

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

Специальность 31.08.26 Аллергология и иммунология
код, наименование

Кафедра: факультетской и поликлинической педиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Аллергология и иммунология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Аллергология и иммунология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине Аллергология и иммунология используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах
4	Деловая/ролевая игра	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путем игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи	Тема (проблема), концепция, роли и ожидаемый результат по каждой игре
5	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-6 ПК-7	Текущий,	Раздел 1. Клиническая аллергология	Ситуационные задачи Тестовые задания
		Раздел 2. Клиническая иммунология	
	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
В	001	КОЖНЫЕ ТЕСТЫ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРОВОДЯТСЯ ТОЛЬКО
О	А	аллергологом
О	Б	пульмонологом
О	В	терапевтом
О	Г	хирургом
В	002	К ПРЕПАРАТАМ, СОДЕРЖАЩИМ ЛИДОКАИН, ОТНОСЯТСЯ
О	А	анауран, отипакс, терафлю -ЛАР
О	Б	сульфокаин, отославин, тамифлю
О	В	брилокаин, ультракаин, септанест
О	Г	сульфопрокаин, сульфокамфокаин
В	003	КОЖНЫЕ ПРОБЫ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПРОВОДЯТ В ПЕРИОД
О	А	стойкой ремиссии
О	Б	стихания обострения
О	В	обострения аллергического заболевания
О	Г	неполной ремиссии
В	004	БИОСУБСТРАТ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА С САМОЙ ВЫСОКОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ IGE
О	А	кровь

О	Б	моча
О	В	женское молоко
О	Г	молозиво
В	005	РЕАГИНОВЫЙ МЕХАНИЗМ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ
О	А	атопического дерматита
О	Б	контактного дерматита
О	В	аутоиммунной крапивницы
О	Г	сывороточной болезни
В	006	ВЫСОКОАФФИННЫЕ РЕЦЕПТОРЫ ДЛЯ IGE ЭКСПРЕССИРОВАНЫ НА СЛЕДУЮЩИХ КЛЕТКАХ
О	А	тучных клетках, базофилах
О	Б	эозинофилах, лейкоцитах
О	В	эритроцитах, моноцитах
О	Г	лимфоцитах, тромбоцитах
В	007	ПО ХИМИЧЕСКОМУ СОСТАВУ БЫТОВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ОТНОСЯТСЯ К _____ КОМПЛЕКСУ
О	А	белково –углеводному
О	Б	углеводно-полисахаридному
О	В	белково-липополисахаридному
О	Г	белково-жировому
В	008	АЛЛЕРГЕНЫ ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЮТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА С _____ СЫВОРОТКОЙ
О	А	противостолбнячной
О	Б	противодифтерийной
О	В	противогангренозной
О	Г	противоботулинической
В	009	ОСНОВНОЙ КЛАСС АНТИТЕЛ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ В ВЫСОКИХ ТИТРАХ У ПЧЕЛОВОДОВ, У КОТОРЫХ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ УЖАЛЕНИИ
О	А	IgG
О	Б	Ig E
О	В	IgA
О	Г	IgM
В	010	МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ
О	А	контактного дерматита
О	Б	ангионевротического отека
О	В	сывороточной болезни
О	Г	гемолитической болезни новорожденного
В	011	МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РЕАГИНОВОГО МЕХАНИЗМА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ

О	А	уровня Ig E в сыворотке крови
О	Б	факторов системы комплемента
О	В	циркулирующих иммунных комплексов
О	Г	концентрации аутоантител
В	012	РАДИОАЛЛЕРГОСОРБЕНТНЫЙ ТЕСТ ОСНОВАН НА СПОСОБНОСТИ РЕАГИНОВ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ С АНТИ-IgE ТЕЛАМИ, МЕЧЕННЫМИ _____ МЕТКОЙ
О	А	радиоизотопной
О	Б	ферментной
О	В	хемилюминесцентной
О	Г	иммунофлюоресцентной
В	013	КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ПРИ ПОЛЛИНОЗЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕЛАТЬ
О	А	все сезона палинации во время ремиссии заболевания
О	Б	в сезон палинации растений при обострении заболевания
О	В	через 3 дня после окончания сезона палинации
О	Г	независимо от времени года и состояния больного
В	014	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНЕРГИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ УЖАЛЕНИЯ, ПОСЛЕ КОТОРОГО МОЖНО ВЫЯВИТЬ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ IgE ПРОТИВ ЯДА ПЕРЕПОНЧАТОкрыЛЫХ В СЫВОРОТКЕ, СОСТАВЛЯЕТ _____ ДНЕЙ
О	А	2-3
О	Б	7-10
О	В	30
О	Г	60
В	015	КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
О	А	капельной кожной пробы
О	Б	скарификационной кожной пробы
О	В	укольного теста
О	Г	внутрикожной пробы
В	016	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	аппликационный тест
О	Б	укольный тест
О	В	скарификационный тест
О	Г	внутрикожный тест
В	017	ПЕРВЫМ ЭТАПОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯТСЯ
О	А	аллергологический анамнез
О	Б	кожное тестирование с медикаментами
О	В	провокационные тесты с медикаментами
О	Г	определение специфических IgE- антител

В	018	К ПРЕПАРАТАМ, СОДЕРЖАЩИМ НОВОКАИН, ОТНОСЯТСЯ
О	А	меновазин
О	Б	альмагель
О	В	цитрамон
О	Г	пенталгин
В	019	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ НА ЛАТЕКС?
О	А	кожные пробы
О	Б	определение общего и аллергенспецифического иммуноглобулина Е
О	В	МАСТ (множественный аллергосорбентный тест)
О	Г	РАСТ (радиаллергосорбентный тест)
В	020	ЭТАПАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	сбора анамнеза, элиминационный тест, аппликационная проба
О	Б	осмотр пациента, уколочная проба, провокационная проба
О	В	провокационная проба, определение специфических IgE
О	Г	уколочная проба, внутрикожный тест, провокационная проба
В	021	ПРИ КРУГЛОГОДИЧНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ НЕ ИМЕЕТ МЕСТА
О	А	повышение общего IgE в 10-20 раз
О	Б	умеренное повышение общего IgE в 3 – 4 раза
О	В	эозинофилия в назальном мазке
О	Г	эозинофилия крови
В	022	ПОСТАНОВКУ АППЛИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ РЕГРЕССА СИМПТОМОВ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ЧЕРЕЗ
О	А	1 мес
О	Б	2 недели
О	В	2 мес
О	Г	3 мес
В	023	ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ РИНИТА (ЧИХАНИЕ, ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, ЗУД В НОСУ, РИНОРРЕЯ, ЗАТРУДНЕННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ) ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХОЛОДА, ДЫМА, РЕЗКИХ ЗАПАХОВ ОБУСЛОВЛЕНО
О	А	неспецифической реактивностью слизистой оболочки носа
О	Б	сенсibilизацией к аллергенам клещей рода дерматофогоидес
О	В	искривлением носовой перегородки
О	Г	инфекционным воспалением в носоглотке
В	024	КАКИЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ СЕЗОННОГО РИНИТА?
О	А	пыльца сорных и луговых трав, пыльца деревьев
О	Б	эпидермальные аллергены, грибковые аллергены

О	В	клещ домашней пыли, пищевые аллергены
О	Г	домашняя пыль, грибковые аллергены, пищевые аллергены
В	025	КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ ТЕСТ-КОНТРОЛЬ
О	А	отрицательный, а гистамин дал положительную реакцию
О	Б	тест- контроль, гистамин, аллергены дали положительную реакцию
О	В	тест- контроль, гистамин, аллергены дали отрицательную реакцию
О	Г	положительный, а гистамин дал отрицательную реакцию
В	026	ПРИ ЛЕГКОМ ФЕРМЕРА В КАЧЕСТВЕ АЛЛЕРГЕНА ВЫСТУПАЮТ
О	А	актиномицеты
О	Б	пылевые аллергены
О	В	эпидермальные аллергены
О	Г	кандиды
В	027	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СТРОИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ
О	А	функции внешнего дыхания
О	Б	анализа мокроты
О	В	рентгенографии грудной клетки
О	Г	уровня IgE в сыворотке крови
В	028	ОСНОВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	аллергическое воспаление дыхательных путей
О	Б	гиперпродукция бронхиального секрета
О	В	десквамация эпителия дыхательных путей
О	Г	пролиферация эпителия дыхательных путей
В	029	К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ
О	А	аллергены
О	Б	лекарственные препараты
О	В	глистные инвазии
О	Г	вирусные инфекции
В	030	АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ ХРИПЫ
О	А	сухие на выдохе
О	Б	сухие на вдохе
О	В	влажные
О	Г	крепитирующие
В	031	ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБЪЕМОМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА 1 СЕКУНДУ _____% ОТ ДОЛЖНЫХ ВЕЛИЧИН

О	А	60- 80%
О	Б	60-70%
О	В	50-70%
О	Г	50-60%
В	032	ПОД ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ПОНИМАЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ
О	А	пиковой скорости выдоха
О	Б	дыхательного объема
О	В	жизненной емкости легких
О	Г	остаточного объема
В	033	ДЫХАНИЕ СО СТРИДОРОМ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
О	А	бронхиальной астме
О	Б	опухоли крупных бронхов
О	В	опухоли гортани
О	Г	аспирации инородного тела
В	034	ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРЕМА ДЛЯ РУК НА ТЫЛЕ КИСТЕЙ ПОЯВИЛИСЬ УЧАСТКИ ПОКРАСНЕНИЯ, ОТЕЧНОСТИ, МЕЛКИЕ ПУЗЫРЬКИ, А ТАКЖЕ ЭРОЗИИ С ОБИЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ СЕРОЗНОЙ ЖИДКОСТИ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
О	А	аллергического дерматита
О	Б	микробной экземы
О	В	простого раздражительного дерматита
О	Г	токсико-аллергического дерматита
В	035	РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ
О	А	индекса Тиффно
О	Б	пиковой скорости выдоха
О	В	объема форсированного выдоха за 1-ю секунду
О	Г	жизненной емкости легких
В	036	ЛЕГОЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, НАЛИЧИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ, ТАКИХ КАК СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, ОДЫШКА, ЗАЛОЖЕННОСТЬ В ГРУДИ И КАШЕЛЬ, КОТОРЫЕ ВАРЬИРУЮТ ПО ВРЕМЕНИ И ИНТЕНСИВНОСТИ И ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВМЕСТЕ С ВАРИАБЕЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	бронхиальная астма
О	Б	эозинофильная пневмония
О	В	фиброзирующий альвеолит
О	Г	гиперчувствительный пневмонит
В	037	ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ IGE-ОПОСРЕДОВАННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИК-ТЕСТА ЯВЛЯЕТСЯ ПАПУЛА
О	А	3 мм

О	Б	2 мм
О	В	1 мм
О	Г	0,5 мм
В	038	КАКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ВЗРОСЛЫХ?
О	А	диффузными эритематозно-сквамозными высыпаниями, ксерозом, расчесами, выраженным зудом
О	Б	островоспалительными проявлениями на коже лица, локтевых и коленных сгибах, ягодиц, спины
О	В	островоспалительными проявлениями на коже лица, в межпальцевых промежутках, в области наружных половых органов
О	Г	симптомом «медовых сот», расчесами, умеренным зудом, инфицированием в области кистей рук
В	039	КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ФОРМИРУЮТ
О	А	эфемерные волдыри, зуд в месте высыпаний
О	Б	эфемерные пузыри, мокнутие в месте высыпаний
О	В	диссеминированные узелки, папулы, ксероз
О	Г	дермографизм красный стойкий, везикулы
В	040	ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АСПИРИНА И
О	А	бронхиальной астмы, полипов носа
О	Б	конъюнктивита, вазомоторного ринита
О	В	тугоухости, крапивницы
О	Г	саркоидоза легких, хронического отита
В	041	ОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
О	А	бронхиальной астмы
О	Б	тромбоэмболии легочной артерии
О	В	обструктивной эмфиземы легких
О	Г	хронической обструктивной болезни легких
В	042	БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА С ПОМОЩЬЮ
О	А	спирографии
О	Б	бронхоскопии
О	В	исследования газов крови
О	Г	рентгенологического исследования
В	043	ТЯЖЕСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ
О	А	исследования функции внешнего дыхания
О	Б	проведения аускультации легких и сердца
О	В	перкуссии легких, сердца, печени
О	Г	бронхографии с контрастным веществом

