноз (аллергический ринит, аллергический конъюнктивит), ремиссия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень тяжести atopического дерматита, бронхиальной астмы; неверно оценена форма и период основного заболевания; диагноз бронхиальной астмы выставлен без учета классификации
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Атопический дерматит поставлен на основании наличия хронического воспалительного процесса и рецидивирующего течения заболевания, на что указывает клиническая картина кожного синдрома, генетической предрасположенности к атопии, с учетом возрастных особенностей клинических проявлений и наличия гиперчувствительности к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям;</p> <p>Подростковая, взрослая форма – выставлена на основании возрастной периодизации с 12 (14) лет и старше.</p> <p>Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма – характерно наличие папул и очагов лихенификации;</p> <p>Средняя степень тяжести – определена с использованием системы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis)</p> <p>Распространенный или диффузный характер течения – в патологический процесс вовлекаются все участки тела</p> <p>Период обострения – определяется локальным статусом заболевания (Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях «отполированы». Дермографизм широкий, стойкий, белый);</p> <p>Пищевая аллергия – установлена на основании данных анамнеза.</p> <p>Диагноз бронхиальная астма, атопическая, легкое, интермиттирующее течение, контролируемая, постприступный период, выставлен с учетом анамнеза, наследственной предрасположенности, степень тяжести установлена с учетом классификации симптома (приступы удушья) реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц. По данным спирограммы – ОФВ1 или ПСВ &gt; 80% от должных значений. Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1 &lt; 20%). Степень контроля обусловлена отсутствием клинических проявлений обструкции на фоне адекватно подобранной базисной терапии. Постприступный период – обусловлен отсутствием наличия клиники обструкции.</p> <p>Поллиноз: рино-конъюнктивальная форма, ремиссия выставлен на основании анамнеза (Ежегодно на протяжении последних 3-х лет в весенний период – выраженное слезотечение, ринорея), наличием орального синдрома, обусловленного перекрестной реакцией пыльца-пища, наличием ежегодной сезонности рецидива клинических проявлений аллергического воспаления.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм и/или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите правила назначения топических ГКС.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назначать только в периоде обострения.</li> <li>2. Предпочтение – препаратам с высокой эффективностью и</li> </ol>

		<p>безопасностью с пролонгированным действием (1 раз в сут);</p> <p>3. Максимальный курс – 14 дней;</p> <p>4. Максимально возможная поверхность применения – не более 20% поверхности тела;</p> <p>5. Не применять под окклюзионные повязки;</p> <p>6. Нежелательно использовать в области промежности, при опрелостях (увеличение всасывания);</p> <p>7. Выбор оптимальной лекарственной формы при остром, подостром и хроническом процессе.</p>
P2	-	Правила назначения топических ГКС перечислены верно.
P1	-	Правила назначения топических ГКС перечислены частично, не более 50% из представленного списка.
P0	-	Правила назначения топических ГКС перечислены частично, менее 30% из представленного списка. Или Правила назначения топических ГКС перечислены полностью неверно.
B	4	Что включает в себя оценка степени тяжести атопического дерматита.
Э	-	<p>Для оценки степени тяжести АД рекомендуется использовать систему SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Она разработана Европейской рабочей группой по проблемам АД, и, по мнению большинства исследователей, позволяет объективно оценить степень тяжести АД. Чаще всего она используется при проведении научных исследований и оценки эффективности лечебных средств.</p> <p>Система SCORAD позволяет оценить такие показатели, как площадь поражения тела, интенсивность клинических проявлений, а также субъективные симптомы – зуд и бессонницу. Она предусматривает балльную оценку шести объективных симптомов: эритемы, отека и папул, экссудации и корок, экскориации, лихенификации, сухости кожи, а также субъективных симптомов (зуд и нарушение сна) по специальной 10-сантиметровой линейке.</p> <p>Расчет индекса SCORAD производится по формуле:  <math>A/5 + 7B/2 + C</math>,  где А – сумма баллов распространенности поражения кожи;  В – сумма баллов интенсивности проявлений симптомов АД;  С – сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна).</p> <p>Примечание:  А. Распространенность оценивается по правилу «девятки», где за единицу принята площадь ладонной поверхности кисти.  В. Интенсивность клинических проявлений АД оценивается по шести симптомам: эритема, отек/папула, корки/мокнутые, экскориации, лихенификация, сухость кожи. Степень выраженности (интенсивность) каждого симптома оценивается по 4-х балльной шкале: 0 – симптом отсутствует, 1 – слабо выражен, 2 – выражен умеренно, 3 – выражен резко.</p> <p>Оценка симптома проводится на участке кожи, где этот симптом максимально выражен. Один и тот же участок кожи может быть использован для оценки интенсивности любого количества симптомов.</p> <p>Сухость кожи оценивается визуально и пальпаторно на непораженных участках кожи, т.е. вне участков с острыми проявлениями АД и лихенификацией. Симптом лихенификации оценивается у детей старше 2 лет. Интенсивность может быть оценена в диапазоне от 0 баллов (кожные поражения отсутствуют) до 18 баллов (максимальная</p>

		<p>интенсивность по всем шести симптомам).</p> <p>С. Субъективные симптомы – зуд и нарушение сна, связанное с кожными поражениями и зудом. Эти признаки оцениваются у детей старше 7 лет при условии понимания родителями принципа оценки. Наиболее частой ошибкой является регистрация «нарушения сна» по различным поводам, не связанным с АД. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую выраженности зуда и нарушению сна усредненную за последние 3 суток.</p> <p>Каждый субъективный симптом оценивается в диапазоне от 0 до 10 баллов; баллы суммируются. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться в диапазоне от 0 до 20.</p> <p>Модифицированный индекс SCORAD (<math>A/5 + 7B/2</math>) используется при неспособности респондентов провести оценку субъективных симптомов или детей младше 7 лет. Индекс SCORAD имеет основное значение в контроле течения заболевания у одного и того же пациента, в оценке эффективности любых методов проводимой у него терапии.</p>
P2	-	Перечислены все составляющие индекса SCORAD оценка степени тяжести атопического дерматита правильно обоснована.
P1	-	Выбраны правильные составляющие индекса SCORAD, однако выбор не обоснован. Или Выбрана только одна группа, входящая в состав индекса SCORAD, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: не названы составляющие индекса SCORAD или названы неверные составляющие индекса SCORAD
B	5	Перечислите компоненты IV степени терапии атопического дерматита (АД)
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Системные иммуносупрессоры (ГКС, циклоспорин А, азатиоприн, такролимус, микофенолата мофетил);</li> <li>2. Местные ГКС средней и высокой активности;</li> <li>3. Топические ингибиторы кальциневрина;</li> <li>4. Системные антигистаминные препараты 2-го поколения;</li> <li>5. Фототерапия;</li> <li>6. Образовательные мероприятия.</li> </ol>
P2	-	Все компоненты IV степени терапии атопического дерматита (АД) перечислены верно.
P1	-	Перечислено верно не менее 50% из представленного списка компонентов IV степени терапии атопического дерматита (АД).
P0	-	Все компоненты IV степени терапии атопического дерматита (АД) перечислены неверно.
H	-	021
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>У ребенка 10 лет жалобы на сыпь в виде отечных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях.</p> <p>Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит пенициллин.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища, и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. 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 – 87 в минуту. Живот несколько, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Аллергическая крапивница ставится <u>на основании жалоб</u>: сыпь в виде отечных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях.</p> <p>Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов.</p> <p>Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит пенициллин.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища, и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные.</p>

		Острая форма ставится на основании длительности рецидива - до 6 нед. Пищевая аллергия – обусловлена действием провокационного аллергена (морепродукты), входящего в большую 8 наиболее клинически значимых аллергенов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	<p>В соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по оказанию медицинской помощи детям с крапивницей 2015г рутинное обследование для выявления причин заболевания всех пациентов с однократным эпизодом острой спонтанной крапивницы не требуется. В случае хронической, рецидивирующей крапивницы диагностический подход – иной.</p> <p>План дополнительного обследования пациента может включать следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ОАК, ОАМ</li> <li>2) Б/х крови</li> <li>3) Проведение по показаниям дополнительных исследований для выявления сопутствующей патологии: определение маркеров вирусных гепатитов, типичных инфекций, вирусных и бактериальных заболеваний (А/т к хламидиям, микоплазмам иг джи, А/т к ЦМВ иг джи, М + авидность, А/т к ВЭБ иг джи, М + авидность, по необходимости ПЦР диагностика (моча, слюна, кровь) + посев из зева, носа на флору + чувствительность к а/б, антител к тиреоглобулину, антинуклеарных антител, показателей функции щитовидной железы и др, острофазовые белки воспаления (СРБ, РФ, А/т к ДНК, гаптоглобин, АСЛО, LE – клетки и т.п.) ( для диф.диагностики)</li> <li>4) Кожные аллергологические тесты (только в периоде ремиссии), в периоде обострения используется альтернативный метод диагностики – определение IgE специфические</li> <li>5) Показания к консультации специалистов: <ul style="list-style-type: none"> <li>·Аллерголога-иммунолога</li> <li>·Дерматовенеролога–для верификации элементов сыпи, проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, биопсии кожи.</li> <li>·Консультации ревматолога, онколога, паразитолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, психиатра, гематолога, пульмонолога по показаниям необходимы при подозрении на соответствующие патологии или для их исключения</li> </ul> </li> </ol>
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования пациента составлен неполностью
P0	-	План дополнительного обследования пациента составлен неверно
B	4	Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор
Э	-	Основной принцип лечения – исключение контакта с причинным, провоцирующим фактором (если он известен) и ингибция тучных

		<p>клеток. Препаратами первой линии терапии являются неседативные антигистаминные средства – H1-АГ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дезлоратадин: у детей с 1 года до 5 лет по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет по 2,5 мг (5 мл) 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет — 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз в сутки.</li> <li>• Левоцетиризин: детям старше 6 лет — в суточной дозе 5 мг (1 т.), детям в возрасте от 2 до 6 лет — 2,5 мг/сут в форме капель.</li> <li>• Лоратадин: применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз в сутки.</li> <li>• Рупатадина фумарат применяют у детей старше 12 лет, рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут.</li> <li>• Фексофенадин применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки.</li> <li>• Цетиризин: детям в возрасте от 6 до 12 мес. по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг 1 раз в день в виде капель, детям старше 6 лет — по 10 мг (1 т.) однократно или по 5 мг 2 раза в день.</li> </ul> <p>Классические антигистаминные средства первого поколения обладают рядом побочных эффектов в виде сонливости, замедления рефлекторной реакции, общего угнетения функции ЦНС, головокружения, нарушения координации, нечеткости зрения, двоения в глазах, сухости слизистых оболочек и др. В связи с этим препаратами выбора являются антигистаминные препараты второго поколения. Большинство из них лишены многих побочных эффектов и поэтому могут применяться в высоких дозировках.</p>
P2	-	Терапия назначена верно, выбор обоснован
P1	-	Терапия назначена, выбор не обоснован и/или терапия назначена частично, выбор обоснован неполно
P0	-	Терапия назначена неверно
B	5	На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.
Э	-	Первая линия терапии, включающая современные H1-АГ второго поколения назначается продолжительностью до 2 нед (14 дней), далее при эффективности терапии и достижения клинической ремиссии терапия прекращается, если рецидивы продолжаются, то переходят на вторую линию терапии
P2	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана верно, обоснована
P1	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана неполностью и/или отсутствует обоснование
P0	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана неверно
H	-	022
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
Ф	А/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мать с ребенком 4,5 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышку, возникшие у сына при посещении цирка. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями, сопровождавшимися субфебрильной температурой, кашлем, одышкой. С 3 летнего возраста приступы одышки и кашля возникали 3–4 раза в год на фоне острых респираторных инфекций, при контакте с животными, на фоне физической нагрузки.</p> <p>Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма.          Дома раньше жила кошка. Родители снова хотят завести кошку по просьбе ребенка, а также они считают, что нахождение животных в доме улучшит течение бронхиальной астмы.</p> <p>При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 20 кг. Температура 36,7 °С. Кашель приступообразный, малопродуктивный, дистантные хрипы. Одышка экспираторная, с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы чистые. ЧД – 32 в минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в легких проводится во все отделы, жесткое, с удлиненным выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие и единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>В общем анализе крови: эритроциты – <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 120 г/л, лейкоциты – <math>6,8 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхо-легочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, интермиттирующая, впервые выявленная, период обострения. Эпидермальная сенсibilизация?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой препарат Вы бы рекомендовали пациенту для купирования данного состояния? Укажите дозировки путь доставки
Э	-	В терапии обострений астмы используется принцип сочетания бронхолитических и глюкокортикостероидных препаратов.