В	044	ПОД БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ
О	А	воздушного потока по мелким и средним бронхам
О	Б	дыхательных путей вследствие отека голосовых связок
О	В	дыхательных путей вследствие аспирации инородного тела
О	Г	главного бронха вследствие опухоли респираторного тракта
В	045	БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЕКЛА») ПРИ НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО
О	А	эмфиземы легких
О	Б	пиопневмоторакса
О	В	острого респираторного заболевания
О	Г	пневмонической инфильтрации
В	046	К ПРИЗНАКАМ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ ПРИСТУПЫ БРОНХОСПАЗМА
О	А	на определенные аллергены
О	Б	при обострении хронического бронхита
О	В	у пациентов в пожилом возрасте
О	Г	часто возникающие в ночное время
В	047	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ПРИМЕНЯЮТ
О	А	скарификационные кожные тесты, исследование IgE в крови и цитологию носового секрета
О	Б	осмотр отоларинголога, рентгенографию околоносовых пазух, общий анализ крови, мочи, кала на яйца глистов
О	В	специфическую иммунотерапию, рентгенографию органов грудной клетки и исследование функции внешнего дыхания
О	Г	провокационные тесты, пробное лечение гормональными препаратами и бактериологическое исследование полости носа
В	048	ТОКСИКОДЕРМИЮ ВЫЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ
О	А	лекарственные
О	Б	лучевые
О	В	термические
О	Г	механические
В	049	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОСПАЗМА С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФИИ, ПНЕВМОТАХОГРАФИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРОБУ С ИНГАЛЯЦИЕЙ
О	А	β 2-адреностимулятора
О	Б	глюкокортикостероида
О	В	смеси кислорода и оксида азота
О	Г	α 2-адреностимулятора
В	050	КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ?

О	А	бронхиальная астма
О	Б	хроническая обструктивная болезнь легких
О	В	экзогенный аллергический альвеолит
О	Г	идиопатический легочный фиброз
В	051	БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ БРОНХОДИЛАТОРА КОЭФФИЦИЕНТ БРОНХОДИЛАТАЦИИ (КБД) ДОСТИГАЕТ ИЛИ ПРЕВЫШАЕТ _____ %
О	А	15
О	Б	38
О	В	20
О	Г	55
В	052	СУХИЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПРИ
О	А	нарушении бронхиальной проходимости
О	Б	наличии жидкости в полости плевры
О	В	повышении воздушности легких
О	Г	уплотнении легочной ткани
В	053	ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
О	А	свистящих хрипов на выдохе
О	Б	ослабленного везикулярного дыхания
О	В	крепитирующих хрипов в нижних отделах легких
О	Г	рассеянных влажных хрипов
В	054	АСТМА ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ ВОЗНИКАЕТ
О	А	после физической нагрузки
О	Б	во время физической нагрузки
О	В	после физической нагрузки на фоне длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов
О	Г	во время физической нагрузки после приема в пищу сельдерея
В	055	К ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
О	А	мясо птицы
О	Б	горчица
О	В	бахчевые
О	Г	сельдерей
В	056	НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЫЛЬЦЫ ПОЛЫНИ НАБЛЮДАЕТСЯ В
О	А	августе
О	Б	июле
О	В	июне
О	Г	мае

В	057	ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СОСТОИТ В
О	А	обратимости бронхиальной обструкции
О	Б	ответной реакции на лечение ингаляционными глюкокортикостероидами
О	В	выраженности бронхообструктивных нарушений
О	Г	ответной реакции на лечение пролонгированными холинолитиками
В	058	ПОД ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТЬЮ ЛЕГКИХ (ЖЕЛ) ПОНИМАЮТ МАКСИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЛЕГКИХ, КОТОРЫЙ
О	А	попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
О	Б	попадает в легкие при форсированном вдохе
О	В	выдыхается за определенное время во время выполнения маневра форсированной емкости легких вдоха
О	Г	выходит из легких при форсированном выдохе
В	059	ПРИЧИНОЙ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛИИ КРОВИ И ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ
О	А	аллергический бронхолегочный аспергиллез
О	Б	внутрибольничная пневмония
О	В	обострение хронического бронхита
О	Г	внебольничная пневмония
В	060	ЭОЗИНОФИЛИЯ В МОКРОТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
О	А	бронхиальной астмы
О	Б	хронического бронхита
О	В	пневмонии
О	Г	острого бронхита
В	061	НЕОБРАТИМЫМ КОМПОНЕНТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	перибронхиальный фиброз
О	Б	нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов
О	В	воспалительный отек в слизистой оболочке бронхов
О	Г	гиперплазия слизистой бронхиального дерева
В	062	ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВА ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ
О	А	сенсibilизации к химическим веществам, имеющим схожую структуру
О	Б	одновременного введения более двух препаратов с одинаковой химической структурой
О	В	введения больших доз препаратов с разной химической структурой
О	Г	подкожного и внутривенного введения препаратов с подобной структурой
В	063	ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИКАМЕНТЫ ВОЗМОЖНЫ ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ
О	А	общих антигенных детерминант

☐	Б	повышенного титра IgEантител к медикаментам
☐	В	повышенного титра IgG4 антител к медикаментам
☐	Г	Разных антигенных детерминант
В	064	ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СПИРОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
☐	А	снижение скорости форсированного выдоха за первую секунду
☐	Б	увеличение индекса Тиффно
☐	В	снижение форсированной жизненной емкости легких
☐	Г	снижение мощности вдоха
В	065	ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МОКРОТА
☐	А	вязкая
☐	Б	легкоотделяемая
☐	В	пенистая
☐	Г	гнойная
В	066	ПОД ИММУНИТЕТОМ ПОНИМАЮТ СПОСОБ
☐	А	способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности
☐	Б	способ сохранения жизнедеятельности субъекта при воздействии на него патогенных микроорганизмов
☐	В	способ защиты организма от живых микроорганизмов и веществ, не входящих в структуру тканей
☐	Г	способ защиты от живых и мертвых микроорганизмов, аллергенов, химических веществ
В	067	ПОД КАСКАДНОЙ СИСТЕМОЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ, СПОСОБНОЙ ВЫЗВАТЬ ЛИЗИС КЛЕТОК, ПОНИМАЮТ
☐	А	систему комплемента
☐	Б	цитокиновую сеть
☐	В	систему интерферонов
☐	Г	иммуноглобулины сыворотки крови
В	068	СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ ПОДКЛАССОВ IgG?
☐	А	четыре
☐	Б	три
☐	В	два
☐	Г	один
В	069	АНТИТЕЛА КЛАССА Ig E СПОСОБНЫ
☐	А	переходить через плаценту от матери к плоду
☐	Б	переходить в секреторные жидкости
☐	В	образовывать иммунные комплексы
☐	Г	переходить в секреторные жидкости
В	070	В ЛИМФОЦИТЫ - КЛЮЧЕВЫЕ КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ

		ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА УЧАСТВУЮТ В
О	А	антителообразовании
О	Б	процессах фагоцитоза
О	В	продукции интерферонов
О	Г	представлении антигена
В	071	ПЕРВИЧНЫЙ ГУМОРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ В КРОВИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИГЕНА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	5 – 6 недель
О	Б	1 – 2 часа
О	В	3 – 4 дня
О	Г	7 – 10 лет
В	072	ДЛЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА В - ЛИМФОЦИТЫ ПОЛУЧАЮТ ПОМОЩЬ ОТ
О	А	Т-лимфоцитов
О	Б	тромбоцитов
О	В	плазматических клеток
О	Г	системы интерферона
В	073	ФАГОЦИТАРНУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ
О	А	моноцитарно-макрофагальные клетки
О	Б	В-лимфоциты
О	В	система интерферона
О	Г	Т- лимфоциты
В	074	ОСНОВНАЯ ФУНКЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ СОСТОИТ В СИНТЕЗЕ
О	А	антител (иммуноглобулинов)
О	Б	простагландинов
О	В	интерферона
О	Г	серотонина
В	075	КАКАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА В-КЛЕТОК ПОИСХОДИТ В КОСТНОМ МОЗГЕ
О	А	антиген-независимая
О	Б	антиген-зависимая
О	В	сначала антиген-зависимая, а затем антиген-независимая
О	Г	сначала антиген-независимая, а затем антиген-зависимая
В	076	СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
О	А	антител
О	Б	лимфоцитов
О	В	бактерий
О	Г	вирусов
В	077	ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ В СПЕЦИФИЧЕСКОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ ПРИНАДЛЕЖИТ
О	А	лимфоцитам

О	Б	нейтрофилам
О	В	тромбоцитам
О	Г	эритроцитам
В	078	ФУНКЦИЯ МАКРОФАГОВ В ОСНОВНОМ СВОДИТСЯ К БОРЬБЕ С
О	А	пиогенными бактериями
О	Б	бактериями, вирусам и простейшими, способными существовать внутри клеток человека
О	В	грибовыми инфекциями
О	Г	внутриклеточными возбудителями
В	079	АНТИТЕЛА КЛАССА Е ВЫРАБАТЫВАЮТ
О	А	плазматические клетки
О	Б	базофилы
О	В	Т-лимфоциты
О	Г	тучные клетки
В	080	ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	нарушение соотношения между количеством антител и синтезом антител
О	Б	нарушение синтеза глюкокортикоидов и коллагена
О	В	повышенный синтез IgE и IgG
О	Г	гиперфункция систем интерферона и комплемента
В	081	ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ РАЗВИВАЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
О	А	генетических нарушений
О	Б	воздействия радиации
О	В	иммунных нарушений в системе мать-плод
О	Г	действия инфекционных факторов
В	082	ДИАГНОЗ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ДОСТОВЕРЕН ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКАХ
О	А	тромбоцитопения менее 70 тыс.; уменьшенный диаметр тромбоцитов; мутация в WASP; наличие по материнской линии родственников мужского пола (дяди, двоюродные братья, племянники), имеющих тромбоцитопению и маленький размер тромбоцитов
О	Б	тромбоцитопения менее 60 тыс.; обычный диаметр тромбоцитов; рецидивирующие бактериальные или вирусные инфекции; нарушенный антительный ответ на полисахаридные антигены; лимфома, лейкоз или опухоль головного мозга
О	В	тромбоцитопения менее 80 тыс.; увеличенный диаметр тромбоцитов; рецидивирующие бактериальные или вирусные инфекции; спленэктомия по поводу тромбоцитопении в анамнезе; аутоиммунные заболевания; лимфома, лейкоз или опухоль головного мозга
О	Г	тромбоцитопения менее 100 тыс.; рецидивирующие бактериальные или вирусные инфекции; спленэктомия по поводу тромбоцитопении в анамнезе; нарушенный антительный ответ на различные антигены;

		аутоиммунные заболевания
В	083	ЭНТЕРОПАТИЧЕСКИЙ АКРОДЕРМАТИТ СВЯЗАН С ДЕФИЦИТОМ
О	А	цинка
О	Б	магния
О	В	селена
О	Г	кальция
В	084	ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ ЖИЗНИ
О	А	4-6 месяце
О	Б	первые месяцы
О	В	второй год
О	Г	в любом возрасте
В	085	СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТИМУСА, АОРТЫ И ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИНДРОМА
О	А	Ди-Джорджи
О	Б	Луи-Бар
О	В	Вискотта-Олдрича
О	Г	Кабуки
В	086	ПРИ БОЛЕЗНИ БРУТОНА ИМЕЕТ МЕСТО ВРОЖДЕННЫЙ
О	А	В- клеточный дефицит
О	Б	Т-клеточный дефицит
О	В	дефицит комплемента
О	Г	дефект фагоцитоза
В	087	ПРИ СИНДРОМЕ ДИ ДЖОРДЖИ ИМЕЕТ МЕСТО
О	А	гипоплазия тимуса
О	Б	дефицит комплемента
О	В	сочетанный дефицит всех иммуноглобулинов
О	Г	дефицит иммуноглобулина А
В	088	ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ДЖОБА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ СИСТЕМЫ
О	А	фагоцитоза
О	Б	комплемента
О	В	интерферона
О	Г	местного иммунитета
В	089	ДЛЯ ИММУНОДЕФИЦИТОВ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ БОЛЕЗНИ-«МАСКИ»
О	А	кандидоз
О	Б	сепсис
О	В	рецидивирующий гнойный отит