		<p>Ингаляционные коротко действующие <math>\beta_2</math>- агонисты (КДБА), в качестве препаратов скорой помощи первой линии рекомендуется детям всех возрастов (А) на всех ступенях терапии</p> <p>Сальбутамол (вентолин) по 2,5 мг до 4 раз в сутки через небулайзер или в виде ДАИ 100мкг/л чаще всего применяется (уровень доказательности А). Могут также применяться беротек (фенотерол) 50 мкг/кг на прием (от 5 до 20 капель) до 3 раз в день или комбинированный препарат беродуал (ипратропия бромид+фенотерол) по 2 капли (0,1 мл) на 1 кг на одну дозу (но не более 10 капель) через небулайзер.</p> <p>Поскольку вес ребенка 20 кг, доза доза беродуала на прием будет 10 капель.</p> <p>В качестве ИГКС – будесонид в дозе 100-200 мкг через небулайзер.</p>
P2	-	Группа препаратов и доза указаны верно
P1	-	Группа препаратов или доза указаны неполностью
P0	-	Группа препаратов и доза указаны неверно
В	3	Требуется ли пациенту проведение базисной терапии?
Э	-	<p>Пациенту показана первоначальная контролирующая терапия либо низкими дозами ингаляционных кортикостероидов (ИГКС), либо антилейкотриеновыми препаратами. Для достижения наилучших результатов должно быть начато ежедневное применение низких доз ИГКС приводит к улучшению функции легких при наличии симптомов не более 2 – 4 лет (у пациента- 1,5 года).</p> <p>Перед началом контролирующей терапии проводится д ку ментрированный контроль симптомов и факторов риска, обучение правильному применению препаратов и техники ингаляции. Препаратом выбора в данном возрасте является будесонид в суспензии для ингаляции в дозе 100-200 мкг в сутки на 3 мес . Через 2 – 3 мес необходимо оценить ответ на терапию, оценить состояние пациента, обсудить с родителями план лечения и и рассмотреть шаг вниз или шаг вверх с последующим контролем каждые 3 месяца.</p>
P2	-	Тактика ведения и обоснование указаны верно
P1	-	Тактика ведения или обоснование указаны неполностью
P0	-	Тактика ведения и обоснование указаны неверно
В	4	С какими группами небактериальных аллергенов необходимо провести аллергологическое обследование?
Э	-	<p>Кожное тестирование с бытовыми (домашняя пыль, клещи домашней пыли Dermatofagoides pteronissimus, Dermatofagoides farine, библиотечная пыль), эпидермальными аллергенами в периоде ремиссии. Диаметр папулы 6 мм и более на аллерген кошки с высокой долей вероятности будет свидетельствовать об аллергии на кошку.</p> <p>Также необходимо определить специфические IgE к мажорному аллергену кошки Fel d 1, который содержится в эпителии и в секрете сальных желез кошки, а также к сывороточному альбумину Fel d 2.</p>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана возможность определения IgE к мажорному и минорному аллергену кошки
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Назовите пути терапии при выявлении аллергии на кошку.
Э	-	1. Образование пациентов

		2.Элиминация аллергенов (по возможности абсолютное исключение контакта с животными) 3. Фармакотерапия 4. Аллерген-специфическая иммунотерапия (с 5 – летнего возраста). Данному пациенту нельзя дома держать животных и контактировать с ними вне дома, например, посещать цирки и зоопарки.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указаны образование пациентов или АСИТ
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	023
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мать с ребенком 15 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на приступообразный спастический кашель, свистящее дыхание, одышки до 2 – 3 раз в неделю в течение последних 2 –х месяцев. Ребенок наблюдается у пульмонолога с диагнозом бронхиальная астма с 7 лет и получает базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (будесонид в дозе 100 мкг в сутки). Ухудшение в состоянии связывают с переходом в другую школу, где ребенок не может наладить контакт со сверстниками. Приступы удушья возникают как в дневное, так и в ночное время (1 – 2 раза в неделю), купируются ингаляцией сальбутамола через 20 минут. В течение последних суток приступы удушья повторялись дважды. Последний приступ удушья сегодня ночью, купирован бригадой скорой помощи, так как сальбутамол не купировал приступ удушья.</p> <p>Год назад проводилось аллергологическое обследование, отчетливой сенсibilизации не выявлено.</p> <p>Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3350 г, длина 51 см. Период новорожденности протекал без особенностей.</p> <p>Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма.</p> <p>При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура 36,7 °С. Кожные покровы чистые. Слизистая оболочка зева чистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание в легких проводится во все отделы, жесткое, с удлиненным выдохом, с обеих сторон выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 88 ударов в минуту. Паренхиматозные органы не увеличены. Физиологические отправления</p>

		<p>не нарушены.</p> <p>В общем анализе крови: эритроциты – <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>, Hb – 122 г/л, лейкоциты – <math>6,0 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 6%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 39%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/час.</p> <p>В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхо-легочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.</p>
В	1	<p>Контролируется ли бронхиальная астма у данного пациента? Чем характеризуется контролируемая бронхиальная астма?</p>
Э	-	<p>У данного пациента астма не контролируется Для контролируемой астмы характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Дневные симптомы 2 или менее в неделю</li> <li>2) Нет ограничений активности из-за симптомов астмы</li> <li>3) Ночные симптомы 0-1 в месяц, у подростков старше 12 лет – 0-2 раза в месяц</li> <li>4) Применение препаратов неотложной помощи 2 или менее в неделю</li> <li>1-2 обострения за прошедший год</li> <li>5) Нормальная функция легких</li> </ol>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	<p>На момент обращения пациент должен получать амбулаторное или стационарное лечение?</p>
Э	-	<p>На момент обращения пациент должен получать стационарное лечение, так как имеются некоторые факторы риска неблагоприятного исхода из следующих:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Более 2 обращений за медицинской помощью в течение суток</li> <li>2. Наличие психического заболевания или психологических проблем</li> <li>3. Сочетание БА с эпилепсией, сахарным диабетом</li> <li>4. Ранний или подростковый возраст</li> <li>5. Низкий социально – экономический уровень семьи</li> <li>6. Несоблюдение врачебных назначений</li> </ol>
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	<p>Какую базисную терапию необходимо назначить пациенту при выписке из стационара?</p>
Э	-	<p>Базисную терапию необходимо усилить до 3 степени, т.е. назначить Низкие дозы ингаляционных кортикостероидов в сочетании с бета2-агонистами длительного действия. Данному пациенту можно назначить:</p> <p>Серетид мультидиск в дозе 250/50 2 раза в сутки Симбикорт Турбухалер в дозе 160/4,5 2 раза в сутки Фостер ДАИ Модулит в дозе 100/6 2 раза в сутки Зейнхел ДАИ в дозе 100/5 2 раза в сутки Релвар Элипта в дозе 22/92 2 раза в сутки</p> <p>Второй вариант терапии 3 степени: повысить дозу будесонида до 400</p>