О	Г	хронические неспецифические заболевания легких
В	090	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ МОНОЦИТОВ КАСАЕТСЯ
О	А	окислительного метаболизма
О	Б	хемотаксиса
О	В	фагоцитоза
О	Г	миграции
В	091	КАКАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СИНДРОМ) СОЧЕТАЕТСЯ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ И С СУДОРОГАМИ?
О	А	Ди Джорджи
О	Б	Незелофа
О	В	Луи-Бар
О	Г	Вискотта-Олдрича
В	092	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ
О	А	IgA
О	Б	IgG
О	В	IgD
О	Г	IgE
В	093	ШВЕЙЦАРСКАЯ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЕФИЦИТОМ
О	А	гуморального иммунитета
О	Б	клеточного иммунитета
О	В	фагоцитоза
О	Г	комплемента
В	094	НАЗОВИТЕ ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА
О	А	наследственный ангионевротический отек
О	Б	агаммаглобулинемия Брутона
О	В	синдром Вискотта-Олдрича
О	Г	синдром Нетертона
В	095	ХРОНИЧЕСКИЙ КОЖНО-СЛИЗИСТЫЙ КАНДИДОЗ ОТНОСИТСЯ К
О	А	комбинированным иммунодефицитам
О	Б	преимущественно клеточным иммунодефицитам
О	В	гуморальным иммунодефицитам
О	Г	фенокопиям ПИДС
В	096	ТРАНЗИТОРНАЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ДО
О	А	3 лет
О	Б	2,5 лет

О	В	2 лет
О	Г	1,5 лет
В	097	СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А ПРИВОДИТ К СЛЕДУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ
О	А	инфекциям респираторного и желудочно – кишечного тракта
О	Б	генерализованному кандидомикозу, поражению суставов, аутоиммунным заболеваниями
О	В	сепсису, атопическому дерматиту, бронхиальной астме
О	Г	рецидивирующим менингитам, энцефалитам, эпилепсии
В	098	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ЧЕДИАКА-ХИГАСИ ОТНОСЯТСЯ
О	А	альбинизм
О	Б	склонность к кровоточивости
О	В	оппортунистические инфекции
О	Г	судорожный синдром
В	099	ПРИ Х-СЦЕПЛЕННОМ ГИПЕР-IGM СИНДРОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	снижение сывороточного IgG ниже 2 г/л, IgA менее 0,05 г/л при нормальном или повышенном уровне IgM (более 3 г/л)
О	Б	снижение сывороточного IgG ниже 3 г/л, IgA менее 0,07 г/л при нормальном или повышенном уровне IgM (более 4 г/л)
О	В	снижение сывороточного IgG ниже 1 г/л, IgA менее 0,02 г/л при нормальном или повышенном уровне IgM (более 4 г/л)
О	Г	снижение сывороточного IgG ниже 4 г/л, IgA менее 0,1 г/л при нормальном уровне IgM
В	100	ДЛЯ Х-СЦЕПЛЕННОГО ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ
О	А	Эпштейна-Барр
О	Б	кори
О	В	гриппа
О	Г	простого герпеса
В	101	ПРИ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТСУТСТВУЮТ ХАРАКТЕРНЫЕ _____ ОСОБЕННОСТИ
О	А	клинические и лабораторные
О	Б	иммунологические
О	В	возрастные
О	Г	биохимические
В	102	НАЧАЛОМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ
О	А	после 2 –х лет
О	Б	после 4 –х лет

О	В	до 2 –х лет
О	Г	25-30 ЛЕТ
В	103	ПРИ БОЛЕЗНИ БРУТОНА ГЕНЕТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ГЕНА
О	А	В _{тх} , кодирующего фермент тирозинкиназу
О	Б	рекомбиназы
О	В	репарации дезоксирибонуклеиновой кислоты
О	Г	X – сцепленного ZAP-70
В	104	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ПРИЧИННЫМИ ФАКТОРАМИ ВТОРИЧНОГО ИММУОДЕФИЦИТА ИЗ ВСЕХ ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	вирусы
О	Б	бактерии
О	В	грибы
О	Г	пневмоцисты
В	105	КРИТЕРИЕМ ПРЕХОДЯЩЕЙ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ОДНОГО ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ ИЗОТИПОВ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ _____ ПРИ ИСКЛЮЧЕНИИ ДРУГИХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ
О	А	IgG<5 г/л, IgA<0,2 г/л, IgM<0,4 г/л
О	Б	IgG<3 г/л, IgA<0,3 г/л, IgM<0,2 г/л
О	В	IgG<4 г/л, IgA<0,1 г/л, IgM<0,3 г/л
О	Г	IgG<2 г/л, IgA<0,05 г/л, IgM<0,1 г/л
В	106	ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ИММУНОСУПРЕССИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 5 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ CD4+ МЕНЕЕ _____ В 1 МКЛ ПРИ ПРОЦЕНТЕ ОТ ЧИСЛА ЛИМФОЦИТОВ МЕНЕЕ 15
О	А	500
О	Б	200
О	В	750
О	Г	650
В	107	МАРКЕРАМИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВИРУСЫ
О	А	Эпштейн – Барра, герпеса 6 типа
О	Б	герпеса 1, 2 и 8 типа
О	В	цитомегалии, кори, эпидемического паротита
О	Г	гриппа, папилломавирус
В	108	ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЧИНАМИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	срыв толерантности
О	Б	гормональные нарушения
О	В	генетические дефекты

О	Г	анатомические аномалии
В	109	К ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ОБРАТИМЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ, ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ
О	А	голодание
О	Б	сахарный диабет
О	В	ВИЧ-инфекция
О	Г	врожденные иммунодефициты
В	110	АНТИТЕЛА К ВОЗБУДИТЕЛЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТСУТСТВУЮТ В
О	А	серонегативном периоде инфекции
О	Б	терминальной стадии СПИД
О	В	стадии вторичных заболеваний
О	Г	начале заболевания
В	111	ВТОРИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА В РЕЗУЛЬТАТЕ
О	А	соматических болезней и под воздействием факторов внешней среды
О	Б	состояния сенсibilизации, реализующиеся в клиническую форму аллергического заболевания
О	В	наличия дефектных генов при врожденных заболеваниях
О	Г	наличия хромосомных мутаций при наследственных заболеваниях
В	112	РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ МЕНИНГИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕФИЦИТА
О	А	Фракций комплемента
О	Б	моноцитарно -макрофагального звена иммунитета
О	В	иммуноглобулинов
О	Г	CD3+лимфоцитов
В	113	КАКОВО СОДЕРЖАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ В 1 МКЛ КРОВИ, НИЖЕ УРОВНЯ КОТОРОГО МОЖНО ПОЛАГАТЬ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО КЛЕТОЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА
О	А	500
О	Б	600
О	В	700
О	Г	400
В	114	НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ПИЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	коровье молоко, белок куриного яйца, рыба, манная крупа
О	Б	желток куриного яйца, яблоки, курица, морковь, земляника
О	В	желток куриного яйца, греча, персик, морковь, картофель
О	Г	ржаная мука, сельдерей, яблоки, киви, креветки, морковь
В	115	ДЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА ВЫЗЫВАЕТСЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ
О	А	гистамина

О	Б	ацетилхолина
О	В	серотонина
О	Г	фактора некроза опухоли альфа
В	116	В ОТНОШЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ: СУЩЕСТВУЕТ
О	А	3 возрастныхс различной локализацией поражений и различным преобладанием первичных и вторичных элементов
О	Б	2 возрастных периода с единой локализацией поражений, одинаковыми кожными элементами
О	В	4 возрастных периода с различной локализацией поражений и различными первичными элементами
О	Г	5 возрастных периода с разной локализацией поражений и едиными вторичными проявлениями
В	117	ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС SCORAD, КОТОРЫЙ УЧИТЫВАЕТ
О	А	распространенность кожного процесса
О	Б	разнообразие первичных и вторичных проявлений
О	В	интенсивность клинических проявлений
О	Г	выраженность субъективных симптомов
В	118	ИНДЕКС SCORAD ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
О	А	особенности течения атопического дерматита
О	Б	результаты научных исследований
О	В	качество жизни ребенка
О	Г	влияние сопутствующих заболеваний на течение дерматита
В	119	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ БЫТОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИЧИНОЙ АСТМЫ И РИНИТА, СЧИТАЮТСЯ
О	А	клещи домашней пыли
О	Б	плесневые грибы
О	В	инсектные аллергены
О	Г	домашние животные
В	120	НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЫЛЬЦЫ ТОПОЛЯ В СРЕДНЕЙ ПОЛОСЕ НАБЛЮДАЕТСЯ В
О	А	конце апреля
О	Б	начале июня
О	В	середине июля
О	Г	начале августа
В	121	АЛЛЕРГЕНАМИ, В КОТОРЫХ СОДЕРЖАТСЯ ВЕТV1 – ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ, ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	береза, каштан, сельдерей, петрушка, картофель, киви, арахис, соя
О	Б	пшеница, овес, греча, рожь, райграс, подсолнечник, кабачки, щавель
О	В	полынь, лебеда, мятлик, костер, амброзия, колыраби, чечевица, кукуруза
О	Г	овес, амброзия, пшеница, лимон, земляника, капуста, патиссоны, рис

В	122	ВЕТV1 – ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ СОДЕРЖАТСЯ В ФРУКТОВЫХ РАСТЕНИЙ
О	А	мякоти
О	Б	листьях
О	В	пыльце
О	Г	корнях
В	123	ВЕТV1 – ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К
О	А	нагреванию и расщеплению
О	Б	обработке химическими веществами
О	В	длительному хранению в темном месте
О	Г	воздействию солнечного света
В	124	ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ 1 КЛАССА
О	А	устойчивы к нагреванию, расщеплению, процессам переваривания
О	Б	частично устойчивы к нагреванию, процессам переваривания
О	В	частично разрушаются при расщеплении, замораживании
О	Г	разрушаются при нагревании, расщеплении, замораживании
В	125	ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ 2 КЛАССА
О	А	разрушаются при нагревании, расщеплении, процессах переваривания, вызывают «оральный синдром»
О	Б	не разрушаются при нагревании, расщеплении, процессах переваривания, не вызывают «оральный синдром»
О	В	частично устойчивы к нагреванию, расщеплению, вызывают реакцию на приготовленную пищу
О	Г	разрушаются при замораживании и оттаивании, не вызывают «оральный синдром»
В	126	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БЕЛКОВЫЕ СЕМЕЙСТВА
О	А	проламины, купины, профилины, Betv 1
О	Б	тропомииозины, липокаины, кальций-связывающие белки
О	В	тропомииозины, перекрестно – реагирующие карбогидратные детерминанты
О	Г	парвальбумины, казеины, запасные белки арахиса
В	127	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПИЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БЕЛКОВЫЕ СЕМЕЙСТВА
О	А	тропомииозины, парвальбумины, казеины
О	Б	профилины, перекрестно – реагирующие карбогидратные детерминанты
О	В	профилины, запасные белки арахиса, кальций-связывающие белки
О	Г	проламины, купины, профилины, Betv 1, липокаины,
В	128	НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНУЮ АЛЛЕРГИЮ НА ЯЙЦА УКАЗЫВАЕТ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ IGE АНТИТЕЛ К
О	А	овомукоиду

О	Б	овоальбумину
О	В	овотрансферрину
О	Г	кональбумину
В	129	К МИНОРНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ПЫЛЦЫ БЕРЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ
О	А	профиллин, полкальцин, изофлавоон редуктаза
О	Б	белок PR10, запасные белки, Betv1
О	В	патогенезсвязанные белки, Betv1
О	Г	Betv1, перекрестно – реагирующие карбогидратные детерминанты
В	130	ПРИЧИНАМИ ПОНИЖЕНИЯ УРОВНЯ IGE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	первичный биллиарный цирроз, семейный дефицит IgE, ВИЧ - инфекция
О	Б	обострение различных аллергических заболеваний
О	В	проведение длительной специфической иммунотерапии
О	Г	применение антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения
В	131	ПОД АФИННОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ СИЛА АССОЦИИ (ПРИТЯЖЕНИЯ, СВЯЗИ) МЕЖДУ
О	А	определенным антигенным участком и определенным антителом к данному участку
О	Б	определенным антигенным участком и любым антителом к данному участку
О	В	любым антигенным участком и определенным антителом к данному участку
О	Г	любым инфекционным агентом и любым антителом к инфекционному агенту
В	132	МАЖОРНЫМ АЛЛЕРГЕНОМ НАЗЫВАЕТСЯ МОЛЕКУЛА, КОТОРАЯ ВЫЗЫВАЕТ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЕ ЧЕМ У ____ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЕЙ НА ДАННЫЙ ИСТОЧНИК АЛЛЕРГЕНА
О	А	50%
О	Б	60%
О	В	70%
О	Г	90%
В	133	МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИИ У ЧЕЛОВЕКА ПУТЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ____ ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ МОЛЕКУЛ АЛЛЕРГЕНОВ
О	А	Ig E
О	Б	IgA
О	В	IgG
О	Г	IgG4
В	134	МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К
О	А	первичному сенсibiliзирующему аллергену
О	Б	вторичному сенсibiliзирующему аллергену

О	В	паналлергенам для выявления перекрестной сенсибилизации
О	Г	к мажорным и минорным различным аллергенам
В	135	ПОД РЕКОМБИНАНТНЫМИ МОЛЕКУЛАМИ АЛЛЕРГЕНОВ ПОНИМАЮТ МОЛЕКУЛЫ АЛЛЕРГЕНОВ, ПОЛУЧАЕМЫХ
О	А	в системе гетерологичных клеток с использованием рекомбинантных генов, кодирующих аллергенные белки
О	Б	химическим путем из различных частей бытовых и эпидермальных аллергенов
О	В	химическим путем из различных частей пищевых и пыльцевых аллергенов
О	Г	из молекул экстрактов аллергенов, применяемых для кожного тестирования
В	136	ИСТОЧНИКАМИ ТРОПОМИОЗИНА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	клещи, тараканы, ракообразные, моллюски
О	Б	корневища, семена, листья и кора растений
О	В	шерсть, слюна, эпителий, пот, моча животных
О	Г	овощи, фрукты, семена, плоды, цветы растений
В	137	ДЕБЮТ ПРИОБРЕТЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА, СВЯЗАННОГО С ДЕФИЦИТОМ С1- ИНГИБИТОРА, ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ _____ ЛЕТ
О	А	40
О	Б	20
О	В	5
О	Г	60
В	138	ДЛЯ СИНДРОМА АТАКСИИ –ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ
О	А	новообразований
О	Б	оппортунистических инфекций
О	В	заболеваний желудочно – кишечного тракта
О	Г	аллергических заболеваний респираторного тракта
В	139	ПРИ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ СОРНЫХ ТРАВ ВОЗМОЖНА ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ К
О	А	дыне, подсолнечному маслу, семечкам, халве
О	Б	грибам, пшенице, орехам, овсу, моркови, петрушке
О	В	молочным продуктам, к арбузам, киви, сельдерею
О	Г	кукурузе, черешне, орехам, чечевице, яблоку, апельсину
В	140	ПАЦИЕНТАМ С ГРИБКОВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ
О	А	пиво, сыр, шампанское
О	Б	рыбу, молоко, яйцо, фрукты
О	В	коньяк, фруктовую воду, овощи
О	Г	сухое вино, мартини, мясные продукты
В	141	ХОЛОДНАЯ СЫРАЯ ПОГОДА МОЖЕТ УХУДШИТЬ СОСТОЯНИЕ

		ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ
О	А	грибковой
О	Б	пыльцевой
О	В	эпидермальной
О	Г	вирусиндуцированной
В	142	ЧАЩЕ ДРУГИХ ПОЛЛИНОЗЫ ВЫЗЫВАЕТ ПЫЛЬЦА РАСТЕНИЙ
О	А	ветроопыляемых
О	Б	насекомоопыляемых
О	В	перекрестноопыляемых
О	Г	искусственно опыляемых
В	143	ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ
О	А	при солнечной ветреной погоде
О	Б	во время влажной теплой погоды
О	В	во время дождливой холодной погоды
О	Г	независимо от метеорологической обстановки
Ф	А/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
В	001	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ БРУТОНА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
О	А	Донорского иммуноглобулина
О	Б	глюкокортикостероидных препаратов
О	В	антагонистов лейкотриеновых рецепторов
О	Г	цитостатических препаратов
В	002	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИМЕНЯЮТ ТЕРАПИЮ
О	А	антибактериальную
О	Б	гормональную
О	В	противовирусную
О	Г	иммуносупрессивную
В	003	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯЮТ ТЕРАПИЮ
О	А	заместительную иммуноглобулинами
О	Б	гормональными препаратами
О	В	противомикробную
О	Г	иммуносупрессивную
В	004	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРАПИЯ
О	А	Препаратами иммуноглобулинов
О	Б	гормональными препаратами

О	В	противомикробными средствами
О	Г	иммуносупрессивными медикаментами
В	005	ДОЗА НАСЫЩЕНИЯ В\В ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	1-1,5 г\кг
О	Б	0,5-1,0 г\кг
О	В	1-1,2 г\кг
О	Г	1,5-2,0 г\кг
В	006	ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА В\В ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,4 г\кг
О	Б	0,5 г\кг
О	В	0,8 г\кг
О	Г	1,0 г\кг
В	007	КАКОЙ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG ПРЕДОТВРАЩАЕТ ЖИЗНЕННО –УГРОЖАЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ
О	А	5 г\л
О	Б	3-4 г\л
О	В	1-2 г\л
О	Г	2-4 г\л
В	008	КАКОЙ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ (ОСЛОЖНЕНИЙ) У ПАЦИЕНТОВ С ГУМОРАЛЬНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ
О	А	6-8 г\л
О	Б	4-5 г\л
О	В	3-4 г\л
О	Г	9-10 г\л
В	009	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ СОСТАВЛЯЕТ ДНЕЙ
О	А	30
О	Б	60
О	В	20
О	Г	60
В	010	КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ВОЗМОЖНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
О	А	трансплантации гематопозитических клеток
О	Б	заместительной терапии препаратами иммуноглобулинов
О	В	терапии антибактериальными препаратами
О	Г	иммуносупрессивной терапии
В	011	СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	β 2-агонисты адренорецепторов

О	Б	стабилизаторы мембран тучных клеток
О	В	антагонисты лейкотриеновых рецепторов
О	Г	ингаляционные глюкокортикостероиды
В	012	СРЕДИ В2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
О	А	сальметерол
О	Б	сальбутамол
О	В	вентолин
О	Г	беротек
В	013	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЛЕГКОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВЕДЕНИЕ
О	А	симпатомиметиков через небулайзер
О	Б	эуфиллина внутривенно
О	В	интала через спейсер
О	Г	глюкокортикостероидов внутривенно
В	014	БЕРОДУАЛ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	комбинацией адреномиметика и холинолитика
О	Б	ингаляционным глюкокортикостероидом
О	В	коротко действующий адреномиметиком
О	Г	пролонгированным холинолитиком
В	015	У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ ПО ПОВОДУ СОПУТСТВУЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
О	А	лоратадин, хифенадин
О	Б	цетиризин, акривастин
О	В	сехифенадин, фексофенадин
О	Г	дезлоратадин, левоцетиризин
В	016	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	глюкокортикостероиды
О	Б	препараты метилксантинового ряда
О	В	бета2-агонисты короткого действия
О	Г	М-холинолитические препараты
В	017	ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН, ФЕКСОФЕНАДИН) ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	длительная блокада Н1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэкссудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов
О	Б	обратимое связывание с Н1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие

О	В	неконкурентная блокада локальных Н1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие
О	Г	выраженное сродство к Н1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина -8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания; кардиотоксическое действие
В	018	ХАРАКТЕРНЫМ ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ I ПОКОЛЕНИЯ (ХЛОРОПИРАМИН) ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	обратимое связывание с Н1-гистаминовыми рецепторами; местноанестезирующее, седативное, атропиноподобное и проаритмическое действие
О	Б	неконкурентная блокада локальных Н1-гистаминовых рецепторов; отсутствие местноанестезирующего и атропиноподобного эффектов; кардиотоксическое действие
О	В	выраженное сродство к Н1-гистаминовым рецепторам, угнетение интерлейкина -8, уменьшение выраженности бронхоспазма; развитие привыкания
О	Г	длительная блокада Н1-гистаминовых рецепторов, подавление высвобождения лейкотриена; противоэкссудативное, спазмолитическое действие; отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов
В	019	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВРАЧ ДОЛЖЕН ПРЕДУПРЕДИТЬ ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНОМ РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАКЦИИ В ВИДЕ
О	А	кандидоза полости рта
О	Б	стероидного сахарного диабета
О	В	синдрома Кушинга
О	Г	системного остеопороза
В	020	ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ
О	А	анти-IgE-антител
О	Б	стабилизаторов мембран тучных клеток
О	В	антилейкотриенов
О	Г	М-холинолитиков
В	021	БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
О	А	глюкокортикостероиды
О	Б	защищенные пенициллины
О	В	ингаляционные β_2 -агонисты
О	Г	периферические вазодилататоры
В	022	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ

		ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	дисфония
О	Б	остеопороз
О	В	гипергликемия
О	Г	ожирение
В	023	ТИОТРОПИУМА БРОМИД ОБЛАДАЕТ СЕЛЕКТИВНОСТЬЮ К РЕЦЕПТОРАМ БРОНХОВ ТИПА
О	А	M3-холинорецепторов
О	Б	M1-, M2- -холинорецепторов
О	В	β -2-адренорецепторов
О	Г	β -1- и β -2-адренорецепторов
В	024	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	ингаляции β 2-агонистов короткого действия по потребности
О	Б	ежедневное введение противовоспалительных препаратов
О	В	применение бронходилататоров пролонгированного действия
О	Г	использование системных глюкокортикостероидов
В	025	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	ежедневное введение противовоспалительных препаратов
О	Б	использование бронходилататоров пролонгированного действия короткими курсами
О	В	ежедневные ингаляции β 2-агонистов короткого действия
О	Г	частое применение системных глюкокортикостероидов
В	026	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ
О	А	системные глюкокортикостероиды
О	Б	курсы ингаляционных глюкокортикоидов
О	В	бронходилататоры пролонгированного действия при приступах
О	Г	монотерапию антилейкотриеновыми препаратами
В	027	ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
О	А	неселективные β -адреноблокаторы
О	Б	антибиотики
О	В	метилксантины
О	Г	симпатомиметики
В	038	ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
О	А	пути введения лекарственных средств
О	Б	кратности приема
О	В	эффективности препарата
О	Г	скорости выведения
В	039	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА

		СОСТАВЛЯЕТ ____ ЧАСОВ
О	А	4 – 6
О	Б	8 – 9
О	В	10 – 12
О	Г	24 – 48
В	040	ПРЕПАРАТОМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К Ig E ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	омализумаб
О	Б	фенспирид
О	В	зафирлукаст
О	Г	монтелукаст
В	041	БЛОКАТОРОМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	монтелукаст
О	Б	фенспирид
О	В	эбастин
О	Г	хлоропирамин
В	042	ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ
О	А	антигистаминных препаратов 2-го поколения
О	Б	топических антигистаминных средств
О	В	системных глюкокортикостероидов
О	Г	иммунодепрессантов (циклоспорин А, метотрексат)
В	043	ГИПОАЛЛЕРГЕННАЯ ДИЕТА ДОЛЖНА НАЗНАЧАТЬСЯ БОЛЬНЫМ
О	А	экземой, атопическим дерматитом
О	Б	псориазом, ограниченной склеродермией
О	В	буллезными дерматозами, чесоткой
О	Г	склеродермией, системной красной волчанкой
В	044	В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ ТОПИЧЕСКИХ
О	А	стероидов
О	Б	антибиотиков
О	В	антимикотиков
О	Г	ретиноидов
В	045	К ТОПИЧЕСКИМ СТЕРОИДАМ ОТНОСИТСЯ
О	А	гидрокортизона 17 – оксипропионат
О	Б	рупатадин
О	В	монтелукаст
О	Г	нафтифин
В	046	ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С
О	А	продолжительными бронхолитиками
О	Б	β_2 -агонистами короткого действия