		мкг 2 раза в сутки и добавить антигонисты лейкотриеновых рецепторов (сингуляр, алмонт, синглон и.др.) в дозе 10 мг на ночь.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Определите последовательность этапов реабилитации ребенка
Э	-	Программы реабилитационных мероприятий проводятся детям в зависимости от степени тяжести и характера течения процесса по показаниям амбулаторно / в стационаре Последовательность этапов реабилитации ребенка: стационар–амбулаторное лечение и наблюдение–курорт.
P2	-	Последовательность этапов указана верно.
P1	-	Последовательность этапов указана не полностью
P0	-	Последовательность этапов указана неверно
B	5	Определите реабилитационный потенциал и обоснуйте его
Э	-	Реабилитационный потенциал (РП) – это комплекс биологических и психологических характеристик, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности. В РП можно выделить несколько составляющих: 1)Базовая составляющая представляет характеристику уровней физического развития и выносливости, определяемых на основании стандартов или индексов для групп лиц, определенного пола, возраста, этнического и профессионального состава. 2) Психофизиологическая составляющая – совокупность сохранных функций и личностных особенностей инвалида, которые необходимо поддерживать и развивать в процессе проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление определенных категорий жизнедеятельности. 3) Профессионально-трудова составляющая – возможность выполнения профессиональной деятельности – основа экономической независимости, определяющей место пациента в обществе. 4) Образовательная составляющая – возможность достигнуть общей цели воспитания – направления собственных усилий на собственную настоящую и будущую жизнь и интеграцию в обществе. 5) Социально-бытовая составляющая – возможность достижения самообслуживания и самостоятельного проживания. 6) Социально-средовая составляющая – возможность достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности. Реабилитационный потенциал у ребенка высокий.
P2	-	Реабилитационный потенциал определение дано и обоснование выполнено полностью
P1	-	Реабилитационный потенциал определение не дано и/или обоснование частичное
P0	-	Реабилитационный потенциал и обоснование отсутствует
H	-	024
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
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Б. 25 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.</p> <p>Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO<sub>2</sub> - 85%.</p> <p>В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Бронхиальная астма, неаллергическая (эндогенная), тяжелое неконтролируемое течение, тяжелое обострение. Хронический бронхит. Пневмосклероз. Осл. Астматический статус I ст. ОДН II ст. Экзогенный гиперкортицизм.
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неполно: не указаны на тяжесть обострения бронхиальной астмы.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно: указано, что астма аллергическая или неправильно оценена тяжесть астмы.
В	2	Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
Э	-	Диагноз «бронхиальная астма, эндогенная форма, тяжёлое персистирующее течение» выставляется на основании жалоб на частые приступы удушья, частый кашель, чувство стеснения в груди; данных анамнеза (предшествующий хронический бронхит, эффект от лечения ГКС и бронхолитиками, частые обострения БА, требующие госпитализации в стационар). При этом отсутствие аллергоанамнеза. У больного развилось тяжёлое осложнение БА – астматический статус I ст. (затянувшийся приступ БА, ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, снижение сатурации крови кислородом,

		ослабленное дыхание в лёгких). SpO2 - 85% указывает на ОДН II ст. Наличие ожирения, «кушингоидного лица», стрий на теле на фоне длительного приёма Преднизолона per os свидетельствует об экзогенном гиперкортицизме. Ухудшение состояния больного связано скорее всего с полной отменой Преднизолона и отсутствием базисной терапии.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
B	3	Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?
Э	-	За последние годы больной получал неправильную терапию: системные ГКС больным БА в качестве базисной терапии назначаться не должны. Больной вообще не получал препарата из основной группы базисной терапии – ингаляционные ГКС, а также пролонгированного бронхолитика. Наличие признаков экзогенного гиперкортицизма и объясняется длительным приёмом Преднизолона. Больному необходимо назначить ингаляционные ГКС + бронхолитики длительного действия ( $\beta_2$ -агонисты), лучше фиксированные препараты (Симбикорт 160/4,5 по 2 вдоха 3 раза в день или Серетид 25/500 по 2 вдоха 2 раза в день). Учитывая тяжесть БА и наличие хронического бронхита к лечению добавить М-холинолитик длительного действия Тиотропия бромид (Спирива) 1 капсула (18 мкг) в сутки. При сохраняющейся одышке возможно добавить теofilлины (Теопек или Теотард). На фоне базисной терапии необходимо постепенное снижение дозы Преднизолона, по возможности до отмены или до минимальной дозы, при которой нет ухудшения состояния. Возможен пересмотр базисной терапии с учётом принципа ступенчатой терапии и состояния больного.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
B	4	Возможно ли добавление в терапию омализумаба?
Э	-	Терапия омализумабом (анти-IgE) может быть рассмотрена у взрослых, подростков и детей старше 6 лет с тяжелой аллергической БА, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4. Так как у пациента астма неаллергическая, терапия омализумабом не показана.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
B	5	Ваши рекомендации по вакцинации данного пациента
Э	-	Пациент должен прививаться в рамках национального календаря прививок. Вакцинация проводится в периоде ремиссии на фоне приема преднизолона в поддерживающей дозе 1 – 2 мг/кг. Пациентам с средне-тяжелой и тяжелой БА целесообразно проводить противогриппозную вакцинацию каждый год. Однако пациенты должны быть предупреждены, что вакцинация не уменьшает частоту и тяжесть обострений БА. Пациенты с БА имеют высокий риск пневмококковых заболеваний, поэтому показана вакцинация против пневмококковой инфекции 23-валентной полисахаридной вакциной. Может быть рассмотрена также и комбинированная вакцинация с конъюгированной 13 – валентной