О	В	антихолинэргическими препаратами
О	Г	системными глюкокортикостероидами
В	047	К БЕТА2-АГОНИСТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ
О	А	формотерол
О	Б	беродуал
О	В	фенотерол
О	Г	тиотропия бромид
В	048	ПРИСТУП УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ КУПИРУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ
О	А	сальбутамола
О	Б	сальметерола
О	В	беклометазона
О	Г	теофиллина
В	049	ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	флутиказон
О	Б	гидрокортизон
О	В	преднизолон
О	Г	дексаметазон
В	050	ПОКАЗАНИЕМ К ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ОБЪЕМЕ 4-ОЙ СТУПЕНИ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА
О	А	тяжелая персистирующая
О	Б	тяжелая интермиттирующая
О	В	физического усилия
О	Г	легкая интермиттирующая
В	051	ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ МЕСТНЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ МОГУТ
О	А	редуцировать аллергическое воспаление (раннюю и позднюю фазы)
О	Б	уменьшать гиперсекрецию и неспецифическую реактивность слизистой
О	В	тормозить высвобождение медиаторов из тучных клеток и устранять симптомы острого аллергического ринита
О	Г	купировать позднюю фазу аллергического воспаления
В	052	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АЛЛЕРГИЕЙ НА ПЫЛЬЦУ БЕРЕЗЫ В ВИДЕ РИНИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ
О	А	антигистаминные средства, топические кортикостероиды и специфическую иммунотерапию
О	Б	диету, частое проветривание помещений, сосудосуживающие препараты
О	В	иглорефлексотерапию, массаж и закаливание, гомеопатические препараты
О	Г	гипербарическую оксигенацию, дезинтоксикационную терапию, оперативное лечение искривления носовой перегородки

В	053	ПРИ «ДИАРЕЕ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ» У БОЛЬНОГО С АЛЛЕРГИЕЙ К ФТОРХИНОЛОНАМ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
О	А	рифаксимин
О	Б	левомецетин
О	В	тетрациклин
О	Г	метронидазол
В	054	КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОДУАЛ СОДЕРЖИТ
О	А	фенотерол гидробромид и ипратропиум бромид
О	Б	беклометазон дипропионат и ипратропиум бромид
О	В	сальбутамол и аминофиллин
О	Г	формотерол и ипратропиум бромид
В	055	БОЛЬНОМУ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ
О	А	кларитромицин
О	Б	амоксциллин
О	В	цефазолин
О	Г	гентамицин
В	056	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТ
О	А	диета
О	Б	лекарственная терапия
О	В	фитотерапия
О	Г	иглорефлексотерапия
В	057	В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАР ОБА БРОНХОДИЛАТОРА ОБЛАДАЮТ ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ?
О	А	сальметерол и формотерол
О	Б	сальбутамол и эуфиллин
О	В	беродуал и теофиллин
О	Г	теотард и вентолин
В	058	К СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ОТНОСЯТ
О	А	физические упражнения и массаж
О	Б	занятия спортом в различных секциях
О	В	аэробическую гимнастику
О	Г	сеансы релаксации, голотропное дыхание
В	059	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ВРАЧ ДОЛЖЕН УКАЗАТЬ
О	А	специальные упражнения, решающие лечебные задачи
О	Б	время суток для выполнения упражнений
О	В	темп выполнения упражнений
О	Г	время отдыха после занятий

В	060	К ДЫХАТЕЛЬНЫМ УПРАЖНЕНИЯМ В ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	звуковые
О	Б	корректирующие
О	В	деторсионные
О	Г	изометрические
В	061	ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ПУЛЬМИКОРТ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	ингаляционных глюкокортикоидов
О	Б	бета-2 агонистов короткого действия
О	В	препаратов кромолинового ряда
О	Г	бета-2 агонистам длительного действия
В	062	ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОТЕК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	бета-2 агонистов короткого действия
О	Б	ингаляционных глюкокортикоидов
О	В	бета-2 агонистов длительного действия
О	Г	системных глюкокортикостероидов
В	063	КОМБИНИРОВАННЫМ ИНГАЛЯЦИОННЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПО ТРЕБОВАНИЮ) ПРИ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, НАЧИНАЯ С ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	формотерол/будесонид
О	Б	салметерол/флутиказона пропионат
О	В	оладатерол/тиотропий
О	Г	индакатерол/гликопирроний
В	064	К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МОЖНО ОТНЕСТИ
О	А	своевременную и адекватную терапию, вакцинацию против гриппа, прекращение контакта с аллергеном
О	Б	применение гомеопатических препаратов, гирудотерапию, иглорефлексотерапию
О	В	смену места жительства, ограничение физических нагрузок, исключение пассивного и активного курения
О	Г	отказ от проведения профилактических прививок, соблюдение гипоаллергенной диеты
В	065	К БАЗИСНОМУ (ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОМУ) СРЕДСТВУ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТ
О	А	беклометазон
О	Б	ипратропиума бромид
О	В	вентолин
О	Г	беротек

В	066	БОЛЬНАЯ, СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИНИМАЮЩАЯ ЕЖЕДНЕВНО БЕКЛОМЕТАЗОН И КАПОТЕН, А ТАКЖЕ САЛЬБУТАМОЛ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ, ЖАЛУЕТСЯ НА ПОЯВЛЕНИЕ СУХОГО КАШЛЯ, СВЯЗАННОГО ПО ЕЁ МНЕНИЮ СПРИЕМОМ
О	А	капотена
О	Б	недостаточной дозы беклометазона
О	В	сальбутамол
О	Г	бекламетазона и сальбутамол
В	067	ПРЕПАРАТОМ С ВОЗМОЖНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ВИДЕ ИНГАЛЯЦИЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сальбутамол
О	Б	формотерол
О	В	салметерол
О	Г	индакатерол
В	068	К МЕСТНЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
О	А	флютиказона пропионат
О	Б	недокромил натрия
О	В	беклометазон
О	Г	кромогликат натрия
В	069	БОЛЬНЫМ С АСПИРИНОВОЙ АСТМОЙ ИЗ-ЗА СОДЕРЖАНИЯ ТАРТРАЗИНА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ТАБЛЕТИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ _____ ЦВЕТА
О	А	желтого
О	Б	зеленого
О	В	белого
О	Г	голубого
В	070	К БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ АСТМЫ ОТНОСЯТСЯ _____ ПРЕПАРАТЫ
О	А	антилейкотриеновые
О	Б	антигистаминные
О	В	кромоглициевой кислоты
О	Г	муколитические
В	071	ПЕНИЦИЛЛИНЫ МОГУТ ИМЕТЬ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ РЕАКЦИИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ С _____
О	А	цефалоспорины
О	Б	препаратами йода
О	В	новокаином и лидокаином
О	Г	ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
В	072	ВОЗМОЖНОЙ СХЕМОЙ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЕ

		ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
О	А	2/3 дозы утром+1/3 дозы в обед
О	Б	равных доз в 2 приема (утром и вечером)
О	В	равных доз 3 раза в день
О	Г	всей дозы однократно во второй половине дня
В	073	СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ СТЕРОИДОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ВОЗМОЖНО НА 25-50%
О	А	при достаточном контроле симптомов астмы в течение 3 месяцев
О	Б	только при бронхиальной астме физического усилия и при ожирении
О	В	при бронхиальной астме, не сочетающейся с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью
О	Г	при условии увеличения дозы ингаляционных бронходилататоров
В	074	ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА В2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ЛЕГКИХ ДЕЙСТВУЕТ
О	А	фенотерол
О	Б	тиотропия бромид
О	В	гликопиррония бромид
О	Г	беклометазона дипропионат
В	075	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ β2-АГОНИСТОВ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	тахикардия, нарушения ритма
О	Б	гипокалиемия, бронхоспазм
О	В	гиперкалиемия, сонливость
О	Г	брадикардия, гипергликемия
В	076	ВВЕДЕНИЕ ЭПИНЕФРИНА ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНО ПРИ
О	А	сочетании с анафилаксией
О	Б	среднетяжелом и тяжелом обострении
О	В	непереносимости ацетилсалициловой кислоты
О	Г	сочетании с острой вирусной инфекцией
В	077	АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТОМ – БЛОКАТОРОМ H1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	дезлоратадин
О	Б	хлоропирамин
О	В	мебгидролин
О	Г	ципрогептадин
В	078	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТЛИЧИЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ОТ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	рефрактерность к ингаляционным β2-агонистам
О	Б	появление цианоза носогубного треугольника

О	В	резкое изменение гемодинамических показателей
О	Г	аускультация свистящих рассеянных хрипов
В	079	ВЕРНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	внутривенный
О	Б	пероральный
О	В	ингаляционный
О	Г	внутримышечный
В	080	К ТОПИЧЕСКИМ АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ
О	А	аллергодил
О	Б	фенистил
О	В	гидрокортизон
О	Г	акривастин
В	081	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	4 –5 лет
О	Б	4-6 лет
О	В	1 год
О	Г	7 лет
В	082	КОМПОНЕНТОМ ПО МЕНЕДЖМЕНТУ (УПРАВЛЕНИЮ) АСТМЫ, НЕ РЕКОМЕНДУЕМЫМИ МЕЖДУНАРОДНЫМ КОНСЕНСУСОМ И ГЛОБАЛЬНОЙ ИНИЦИАТИВОЙ ПО АСТМЕ (GINA), ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	участие больного в клинических научных исследованиях
О	Б	создание партнерских отношений между врачом, больным и другим персоналом, участвующим в лечении и наблюдении за пациентом
О	В	мониторинг симптомов с помощью исследования функции внешнего дыхания
О	Г	контроль за факторами окружающей среды (домашние аллергены, место работы, учебы и отдыха), проведения медикаментозного лечения, согласно схемам консенсуса
В	083	ДИАМЕТР ИНГАЛИРУЕМЫХЧАСТИЦ ДЛЯ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИХ В НИЖНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ДОЛЖЕН БЫТЬ _____ МИКРОН
О	А	2 – 5
О	Б	1 - 4
О	В	5 – 10
О	Г	10
В	084	СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА _____ СТАДИЮ ПАТОГЕНЕЗА
О	А	иммунологическую
О	Б	патохимическую
О	В	патофизиологическую стадию
О	Г	клиническую

В	085	ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ МЕТОДЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ЭКСТРАКТ АЛЛЕРГЕНА ВВОДИТСЯ
О	А	подкожно
О	Б	аппликационным методом
О	В	оральным путем
О	Г	ингаляционно
В	086	ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ МЕТОДЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ЭКСТРАКТ АЛЛЕРГЕНА ВВОДИТСЯ
О	А	круглогодично
О	Б	предсезонно
О	В	внутрисезонно
О	Г	независимо от сезонности заболевания
В	087	К МЕСТНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ _____ В МЕСТЕ ВВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА
О	А	волдырь и эритема
О	Б	везикулы и образование рубчика
О	В	изъязвление и гиперпигментация
О	Г	мокнущие и интенсивный зуд
В	088	СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
О	А	экстрактами аллергенов
О	Б	глюкокортикостероидами
О	В	противовоспалительными препаратами
О	Г	антигистаминными препаратами
В	089	ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМАЫ, ВЫЗВАННОЙ ФИЗИЧЕСКИМ УСИЛИЕМ, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДОТВРАЩЕНО С ПОМОЩЬЮ ПРОФЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
О	А	ингаляционных кортикостероидов
О	Б	производных ксантина
О	В	ингаляционных бета-стимуляторов
О	Г	препаратов кромоглициевой кислоты
В	090	МОЖНО ПРЕДПОЛАГАТЬ, ЧТО ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ НАСТУПИТ УЛУЧШЕНИЕ У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЕЙ К
О	А	пыльце
О	Б	плесени
О	В	пыли
О	Г	перхоти животных
В	091	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГЕТЕРОЛОГИЧНЫХ (ЛОШАДИНЫХ) СЫВОРОТОК ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ К
О	А	перхоти лошади

О	Б	различным видам рыбы
О	В	группе пенициллинов
О	Г	растительным аллергенам
В	092	БОЛЬНЫЕ С АЛЛЕРГИЕЙ К АНАЛЬГИНУ НЕ ПЕРЕНОСЯТ ТАКЖЕ
О	А	теофедрин
О	Б	теофиллин
О	В	сальбутамол
О	Г	беротек
В	093	БОЛЬНЫМ С ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ АЛЛЕГИЕЙ НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ
О	А	противостолбнячную сыворотку
О	Б	столбнячный анатоксин
О	В	антирабический иммуноглобулин
О	Г	антирабическую вакцину
В	094	ПРИ СЕЗОННОМ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ
О	А	препараты фенотиазинового ряда
О	Б	сульфаниламидные препараты
О	В	бета- адреностимуляторы адренергических рецепторов
О	Г	бета-блокаторы адренергических рецепторов
В	095	ПРИ ПОЛЛИНОЗЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ КРЕМА С
О	А	календулой, дегтем
О	Б	феноксэтанолом
О	В	ланолином
О	Г	папаверином
В	096	У БОЛЬНОГО С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПОЛЛИПОЗОМ НОСА С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРИЕМ
О	А	ацетисалициловой кислоты
О	Б	сульфопрепаратов
О	В	препаратов тетрациклинового ряда
О	Г	противогрибковых препаратов
В	097	СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ
О	А	кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов
О	Б	слизистых оболочек желудочно -кишечного тракта
О	В	глазных яблок, роговицы, респираторного тракта
О	Г	волосистой части головы, зубов, костей, ногтей, наружных половых органов
В	098	ВИДОМ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗВИТИИ СЫВОРОТОЧНОЙ

		БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	иммунокомплексный
О	Б	цитотоксический
О	В	реагиновый
О	Г	клеточный
В	099	ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ВОЗМОЖНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КРОВЕТВОРНОЙ СИСТЕМЫ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ СО СТОРОНЫ
О	А	эритроцитарного, мегакариотического, лимфоцитарного ростков
О	Б	ретикулоэндотелиальной системы
О	В	свертывающей системы крови
О	Г	системы комплемента
В	100	ПРИ АЛЛЕРГИИ НА АСПИРИН НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВА
О	А	цитрамон, анальгин, баралгин, индометацин
О	Б	аскорбиновую кислоту, пенициллин, индапамид
О	В	аскорбиновую кислоту, парацетамол, глюкозаминилмурамилпептид
О	Г	метамизол натрия, азоксимера бромид, ибупрофен
В	101	ПРИ АЛЛЕРГИИ К СУЛЬФАНИАМИДАМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ПЕРЕКРЕСТНОЙ РЕАКЦИИ НА
О	А	новокаин, анестезин, альмагель А, гипотиазид, фуросемид, церукал
О	Б	аскорбиновую кислоту, парацетамол, глюкозаминилмурамилпептид
О	В	цитрамон, анальгин, баралгин, индометацин, ибупрофен
О	Г	метамизол натрия, азоксимера бромид, ибупрофен, индапамид
В	102	У БОЛЬНОГО С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ АСПИРИНА И ПИЩЕВОГО КРАСИТЕЛЯ ТАРТРАЗИНА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ
О	А	жевательной резинки, буженины, фанты, карамели
О	Б	рыбы, яблок, моркови, петрушки, патиссонов
О	В	арбуза, дыни, кабачков, кукурузы, подсолнечного масла
О	Г	халвы, чечевицы, риса, пшеницы, ржаного хлеба, апельсинов
В	103	ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ ДИЕТУ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРОДУКТОВ
О	А	содержащих консерванты, природные салицилаты, пищевые красители
О	Б	окрашенных непищевыми красителями, продуктов с большим содержанием сывороточных альбуминов
О	В	с большим содержанием углеводов и белков суперсемейства PR-10
О	Г	содержащих неспецифические липид-переносящие белки
В	104	ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ ПОЛНУЮ ОТМЕНУ
О	А	аспирина и препаратов его содержащих
О	Б	сульфопрепаратов и антибиотиков

О	В	ингаляционных и системных глюкокортикостероидов
О	Г	противозачаточных гормональных препаратов
В	105	У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ ВОЗМОЖНА АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ
О	А	на 5 - 6 сутки применения препарата
О	Б	на первое введение препарата
О	В	в первые сутки лечения
О	Г	на вторые сутки лечения
В	106	ИНДИКАТОРОМ ДЛЯ АЛЛЕРГОВАКЦИНАЦИИ ПРИ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ БЕРЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КОМПОНЕНТОВ АЛЛЕРГЕНОВ
О	А	Bet v1
О	Б	Bet v 2
О	В	Bet v 4
О	Г	Bet v 6
В	107	В УСЛОВИЯХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПО ТЕМПУ ВВЕДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ _____ МЕТОД СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ
О	А	стандартный
О	Б	ускоренный
О	В	молниеносный
О	Г	замедленный
В	108	ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ПОРАЖАЮТСЯ
О	А	одновременно несколько органов и систем
О	Б	органы респираторной системы и кроветворения
О	В	кожные покровы и дыхательная система
О	Г	кожные покровы и слизистые оболочки
В	109	ДЛЯ ПОЛЛИНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕГИИ И АЛЛЕРГИИ К
О	А	лекарствам растительного происхождения
О	Б	аспирину и пиразолоновым производным
О	В	сульфаниламидным препаратам
О	Г	препаратам фенотиазинового ряда
В	110	ФИКСИРОВАННЫЕ ДЕРМАТИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
О	А	сульфанилоамидов
О	Б	пенициллина
О	В	ацетилсалициловой кислоты
О	Г	витаминов группы В
В	111	ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

О	А	рентгенконтрастных веществ
О	Б	ацетилсалициловой кислоты и препаратов, её содержащих
О	В	антибиотиков пенициллинового ряда
О	Г	витаминов группы В, аскорбиновой кислоты
В	112	АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ
О	А	непосредственном контакте веществ с кожей
О	Б	приеме медикаментозных препаратов внутрь
О	В	внутривенном введении медикаментозных средств
О	Г	любом применении лекарственных препаратов
В	113	ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА НА ПЫЛЬЦУ РАСТЕНИЙ И СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ МОЖЕТ
О	А	уменьшить симптомы аллергии, улучшить качество жизни пациентов, оптимизировать результат специфической иммунотерапии
О	Б	ухудшить качество жизни пациентов, увеличить симптомы аллергии, спрогнозировать результаты специфической иммунотерапии
О	В	выявить кросс-реактивность аллергенов различной природы и улучшить результаты гипоаллергенной диеты
О	Г	предсказать развитие местных и системных аллергических реакций при проведении специфической иммунотерапии
В	114	К МЕСТНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГИИ
О	А	зуд/отек ротовой полости, языка или губ; першение в горле, тошнота, боли в животе, рвота, диарея, изжога или отек язычка
О	Б	экспираторная одышка, сухие рассеянные хрипы в легких, разлитая боль в животе
О	В	отек в области глаз, ушей, шеи, осиплость голоса, сухой приступообразный кашель
О	Г	сыпь везикуло – папулезная в области губ, ушей, щек, глаз, шеи, приступообразные боли в животе, рвота желчью
В	115	К МЕСТНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ 2 (УМЕРЕННОЙ) СТЕПЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ (СЛИТ) ОТНОСЯТСЯ СИМПТОМЫ
О	А	причиняющие беспокойство, требующие симптоматического лечения, но не требующие прекращения СЛИТ
О	Б	не беспокоящие пациента, не требующие симптоматического лечения и прекращения СЛИТ
О	В	не беспокоящие, но требующие симптоматического лечения и не требующие прекращения СЛИТ
О	Г	причиняющие беспокойство, но не требующие симптоматического лечения и прекращения СЛИТ
В	116	ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПО

		ДАНЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	орофарингеальные инфекции, гингивиты, периодонтиты, язвы и раны в полости рта, хирургические манипуляции в полости рта
О	Б	наличие атопического дерматита, сопутствующей пищевой аллергии, глистной инвазии
О	В	наличие сопутствующей бронхиальной астмы инфекционно – аллергической, аллергического ринита
О	Г	вазомоторный ринит, ношение шин, исправляющих прикус, применение фторсодержащих зубных паст
В	117	ИММУННЫЕ СЫВОРОТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ПРЕПАРАТЫ
О	А	из крови животных и человека (доноров), предназначенные для лечения и профилактики инфекционных заболеваний
О	Б	содержащие смесь антител, которые получают путем осаждения из сыворотки крови, что освобождает их от балластных компонентов
О	В	иммуноглобулинов, полученных сорбцией антител на антигенных сорбентах и свободных от балластных веществ
О	Г	на 100% состоящие из специфических антител и обладающие высокой специфичностью действия
В	118	ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ
О	А	лекарственные средства, обладающие иммуностропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту)
О	Б	средства и воздействия, обладающие иммуностропностью, которые нормализуют конкретное нарушенное то или иное звено иммунной системы (компоненты или субкомпоненты Т-клеточного иммунитета, В-клеточного иммунитета, фагоцитоза, комплемента)
О	В	средства, подавляющие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммуностропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)
О	Г	средства, стимулирующие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммуностропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)
В	119	ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА ЭТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
О	А	осложнены какими-либо проявлениями вторичной иммунологической недостаточности
О	Б	не осложнены какими-либо проявлениями вторичной иммунологической недостаточности
О	В	не осложнены какими-либо оппортунистическими инфекциями и паразитами
О	Г	не осложнены какими-либо респираторными и желудочно -кишечными инфекциями
В	120	ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ ВСЕМ

		ПАЦИНТАМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ
О	А	до и после
О	Б	только до
О	В	только после
О	Г	во время проведения
В	121	РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАШЕЛЬ, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ, МОЖНО УМЕНЬШИТЬ ПУТЕМ
О	А	использования небулайзера, спейсера, предварительного приема бета-2 агонистов
О	Б	предварительного приема системных глюкокортикостероидов
О	В	уменьшения дозы ингаляционных кортикостероидов и бета-2 агонистов
О	Г	применения антагонистов лейкотриеновых рецепторов или антигистаминных препаратов перед ингаляцией кортикостероида
В	122	М-ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
О	А	беродуал
О	Б	беротек
О	В	сальбутамол
О	Г	пульмикорт
В	123	К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ИНГАЛЯТОРОВ СУХОГО ПОРОШКА НЕ ОТНОСИТСЯ
О	А	возможность сопряжения со спейсером
О	Б	отсутствие фреона
О	В	простота в употреблении по сравнению с дозированным аэрозолем
О	Г	экономичность
В	124	ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ β -2 АГОНИСТЫ НЕ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ
О	А	пожилом возрасте больных
О	Б	астме физического усилия
О	В	для профилактики ночных симптомов астмы
О	Г	тяжелом течении астмы
В	125	ВОЗМОЖНЫМИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ СОБЫТИЯМИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКИХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ, ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	остеопороз, повышение риск развития глаукомы
О	Б	повышение артериального давления
О	В	сахарный и несахарный диабет
О	Г	развитие эмфиземы легких, гипертонической болезни
В	126	ДЕЙСТВИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЛЛИНОЗОВ НАПРАВЛЕНО НА
О	А	период сенсибилизации
О	Б	патохимическую стадию патогенеза
О	В	все стадии патогенеза одновременно