		вакциной. Пациент имеет также риск развития гемофильной инфекции типа b, а также менингококковой инфекции.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана необходимость вакцинации против гриппа или пневмококковой инфекции или менингококковой инфекции.
P0	-	Ответ дан неправильный
H	-	025
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>На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом, повышенная возбудимость – плаксивость, нарушение сна. Клиническая симптоматика с 2,5 месяцев, рецидивирующая до настоящего времени с тенденцией к прогрессированию и распространенностью кожного процесса.</p> <p>Из анамнеза известно: Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза первого триместра, угрозы прерывания во втором триместре. Вес при рождении 3330 гр, длина – 52 см. Закричала сразу, реанимационные мероприятия в родовом зале не проводились. К груди приложена в первые сутки, сосала удовлетворительно. На грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее переведена на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями –Similac Premium 1. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия – четко не определяется. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена по линии матери – у мамы поллиноз, бронхиальная астма. ЖБУ: дом влажно, участки черной плесени в детской комнате, ковры, цветы, домашние животные – кошка, постель – синтетика.</p> <p>Локальный статус: Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке – корочки и чешуйки. В ягодичной области яркая гиперемия с участками мокнутия; выраженная себорейная корочка. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул кашицеобразный, без патологических примесей.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, младенческая форма, средней степени тяжести, распространенный, период обострения. Пищевая аллергия: аллергия к белку коровьего молока.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>У ребенка есть основные критерии атопического дерматита: зуд кожи, типичная морфология высыпаний и их локализация для дети первых лет жизни (эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей), ранняя манифестация первых симптомов, хроническое рецидивирующее течение, наследственная отягощенность по атопии.</p> <p>Младенческая форма – возраст ребенка от 2 месяцев до 3 лет, локализация высыпаний на коже шеи, лица с преобладанием экссудации.</p> <p>Острая стадия – зуд кожи, папулы, микровезикулы на фоне эритемы, множественные расчесы и эрозии, выделение серозного экссудата.</p> <p>Распространенный – задействовано более 2 областей.</p> <p>Тяжесть течения среднетяжелая – распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения — 3–4 раза в год с короткими ремиссиями.</p> <p>Возможно есть пищевая аллергия на белки коровьего молока, так как использовались в питании адаптированных молочных смесей – Similac Premium 1</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. Или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план аллергологического обследования пациента.
Э	-	<p>Определение специфических IgE антител к пищевым аллергенам, в частности, к аллергенам молока: <math>\alpha</math>-лактальбумину, <math>\beta</math>-лактоглобулин, казеину, бычьему сывороточному альбумину, лактоферрину.</p> <p>Первоначально может быть проведен тест на атопию – Phaditop Infant, специально разработанный для детей в возрасте 4 –х лет. Он включает не только пищевые, но и ингаляционные аллерген компоненты, вызывающие атопию в этом возрасте. А далее исследуются причинные аллергены с определением профиля.</p> <p>Кожное тестирование и оценка уровня специфических IgE могут быть методами выбора в зависимости от наличия или отсутствия противопоказаний к скарификационным пробам IgE-сенсibilизация к БКМ не всегда сопровождается клинической картиной аллергии к БКМ, соответственно, результаты обследования должны рассматриваться в контексте анамнестических данных</p> <p>В случае анамнестических данных в пользу аллергии к БКМ и отрицательных результатов кожного тестирования, а также низких уровней специфических IgE, дается заключение о не IgE-опосредованной реакции.</p>
P2	-	План аллергологического обследования составлен правильно
P1	-	План аллергологического обследования составлен неполный: рекомендовано только определение специфических IgE к молоку.



P0	-	План аллергологического обследования не составлен.
B	4	Риск развития аллергических реакций не снижается на следующие фракции молока
Э	-	Риск развития аллергической реакции после термической или ферментной обработки не снижается на казеин, который является хорошим показателем клинических реакций на молоко. Если IgE к молоку+ и к казеину+, то есть высокий риск клинической реакции на молоко в любых формах. Если IgE к молоку+ и к казеину-, то есть риск клинической реакции на молочные продукты без термической обработки. Если IgE к молоку- и к казеину-, то риск клинической реакции на молоко низкий.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	5	Назначьте правильное питание ребенку, если результаты аллергологического обследования IgE к молоку+ и к казеину+.
Э	-	Ребенку должны быть назначены лечебные смеси с гидролизированным белком: Similac Alimentum, Alfare Allergy, Friso Per, Friso Per AC, Нутрилон Пепти Гастро, Нутрилон Пепти Аллергия. Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется перевод на питание на основе аминокислот: Альфаре Аминокислоты, Нутрилон Аминокислоты, Нейкейт. После подбора смеси следует начать введение прикормов для формирования толерантности (окно толерантности 4 – 6 мес).
P2	-	Ответ полный
P1	-	Ответ неполный: не указана необходимость начать формировать толерантность
P0	-	Ответ неправильный
H	-	026
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	-	Мальчик 9 лет, от 2 беременности, протекавшей с ангиной в 1 триместре, срочных родов с обвитием пуповины, массой 3700, ростом 52 см. Физическое и нервно – психическое развитие по возрасту. Профилактические прививки по календарю – без осложнений. В раннем возрасте – умеренные проявления атопического дерматита. До 5 лет – неосложненные ОРЗ, до 3 раз в год. С 5 лет стал посещать ДДУ.

		<p>Наследственность: семейный анамнез не отягощен, старший брат здоров.</p> <p>В возрасте 5 лет стал болеть обструктивным бронхитом с затяжным течением.</p> <p>В 6 лет поступил в стационар, где в течение 1 месяца получал лечение в связи с двусторонней полисегментарной пневмонией, ателектазом слева, левосторонним плевритом. Проводилась массивная антибактериальная терапия, переливание плазмы, вводился в/в иммуноглобулин в связи с тяжестью инфекционного процесса. Определение уровня сывороточных иммуноглобулинов не проводилось. Выписан с улучшением состояния остаточными явлениями воспалительной инфильтрации по данным рентгенограммы. Дома продолжал беспокоить кашель с отхождением слизисто – гнойной мокроты, отмечались периодически подъемы температуры.</p> <p>В связи с подозрением на инородное тело была выполнена диагностическая бронхоскопия, при которой отмечен гнойный эндобронхит, инородное тело не найдено. В течение 3мес находился в стационаре, получал курсами антибиотиков широкого спектра действия, муколитики, при проведении повторных санационных бронхоскопий было отмечено развития деформирующего бронхита с бронхоэктазами. Вскоре отмечен первый эпизод артрита левого коленного сустава, который был расценен как реактивный артрит.</p> <p>В дальнейшем ребенок в течение 3 лет повторно госпитализировался с тяжелыми двусторонними пневмониями ежегодно, получал лечение в течение 2 месяцев. Во время одного из эпизодов – повторный артрит обоих коленных суставов. В межгоспитальный период отмечались симптомы хронической интоксикации, нарастали явления сердечно – легочной недостаточности, присоединились симптомы хронического синусита и признаки задержки физического развития.</p>
В	1	Ваш предположительный диагноз.
Э	-	В клинике заболевания обращает на себя внимание инфекционный синдром: повторные пневмонии, плохо поддающиеся стандартной антибиотикотерапии, а также затяжное течение синусита. Кроме того, обращает на себя внимание рецидив артрита, что заставляет думать о хроническом характере поражения. В первую очередь необходимо думать о наличии первичного иммунодефицитного состояния. Учитывая нормальную переносимость вирусных инфекций, можно думать о дефекте гуморального звена иммунитета.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	2	Какое обследование необходимо провести?
Э	-	Исследование концентрации иммуноглобулинов сыворотки крови, определение числа Т- и В- лимфоцитов. Дифференциальный диагноз: необходимо исключить врожденные дефекты мукоцилиарного механизма, ревматоидный артрит, муковисцидоз.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный

В	3	<p>При иммунологическом обследовании были получены следующие результаты: IgG 0 г/л, IgA 0 г/л, IgM 0 г/л, CD19+ 0, остальные показатели клеточного иммунитета в пределах возрастной нормы.</p> <p>Также были исключены муковисцидоз, ревматоидный артрит, дефекты муколициарного клиренса.</p> <p>При проведении генетического обследования была выявлена мутация гена Btk.</p> <p>Поставьте окончательный диагноз.</p>
Э	-	Первичное иммунодефицитное состояние: X-сцепленная агаммаглобулинемия. Бронхоэктатическая болезнь. Пневмосклероз нижней доли левого легкого с деформацией бронхов.
P2	-	Диагноз поставлен правильно
P1	-	Диагноз поставлен неполный
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
В	4	<p>При начале заместительной иммунотерапии препаратом Октагам 10% появились жалобы на тошноту, повышение температуры до 38С, головная боль, боль в спине, головокружение, слабость, сыпь папулезная на теле. С чем связано появление данных реакций?</p>
Э	-	<p>Имеют место побочные реакции на введение в/в иммуноглобулинов. Они могут быть связаны со следующими причинами:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Спонтанное связывание комплемента и высвобождение биологически активных веществ</li> <li>2.Нарушение скорости введения (быстрое введение)</li> <li>3.Начало терапии ПИДС (первое введение)</li> <li>4.Текущий инфекционный эпизод</li> <li>5.Повышенная частота переливаний</li> <li>6.Большой интервал после предыдущего переливания</li> <li>7. С селективным дефицитом IgA</li> </ol> <p>Появление этих симптомов не является противопоказанием для продолжения заместительной терапии ПИДС.</p>
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ неполный: указаны не все причины
P0	-	Ответ дан неправильный: аллергическая реакция на введение иммуноглобулина.
В	5	Пути терапии и предотвращения побочных реакций на в/в введение иммуноглобулинов
Э	-	<p>Требуется прекратить инфузию ВВИГ, после нормализации состояния введение ВВИГ продолжают со скоростью 0,5 мг/ в минуту. При отсутствии побочных эффектов: через 20-30 минутные интервалы скорость вливания удваивают, но не более 2 – 3 мг в минуту.</p> <p>Пред введением ВВИГ и для купирования развившейся температурной реакции применяются парацетамол, аспирин, антигистаминные препараты.</p> <p>Для контроля более серьезных реакций применяются адреналин, глюкокортикостероиды.</p> <p>Способность IgG к агрегации снижает включение в раствор ВВИН сахаров (мальтозы).</p> <p>При возобновлении симптомов после продолжения вновь инфузионной терапии рассмотреть вопрос о прекращении терапии иммуноглобулинами, особенно в случае выявления селективного</p>

		дефицита IgA.
P2	-	Ответ правильный и полный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
Н	-	027
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной 8 лет, перенес операцию по поводу гангренозно – перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. Течение послеоперационного периода осложнилось нижнедолевой левосторонней пневмонией.</p> <p>При введении в/в препарата Интратект отмечалось повышение температуры, появились боли в животе, в связи с чем инфузия препарата была прекращена.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей до 6 – летнего возраста.</p> <p>Наследственность: не отягощена.</p> <p>Аллергологический анамнез спокоен.</p> <p>Клинический анализ крови: НЬ - 109 г/л. Эр - <math>23,8 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>26,7 \times 10^9/л</math>; с/я - 70%, л - 20%, м - 10%; СОЭ - 33 мм/час.</p> <p>Иммунологическое обследование: CD3+ 40%, CD4+20%, CD8+20%, IgG 22 г/л, IgM 5,2 г/л, IgA 2,0 г/л, IgE 80 КЕ/л.</p>
В	1	Ваш предположительный диагноз.
Э	-	Имеет место вторичное иммунодефицитное состояние, связанное с хирургической патологией. Реакция на введение ВВИГ могло быть связано с высокой скоростью введение препарата.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	Показано ли применение иммуностропной терапии?
Э	-	<p>Показано.</p> <p>Имуностропная терапия включает 3 направления:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Вакцинация</li> <li>2) Заместительная терапия (иммуноглобулины и др.)</li> <li>3) Препараты иммуностропного действия.</li> </ol> <p>Пациент относится к группе пациентов с клиническими признаками иммунной недостаточности (нижнедолевая пневмония, осложнившая течение аппендицита, диффузного перитонита) и выявленными</p>

		<p>изменениями в параметрах иммунного статуса.</p> <p>В качестве заместительной терапии возможно применение препарата Пентаглобин, который содержит все 3 класса иммуноглобулинов и включен в стандарт лечения септических больных.</p> <p>При поражении клетко макрофагально – моноцитраной системы применяют полиоксидоний, ликопид, галавит.</p> <p>Препаратом выбора в данном случае может быть полиоксидоний.</p> <p>Полиоксидоний оказывает активирующее влияние на неспецифическую резистентность организма, фагоцитоз, гуморальный и клеточный иммунный ответ.</p> <p>Установлено, что этот иммуномодулятор in vitro обладает способностью повышать бактерицидность фагоцитов крови больных ХГБ до нормальных значений. Доказано, что Полиоксидоний подавляет образование внеклеточных, но стимулирует образование внутриклеточных активных форм кислорода, от которых зависит гибель бактерии в клетке. Кроме того, Полиоксидоний обладает способностью стимулировать и кислород-независимые механизмы бактерицидности лейкоцитов.</p> <p>Кроме того, ПО обладает мембраностабилизирующим, антиоксидантным и дезинтоксикационным действием.</p>
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	3	Какие принципы назначения иммуномодулирующей терапии?
Э	-	<p>Иммуномодуляторы назначают в комплексе с этиотропным лечением.</p> <p>Схему препарата выбирают в зависимости от остроты воспалительного процесса, выявленного иммунного дефекта, наличия сопутствующих заболеваний.</p> <p>Основной критерий назначения – клинические проявления иммунодефицита.</p> <p>Препараты назначаются в соответствии с инструкцией.</p> <p>Коррекцию схем препарата может проводить только клинический иммунолог.</p> <p>По возможности целесообразно проводить иммунологический мониторинг.</p>
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
B	4	Нужно ли проводить иммунологическое обследование в динамике и с какой целью?
Э	-	<p>Иммунологическое обследование необходимо проводить в динамике, но не ранее через 2- 4 недели после проведенной иммунотерапии. При сохранении изменений по данным лабораторных исследований и отсутствии клинических проявлений иммунодефицита требуется дальнейшее наблюдение за данным пациентам, так как есть группа первичных иммунодефицитов, дебют которых возможен в более старшем возрасте. При сохранении клинических проявлений иммунодефицита иммунокорректирующая терапия может быть продолжена.</p>
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный

P0	-	Ответ неправильный: иммунологическое обследование в динамике не требуется.
B	5	Ваши рекомендации по вакцинации.
Э	-	Через 1 мес после выписки из стационара возможна вакцинация против пневмококковой инфекции 23 – полисахаридной вакциной. Может быть рассмотрена вакцинация против гемофильной инфекции типа b, против менингококковой инфекции. С учетом сезона должна быть проведена вакцинация против гриппа. Дополнительно в качестве иммуностропной терапии могут быть назначены низкоиммуногенные вакцины: рибомунил, бронховаксом, бронхомунал, исмиген.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный: вакцинация не показана.
H	-	028
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программа реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мать с мальчиком 16 лет пришла на плановый диспансерный прием к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой. 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 перенес астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям. В последние 2 года приступы участились до ежедневных. Ребенок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад. Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 40-50%, тест с вентолином всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав.</p> <p>При осмотре: объективно ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 уд/мин, ритм синусовый, шумы не выслушиваются, АД - 110/65 мм 110е.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, элас-</p>

		тичная, селезенка не пальпируется. Ребенок постоянно получает препараты кромогликата натрия, $\beta_2$ -адреномиметики, муколитики.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, тяжелая, неконтролируемая, период обострения
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии
Э	-	Комбинированные ингаляционные глюкокортикостероиды Салметерол + Флутиказон (Серетид), или Будесонид + Формотерол (Фликсотид). При отсутствии эффекта, сохранении синдрома обструкции решение вопроса о подключении рекомбинантных гуманизированных моноклональных антител (IgG <sub>1</sub> ) Омализумаб (Ксолар)
P2	-	Препараты базисной терапии указаны верно
P1	-	Препараты базисной терапии указаны неполностью
P0	-	Препараты базисной терапии указаны неверно
В	3	Ребенка, страдающего бронхиальной астмой, на медикосоциальную экспертизу направляет учреждение здравоохранения.
Э	-	Врач педиатр, пульмонолог, аллерголог – иммунолог направляет при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	4	Необходимыми данными для направления ребенка – инвалида на МСЭ является исследование функции внешнего дыхания (пиклометрия, спирография). Каковы условия правильного проведения спирографии?
Э	-	Если пациент получает бронхолитики, их необходимо до начала исследования отменить: бета2 –агонисты короткого действия – за 6 часов, длительного действия – за 12 часов, пролонгированные теофиллины – за 24 часа.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	5	Как проводится освидетельствование призывников с бронхиальной астмой?
Э	-	При впервые выявленных признаках бронхиальной астмы освидетельствование призывников проводится только после стационарного обследования. При наличии бронхиальной астмы, подтвержденной медицинской документацией о стационарном лечении и обращениях за медицинской помощью, заключение о годности к военной службе граждан может быть вынесено без стационарного обследования. Обращается внимание на необходимость

		доказательства наличия бронхиальной гиперреактивности для пациентов с БА в фазе стойкой ремиссии. Аллергологическое обследование проводится в периоде ремиссии: кожные пробы с небактериальными аллергенами, провокационные тесты с аллергенами, лабораторное определение специфических IgE. У подростков с легкой формой БА и нормальными показателями функции внешнего дыхания и отрицательным тестом на обструкцию бронхов помогает исследование реакции дыхательных путей на воздействие бронхоконстрикторов (метахолин)
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
H	-	029
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/03.8	Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации для пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На приеме у стоматолога пациент Р 46 лет. Через 5-7 минут после введения новокаина больной стал жаловаться на резкую слабость, шум в ушах, потемнение в глазах, чувство удушья, отек век и губ. Объективно: больной бледный; кожа холодная и потная; губы цианотичны; дыхание свистящее, экспираторная одышка, хриплое; пульс нитевидный, частый; АД 60/0 мм.рт.ст. За 10 дней до обращения к стоматологу перенес затяжной риносинусит по поводу которого в терапии получал инъекции цефотаксина с новокаином.
В	1	Установите предположительный причину развившегося состояния
Э	-	У больного развилась аллергическая побочная реакция немедленного типа, проявляющаяся локальной реакцией кожи и подкожной клетчатки (отёк Квинке) и системным поражением дыхательной и сердечно-сосудистой системы, о чём свидетельствует развитие одышки, тахикардии, акроцианоза. Лекарственная гиперчувствительность (аллергическая реакция немедленного типа – анафилаксия), возникшая в результате введения местного анестетика (новокаина).
P2	-	Причина возникшего состояния указана верно
P1	-	Причина возникшего состояния указана частично
P0	-	Причина возникшего состояния указана неверно
В	2	Укажите, применение какого препарата могло стать причиной сенсibilизации организма ребенка
Э	-	Для развития аллергической реакции немедленного типа необходима



		сенсibilизация организма к антигену. Клинические проявления развиваются только при повторном контакте с аллергеном. У данного пациента сенсibilизирующим фактором выступило введение антибактериального препарата с местным анестетиком. При повторном введении подобного препарата сенсibilизированный организм отвечает развитием аллергической реакции.
P2	-	Препарат указан верно, причина указана верно
P1	-	Препарат указан/не указан и/или причина указана/не указана
P0	-	Препарат и причина указаны неверно
В	3	Определите правильность последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции. Какие мероприятия должны быть выполнены у пациента при оказании медицинской помощи?
Э	-	<p>2 степень анафилаксии может соответствовать клинике анафилактического шока (отек ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз), следовательно последовательность медикаментозной терапии должна быть следующей:</p> <p>Препарат выбора – раствор эпинефрина (адреналин гидрохлорид) 0,1%, все остальные ЛС и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия (препараты второй линии – системные ГКС, антигистаминные препараты).</p> <p>Последовательность экстренных мероприятий по купированию анафилаксии:</p> <p>Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение ЛС), наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС;</p> <p>Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента;</p> <p>Срочно вызвать реанимационную бригаду;</p> <p>Максимально быстро ввести в/м в середину 113ереднее-латеральной поверхности бедра эпинефрин (адреналина гидрохлорид) в дозе 0,01 мг/кг в концентрации 1 мг/мл (разведение 1:1.000), максимальная доза 0,5 мг для взрослых и 0,3 мг для детей. При внутримышечном введении эпинефрина препарат действует быстрее, чем при подкожном его введении. При необходимости введение эпинефрина (адреналина гидрохлорид) можно повторить через 5-15 минут.</p> <p>Уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинув нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть съёмные зубные протезы, их необходимо удалить.</p> <p>Обеспечить внутривенный доступ. По показаниям вводить 1-2 литра 0,9% раствора хлорида натрия (то есть для взрослого 5-10 мл/кг впервые 5-10 минут; для ребенка – 10 мл/кг). Если реакция развилась на внутривенное введение препарата, постарайтесь не потерять венозный доступ для введения растворов и эпинефрина;</p> <p>Возможно применение системных ГКС в начальной дозе: преднизолон 90-120 мг в/в струйно, метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно взрослым, 1 мг/кг детям, максимум 50 мг, дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, бетаметазон 8-32 мг в/в капельно, гидрокортизон в/м взрослым 100-150мг каждые 4 часа, максимум 1000 -1500мг/сутки, детям 1-мг/кг –суточная доза 6-9мг/кг и др.; для детей: преднизолон 2-</p>