О	Г	патофизиологическую стадию патогенеза
В	127	АЛЛЕРГОИДАМИ НАЗЫВАЮТСЯ
О	А	созданные с помощью химической модификации аллергенные белки
О	Б	созданные с помощью физической модификации аллергенные белки
О	В	обычные белки различных немодифицированных аллергенов
О	Г	расщепленные белки различных немодифицированных аллергенов
В	128	ПЕРЕКРЕСТНАЯ РЕАКЦИЯ НА КАРТОФЕЛЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ПРИМЕНЕНИЕ
О	А	баклажанов, томатов, зеленого и красного перцев
О	Б	орехов, пшеницы, кукурузы, чечевицы, проса, семечек
О	В	шпината, петрушки, укропа, капусты, кабачков
О	Г	сои, персика, вишни, фундука, арахиса, ананаса, киви
В	129	ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА В СЛУЧАЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОРНОГО КРУГЛОГОДИЧНОГО РИНИТА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	интраназальные глюкокортикостероиды
О	Б	местные β_2 -адреномиметики и сосудосуживающие средства
О	В	системные антигистаминные препараты
О	Г	препараты кромоглициевой кислоты
В	130	АЛЛЕРГОИДЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ВОДНО – СОЛЕВЫМИ ЭКСТРАКТАМИ АЛЛЕРГЕНОВ ИМЕЮТ
О	А	сниженную аллергенную активность при сохранной иммуногенности
О	Б	сниженную аллергенную активность при сниженной иммуногенности
О	В	повышенную аллергенную активность при сохранной иммуногенности
О	Г	сниженную аллергенную активность при повышенной иммуногенности
В	131	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА С
О	А	видом аллергенов
О	Б	генетическими факторами
О	В	сопутствующими заболеваниями
О	Г	возрастом пациентов
В	132	КАК РАСЦЕНИВАЕТСЯ ЭФФЕКТ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ ПОЛЛИНОЗА ОСТАЛИСЬ, НО СТАЛИ РЕЖЕ И ЛЕГЧЕ, УМЕНЬШИЛОСЬ КОЛИЧЕСТВО НЕОБХОДИМЫХ ЛЕКАРТВ УМЕНЬШИЛОСЬ, ЧИСЛО ДНЕЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ?
О	А	хороший
О	Б	удовлетворительный
О	В	неудовлетворительный
О	Г	отличный
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
В	001	ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ
О	А	бюро медико-социальной экспертизы
О	Б	отделениями медицинской профилактики
О	В	санаторно-курортными учреждениями
О	Г	отделениями реабилитации
В	002	СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	2 месяца
О	Б	1 месяц
О	В	10 дней
О	Г	6 месяцев
В	003	ДИСПАНСЕРНОМУ ПАЦИЕНТУ ПЕРЕД НАПРАВЛЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО
О	А	пройти обследование
О	Б	пролечиться в отделении реабилитации
О	В	пролечиться в дневном стационаре
О	Г	проконсультироваться в центре здоровья
В	004	ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ
О	А	осложнений и рецидивов заболеваний
О	Б	детских инфекций
О	В	хирургической патологии
О	Г	хронических заболеваний
В	005	СТРАТЕГИЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
О	А	предупреждении прогрессирования хронических неинфекционных заболеваний как за счет коррекции факторов риска, так и за счет своевременного проведения лечения и мер реабилитации
О	Б	своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем факторов риска и проведение мероприятий по их коррекции
О	В	формировании здорового образа жизни на уровне всего населения и обеспечение для этого соответствующих условий
О	Г	разделении населения на группы в зависимости от возраста и хронических заболеваний
В	006	ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕБЁНКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, ВКЛЮЧАЮТ
О	А	спелеотерапию, дыхательную гимнастику, небулайзерную терапию
О	Б	амплипульс, иглорефлексотерапию, пилатес
О	В	амплипульс, ультразвуковое воздействие на область миндалин
О	Г	амплипульс, хатха-йога, электрофорез сульфата магния

В	007	ПРИ ОФОРМЛЕНИИ В САНАТОРИЙ РЕБЕНКА ИСКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	справка о материальном обеспечении
О	Б	выписка из истории развития ребенка
О	В	справка об отсутствии педикулёза и контакта с инфекционными больными
О	Г	сведения о профилактических прививках
В	008	ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	лечебную физкультуру
О	Б	занятия в основной группе по физической культуре
О	В	постановку кожных аллергических проб
О	Г	плавание в бассейне
В	009	ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
О	А	занятия в группе лечебной физкультуры и дыхательную гимнастику
О	Б	занятия в основной группе через 3 месяца после приступа удушья
О	В	освобождение от физической нагрузки на 3 месяца после одышки
О	Г	занятия в подготовительной группе через 1 месяц после приступа
В	010	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	климатотерапия
О	Б	дарсонвализация
О	В	аэрофитотерапия
О	Г	электросонотерапия
В	011	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ДЕТАМ
О	А	с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в межприступный период заболевания
О	Б	с легким и среднетяжелым течением бронхиальной астмы в любой период заболевания
О	В	с тяжелым течением бронхиальной астмы в любой период заболевания
О	Г	всем, страдающим бронхиальной астмой в любой период заболевания
В	012	ОСНОВУ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА
О	А	устранение контакта со значимыми аллергенами
О	Б	исключение воздействия табачного дыма как в пренатальном, так и в постнатальном периодах
О	В	предотвращение развития аллергической сенсибилизации
О	Г	укрепление врожденного и специфического иммунитета
В	013	ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на

		восстановление нарушенных функций иммунной системы
О	Б	терапия, направленная на удаление антител или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло- или аутоантигены
О	В	терапия, направленная на активацию врожденного и специфического иммунитета
О	Г	терапия, направленная на подавление врожденного и специфического иммунитета
Ф	А/04.8	Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с аллергическими заболеваниями и/или болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами
В	001	ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ДАТА
О	А	регистрации документов в бюро
О	Б	непосредственного освидетельствования
О	В	следующего дня после регистрации документов в бюро
О	Г	открытия последнего больничного листа
В	002	НА ФЕДЕРАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ
О	А	разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов
О	Б	краткое профилактическое консультирование пациентов
О	В	участие в оформлении паспорта здоровья пациентов
О	Г	привлечение населения участка к прохождению диспансеризации
В	003	РЕКОМЕНДАЦИИ О ВРЕМЕННОМ ПЕРЕВОДЕ РАБОТНИКА ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НА ДРУГУЮ РАБОТУ ДАЕТ
О	А	врачебная комиссия лечебного учреждения
О	Б	председатель бюро медико-социальной экспертизы
О	В	заместитель главного врач по экспертизе временной нетрудоспособности
О	Г	лечащий врач пациента в лечебно – профилактическом учреждении
В	004	ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	неблагоприятный трудовой прогноз
О	Б	допущенные дефекты в лечении
О	В	ходатайство предприятия, на котором работает больной
О	Г	возраст пациента и сопутствующие заболевания
В	005	ПРАВО НАПРАВЛЕНИЯ В БЮРО МЕДИКО -СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ИМЕЕТ _____ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
О	А	врачебная комиссия
О	Б	непосредственно лечащий врач
О	В	главный врач или его заместитель
О	Г	заведующий отделением

В	006	ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, РЕГЛАМЕНТИРУЕТ ПРИКАЗ
О	А	Минздравсоцразвития РФ № 543н от 15.05.12
О	Б	Минздравсоцразвития РФ № 110 от 12.02.07
О	В	Минздравсоцразвития РФ № 84 от 16.08.04
О	Г	МЗ РФ № 1011н от 06.12.12
В	007	ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ КОМИССИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫНЕСЕНО ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ КАТЕГОРИЯМ
О	А	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
О	Б	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
О	В	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
О	Г	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
В	008	ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИЗНАКАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОВОДИТСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ
О	А	стационарного обследования
О	Б	амбулаторного обследования
О	В	изучения амбулаторной карты
О	Г	исследования функции внешнего дыхания
В	009	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ
О	А	государственного единовременного пособия
О	Б	ежемесячных денежных компенсаций
О	В	пособий по временной трудоспособности
О	Г	пожизненного государственного пособия
В	010	РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ НАПРАВЛЯЕТ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВРАЧ-ПЕДИАТР, ПУЛЬМОНОЛОГ, АЛЛЕРГОЛОГ)
О	А	при наличии у него данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное бронхиальной астмой
О	Б	при наличии у него данных о временном нарушении функций организма, связанных с бронхиальной астмой любой степени тяжести

О	В	при наличии у него нарушений функций организма, обусловленных тяжелой персистирующей бронхиальной астмы
О	Г	при отсутствии развития стойких нарушений функций организма у детей, связанных с бронхиальной астмой
В	011	ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНА РАБОТА
О	А	связанная с неблагоприятными метеофакторами
О	Б	предполагающая незначительные физические нагрузки
О	В	предполагающая длительные поездки в общественном транспорте
О	Г	в образовательных учреждениях различного уровня
В	012	НЕОБХОДИМЫМИ ДАННЫМИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пикфлоуметрия
О	Б	рентгенограмма кисти
О	В	ультразвуковое исследование брюшной полости
О	Г	бактериологический посев из зева
Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно – гигиеническому просвещению населения
В	001	ВАКЦИНАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОБОСТРЕНИЯ
О	А	в полном объеме
О	Б	только после консультации аллерголога
О	В	через 3 месяца
О	Г	через 6 месяцев
В	002	КАКОВА ВЕРОЯТНОСТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ГЕПАТИТОМ В В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
О	А	80%
О	Б	50%
О	В	25%
О	Г	5%
В	003	ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ СОСТОИТ В
О	А	профилактике вакцинассоциированного полиомиелита
О	Б	снижении отказов от вакцинации против полиомиелита
О	В	уменьшении циркуляции вакцинных вирусов
О	Г	неспецифической профилактике энтеровирусной инфекции
В	004	МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ВВЕДЕНИЕМ ИММУНОГЛОБУЛИНА И ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ РОТАТЕК СОСТАВЛЯЕТ _____ ДНЕЙ

О	А	42
О	Б	30
О	В	1
О	Г	90
В	005	КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ НА ВВЕДЕНИЕ ЖИВОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ?
О	А	вакцинассоциированный полиомиелит
О	Б	острая кишечная инфекция
О	В	острое респираторное заболевание
О	Г	судорожный синдром
В	006	КАКАЯ ИЗ СХЕМ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ НАИЛУЧШУЮ ЗАЩИТУ ПРОТИВ ИНВАЗИВНЫХ ПНЕВМОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ (МЕНИНГИТА, СЕПСИСА, ПНЕВМОНИИ), ОТИТА И НОСИТЕЛЬСТВА?
О	А	две вакцины с интервалом не менее 1 месяца в 1 полугодии жизни и ревакцинация в возрасте 12 – 15 месяцев
О	Б	две вакцинации во 2 полугодии жизни и ревакцинация в возрасте до 24 месяцев
О	В	вакцинация в возрасте старше 1 года двукратно с интервалом 2 месяца
О	Г	вакцинация в возрасте старше 2-х лет однократно
В	007	МОЖНО ЛИ СОЧЕТАТЬ ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ С ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ГРИППА?
О	А	можно в любой последовательности
О	Б	нельзя сочетать
О	В	вакцина вводится через 3 месяца после введения иммуноглобулина
О	Г	Иммуноглобулин можно вводить через 7 дней после вакцинации
В	008	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ ЗАЩИТНЫЕ АНТИТЕЛА, КОТОРЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	anti-HBs total
О	Б	anti-HBc IgG
О	В	anti-HBc IgM
О	Г	anti-Hbe IgG
В	009	ЗАЩИТНЫМ ТИТРОМ АНТИТЕЛ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ИММУНИТЕТ К ВИРУСУ ГЕПАТИТА В, СЧИТАЕТСЯ _____ Мме/мл
О	А	10
О	Б	5
О	В	50
О	Г	100
В	010	ВАКЦИНА ПРОТИВ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ РОТАТЕК ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пятивалентной
О	Б	четыревалентной

О	В	трехвалентной
О	Г	двухвалентной
В	011	МЕХАНИЗМОМ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ВВЕДЕНИИ РЕКОМБИНАНТНЫХ ВАКЦИН ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	выработка антител
О	Б	цитотоксический иммунный ответ
О	В	цитотоксический иммунный ответ и выработка аутоантител
О	Г	активация системы фагоцитоза
В	012	НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ПРИВИВКИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	30 минут
О	Б	20 минут
О	В	1 часа
О	Г	4 часов
В	013	ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ?
О	А	есть, так как существует много серотипов пневмококка
О	Б	нет необходимости, так как между пневмококками существуют перекрестные реакции
О	В	нет, так как данная ситуация является противопоказанием
О	Г	есть, но вакцинация может быть проведена только по эпидпоказаниям
В	014	ВАКЦИНА ПРОТИВ ГРИППА НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ С
О	А	выраженной аллергией на куриные яйца
О	Б	бронхиальной астмой любой степени тяжести
О	В	атопическим дерматитом с выраженной распространенностью процесса
О	Г	сывороточной болезнью в анамнезе
В	015	ПАЦИЕНТУ С БОЛЕЗНЬЮ ВЕРЛЬГОФА, ПЛАНИРУЮЩЕМУ ПОЕЗДКУ В ЭНДЕМИЧНУЮ ПО ГЕПАТИТУ В ОБЛАСТЬ, ВАКЦИНА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ВВОДИТСЯ
О	А	подкожно
О	Б	внутрикожно
О	В	внутримышечно в область дельтовидной мышцы
О	Г	внутримышечно, в переднебоковую часть бедра
В	016	СИЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ПРИВИВКУ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ПОДЪЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ВЫШЕ
О	А	40С
О	Б	38,0С
О	В	38,5
О	Г	40,5С
В	017	ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ГРИППА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