		<p>5 мг/кг, бетаметазон 20-125 мкг/кг или 0,6-3,75 мг/мл. Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально;</p> <p>Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей;</p> <p>Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии монитора для измерения АД, подсчет пульса вручную каждые 2-5 минут. По возможности контроль уровня оксигенации.</p> <p>По необходимости повторное введение - вспомогательная терапия (препараты второй линии - системные гкс, антигистаминные препараты).</p>
P2	-	<p>Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно.</p> <p>Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.</p>
P1	-	<p>Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно.</p> <p>Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно или определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно.</p> <p>Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.</p>
P0	-	<p>Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно.</p> <p>Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно.</p>
B	4	<p>Какие возможны побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина</p>
Э	-	<p>Со стороны центральной и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, сонливость, слабость, тризм.</p> <p>Со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение или снижение артериального давления, периферическая вазодилатация, коллапс, брадикардия, аритмии, <u>боль в грудной клетке</u>.</p> <p>Со стороны органов кроветворения: метгемоглобинемия.</p> <p>Аллергические реакции: зуд кожи, кожная сыпь, другие анафилактические реакции (в том числе анафилактический шок), крапивница (на коже и слизистых оболочках).</p>
P2	-	<p>Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны верно</p>
P1	-	<p>Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны неполностью</p>
P0	-	<p>Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны верно</p>
B	5	<p>Какие противопоказания существуют для использования местного анестетика новокаина</p>
Э	-	<p>Повышенная чувствительность (в том числе к парааминобензойной кислоте и другим местным анестетикам-эфирам).</p> <p>Детский возраст до 12 лет.</p> <p>Для анестезии методом ползучего инфильтрата – выраженные фиброзные изменения в тканях.</p>

		С осторожностью. Экстренные операции, сопровождающиеся острой кровопотерей; состояния, сопровождающиеся снижением\ печеночного кровотока (например, хроническая <u>сердечная</u> недостаточность, заболевания печени); прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности (обычно вследствие развития блокад сердца и шока); воспалительные заболевания или инфицирование места инъекции; дефицит псевдохолинэстеразы; <u>почечная недостаточность</u> ; детский возраст от 12 до 18 лет, пожилой возраст (старше 65 лет); с осторожностью у тяжелобольных и/или ослабленных больных; <u>при беременности</u> и в период родов.
P2	-	Противопоказания для использования местного анестетика новокаина указаны верно
P1	-	Противопоказания для использования местного анестетика новокаина указаны неполностью
P0	-	Противопоказания для использования местного анестетика новокаина указаны неверно
H	-	030
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/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Ребёнок 6 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание.</p> <p>Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура.</p> <p>Ребёнок от 1-й беременности, родился доношенным. Во время беременности мама дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Папа страдает бронхиальной астмой, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 мес. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью 1-й линии из-за гипогалактии у мамы. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперемии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные.</p> <p>Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,5°C. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений 66 в минуту. Частота сердечных сокращений 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.</p>

В	1	Поставьте клинический диагноз
Э	-	Острый бронхолит. Дыхательная недостаточность II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие вирусы чаще всего вызывают бронхобструкцию после перенесенного бронхолита?
Э	-	RSV и риновирусы (hRV), либо смешанная вирусная инфекция. Установлено, что риновирусная инфекция у детей с ранним синдромом бронхиальной обструкции является не только фактором риска повторной бронхиальной обструкции, но и фактором риска бронхиальной астмы к школьному возрасту.
P2	-	Предполагаемая этиология заболевания указана верно
P1	-	Предполагаемая этиология заболевания указана неполностью
P0	-	Предполагаемая этиология заболевания указана неверно
В	3	Что помогает прогнозировать риск развития астмы после перенесенного бронхолита?
Э	-	Индекс риска астмы, разработанный на основании когортного исследования детей с бронхообструкцией в возрасте до 3 лет. К группе высокого риска астмы относятся дети 2 – 3 лет, у которых в течение последнего года было 3 -4 эпизода свистящих хрипов и один большой критерий: -у одного из родителей подтвержденный диагноз астмы - подтвержденный диагноз атопического дерматита -пищевая аллергия -чувствительность к аэроаллергенам Или Два малых критерия: -аллергический ринит -чувствительность к пищевым аллергенам -эозинофилия в крови более 4% -бронхообструктивный синдром на фоне вирусной инфекции, отличной от респираторно – синтициального вируса
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	4	Показания для госпитализации
Э	-	Критериями госпитализации детей с бронхолитом являются: 1. Апноэ. 2. Признаки дыхательной недостаточности 2-3 степени. 3. Возраст до 6 месяцев у недоношенных детей. 4. Пониженное питание. 5. Дегидратация, затруднение в кормлении, сонливость. 6. Потребность в постоянной санации верхних дыхательных путей в клинических условиях. 7. Отягощенный преморбидный фон. 8. Социальные показания
P2	-	Показания для госпитализации указаны верно

P1	-	Показания для госпитализации указаны неполностью
P0	-	Показания для госпитализации указаны неверно
B	5	Каков прогноз после перенесенного бронхиолита?
Э	-	<p>Прогноз после перенесенного острого бронхиолита, как правило, благоприятный. Респираторные симптомы средней степени выраженности могут сохраняться приблизительно 3 недели. Около половины детей, перенесших острый бронхиолит, в дальнейшем могут иметь эпизоды бронхиальной обструкции. Среди них чаще встречаются пациенты с отягощенной наследственностью по атопии, для которых бронхиолит может быть одним из факторов риска развития бронхиальной астмы.</p> <p>Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита, характеризующегося хроническим течением с развитием фиброза и облитерацией просвета бронхов, инвалидизации</p>
P2	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан верно
P1	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неполностью
P0	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неверно

### 3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

#### 3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

#### 3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение

ПК-12.	практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	практических заданий
--------	--	--	---	----------------------

### 3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.