		ДЕТЯМ СТАРШЕ
О	А	6 месяцев
О	Б	1 месяца
О	В	7 лет
О	Г	14 лет
В	018	МОЖНО ЛИ ВВОДИТЬ СЛЕГКА ПРОСРОЧЕННУЮ КОРЕВУЮ ИЛИ КРАСНУШНУЮ ВАКЦИНУ, УВЕЛИЧИВ ДОЗУ?
О	А	нельзя
О	Б	можно, увеличив в 2 раза
О	В	можно по согласованию с Роспотребнадзором
О	Г	можно ввести только вакцину против краснухи
В	019	К ЖИВЫМ ОСЛАБЛЕННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ
О	А	БЦЖ, туляремиальная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, краснушная, чумная
О	Б	гриппозная, столбнячная, брюшнотифозная, холерная, синегнойная, стафилококковая
О	В	коклюшно-дифтерийно-столбнячная, дизентерийная, синегнойная, стрептококковая
О	Г	гриппозная, против папилломавируса, герпетическая, гонорейная, рибосомальная
В	020	НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА
О	А	в первые часы жизни
О	Б	при выписке из родильного дома
О	В	на 2-3 сутки жизни
О	Г	в возрасте 1 месяца жизни
В	021	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К КОКЛЮШУ ПОСЛЕ ЗАКОНЧЕННОЙ СХЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	5-5,5 лет
О	Б	3-4 года
О	В	10-15 лет
О	Г	более 15 лет
В	022	РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ, ПОПАВШЕМУ В АВТОКАТАСТРОФУ 2 МЕСЯЦА НАЗАД, КОТОРОМУ УДАЛИЛИ СЕЛЕЗЕНКУ, ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДУЕТ
О	А	провести последующей ревакцинацией через 5 лет
О	Б	отсрочить на полгода с ревакцинацией через 5 лет
О	В	отсрочить на полгода, но ревакцинацию не проводить
О	Г	отсрочить на полгода, после чего провести вакцинацию с ревакцинацией
В	023	ПРИ НАЛИЧИИ ДОКАЗАННОЙ АЛЛЕРГИИ НА ПЕКАРСКИЕ ДРОЖЖИ КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАКЦИН НЕЛЬЗЯ

		ПРИМЕНЯТЬ?
О	А	против папилломавирусной инфекции, гепатита В
О	Б	против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита
О	В	против ротавирусной инфекции, полиомиелита, дизентерии
О	Г	против кори, краснухи, паротита, туберкулеза, гемофильной инфекции типа b
В	024	РЕВАКЦИНАЦИЮ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ
О	А	иммунодефицита или подозрения на иммунодефицит
О	Б	расстройства центральной нервной системы на предыдущую дозу оральной полиомиелитной вакцины
О	В	документированной аллергии на стрептомицин
О	Г	хронического заболевания желудочно – кишечного тракта
В	025	КАКИЕ СОСТОЯНИЯ МОГУТ ОБУСЛОВИТЬ ВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ?
О	А	декомпенсированная гидроцефалия
О	Б	фебрильные и афебрильные судороги
О	В	задержка психомоторного развития
О	Г	детский церебральный паралич
В	026	ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ТЯЖЕЛОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, НУЖНО ЛИ «ГОТОВИТЬ» К ПРИВИВКЕ?
О	А	нет, специальной подготовки не требуется
О	Б	да, противовоспалительные препараты в день вакцинации и 3 дня после
О	В	да, противосудорожные препараты в течение недели перед прививкой
О	Г	да, антигистаминные препараты непосредственно перед прививкой
В	027	КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ФАКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ УБЕДИТЕЛЬНЫМ АРГУМЕНТОМ ПРОТИВ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВОК ПРОТИВ КОРИ, КРАСНУХИ, ПАРОТИТА?
О	А	у ребенка отмечалась анафилактическая реакция на неомицин
О	Б	после проведения первой прививки КПК у ребенка развилась острая идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
О	В	у ребенка отмечалась анафилактическая реакция на употребление куриных яиц
О	Г	у ребенка при обследовании выявлены специфические IgE к белку куриного яйца
В	028	КАК ПРОВОДИТЬ РЕВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ КРАСНУХИ ПАЦИЕНТА, У КОТОРОГО В АНАМНЕЗЕ ОТМЕЧАЛОСЬ РАЗВИТИЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ?
О	А	данная ситуация требует индивидуальной оценки тяжести имевшего место эпизода и риска инфекции
О	Б	вакцинация проводится без индивидуальной оценки тяжести имевшего место эпизода и риска инфекции

О	В	тромбоцитопеническая пурпура является противопоказанием для вакцинации и ревакцинации против краснухи
О	Г	ревакцинация может быть проведена только по контакту с больным краснухой
В	029	КАКОВА ТАКТИКА ВАКЦИНАЦИИ ВРАЧА – ПЕДИАТРА РЕБЕНКА, НЕ ПРИВИТОГО В РОДДОМЕ ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ У НЕГО СЕПСИСА, ПОСЛЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ?
О	А	рекомендуется делать Манту и при отрицательной реакции ввести вакцину БЦЖ-М и далее по календарю
О	Б	зарегистрировать медотвод в амбулаторной карте и рекомендовать плановое вакцинирование в соответствии с календарем прививок.
О	В	основываясь на отсутствие жалоб и удовлетворительный объективный осмотр, рекомендовано привить БЦЖ по истечении 3 месяцев.
О	Г	педиатр даёт направление на рентген и профилактический осмотр фтизиатра.
В	030	КАКОВА ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ РЕБЕНКУ 3 – X МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА, ЕСЛИ ИЗВЕСТНО, ЧТО В АНАМНЕЗЕ БЫЛ ОДНОКРАТНО ПРИСТУП АФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ В ВОЗРАСТЕ 2 МЕСЯЦЕВ
О	А	вакцинация АКДС противопоказана
О	Б	прививку отложить до исключения прогрессирующих неврологических судорог.
О	В	вакцинация должна быть проведена после исследования иммунного статуса и получения нормальных данных иммунограммы.
О	Г	вакцинация без отсрочки под прикрытием противосудорожных средств.
В	031	ВАКЦИНОЙ, НЕ ИМЕЮЩЕЙ АБСОЛЮТНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ СВОЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	АДС-М
О	Б	против гепатита В
О	В	инактивированная вакцина против полиомиелита
О	Г	против ротавирусной инфекции
В	032	ВАКЦИНАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВ ГРИППА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ
О	А	инактивированными гриппозными вакцинами на любом сроке беременности
О	Б	инактивированными и живыми вакцинами, изготовленными из аттенуированных рекомбинантных штаммов вируса гриппа типа А
О	В	живыми вакцинами, изготовленными из аттенуированных рекомбинантных штаммов вируса гриппа типа В
О	Г	инактивированными вакцинами только во второй половине беременности
МЕ	033	ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРОТИВОПОКАЗАНА АТТЕНУИРОВАННАЯ ВАКЦИНА ПРОТИВ
О	А	туберкулеза

О	Б	кори
О	В	паротита
О	Г	полиомиелита
В	034	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВАКЦИНАЦИИ ИНАКТИВИРОВАННЫМИ ВАКЦИНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ CD4+ ЛИМФОЦИТОВ МЕНЕЕ _____ КЛЕТОК В 1 МЛ
О	А	200
О	Б	500
О	В	1000
О	Г	100
В	035	ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ ПОКАЗАНА
О	А	независимо от стадии заболевания
О	Б	в стадии пре-СПИДа
О	В	в стадии вторичных инфекций
О	Г	только по контакту с носителями HBsAg
В	036	ОСЛОЖНЕНИЕ НА БЦЖ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ НА 10 СУТКИ В ВИДЕ ПЛОТНОГО ПОДКОЖНОГО ОТЕКА С ДАЛЬНЕЙШИМ РАЗМЯГЧЕНИЕМ И ОБРАЗОВАНИЕМ СВИЩА С ГНОЕМ И УВЕЛИЧЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
О	А	регионарным лимфаденитом
О	Б	генерализацией инфекцией
О	В	туберкулезом
О	Г	токсико-аллергической реакцией
В	037	МОЖНО ЛИ ПРИВИВАТЬ ПРОТИВ ГРИППА ПАЦИЕНТОВ С АНГИООТЕКОМ НАКУРИНЫЕ ЯЙЦА В АНАМНЕЗЕ?
О	А	нельзя, так как ангиоотек на белок куриного яйца в анамнезе является противопоказанием
О	Б	можно, так как ангиоотек в анамнезе на яйца не является противопоказанием
О	В	можно прививать не ранее чем через 3 мес после ангиоотека, развившегося при употреблении яиц
О	Г	можно прививать не ранее чем через 6 мес после ангиоотека, развившегося при употреблении любых яиц
В	038	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТ
О	А	вне зависимости от наличия случаев инфекционных болезней
О	Б	при единичных случаях инфекционных заболеваний
О	В	при множественных случаях инфекционных заболеваний
О	Г	в зависимости от эпидемической ситуации в регионе
В	039	АКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВРЕДНЫХ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ

		ТРУДА, ОТНОСИТСЯ К _____ ДИСПАНСЕРНЫМ ОСМОТРАМ
О	А	периодическим
О	Б	целевым
О	В	профилактическим
О	Г	предварительным
В	040	СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ (ФОРМА №070/У-04) ДЕЙСТВИТЕЛЬНА В ТЕЧЕНИЕ _____ МЕСЯЦЕВ
О	А	6
О	Б	12
О	В	1
О	Г	3
В	041	К МЕТОДАМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
О	А	изготовление санитарных бюллетеней по профилактике инфекционных болезней
О	Б	беседы только с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями
О	В	беседы только с пожилыми лицами с любыми хроническими заболеваниями
О	Г	беседы только на телевидении или радио
В	042	УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	контрольная карта диспансерного наблюдения
О	Б	статистический талон амбулаторного пациента
О	В	амбулаторная карта пациента
О	Г	карта ежегодной диспансеризации тпациента
В	043	МЕДРАБОТНИКАМ НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ
О	А	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
О	Б	любых манипуляциях с повреждением кожи у медицинского работника, если у него титр анти- HBs антител не превышает 100 МЕ/мл
О	В	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
О	Г	уходе за любым больными вирусным гепатитом В, даже в отсутствие повреждения кожных покровов, если медработник ранее не был вакцинирован
В	044	КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ ОСМОТРОВ ПУЛЬМОНОЛОГА (АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА) В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО

		НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЧАСТИЧНО КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	4
О	Б	3
О	В	2
О	Г	1
В	045	ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕЙ И ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЧАСТОТА ОСМОТРОВ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В _____ МЕСЯЦ (МЕСЯЦА)
О	А	3
О	Б	1
О	В	2
О	Г	6
В	046	УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР ОСМАТРИВАЕТ ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 1 РАЗ В ____ МЕС
О	А	3
О	Б	6
О	В	12
О	Г	24
В	047	ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В СЕМЬЕ С ВЫСОКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ РИСКОМ ПРИ ОТКАЗЕ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ
О	А	при наличии медицинских показаний и при желании семьи вне зависимости от отношения к прерыванию беременности
О	Б	как можно раньше, чтобы оказать больному ребенку возможную медицинскую помощь
О	В	в третьем триместре беременности в зависимости от отношения к прерыванию беременности
О	Г	только при оплате процедуры на любом сроке беременности вне зависимости от отношения к прерыванию беременности
В	048	МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ И КОНСУЛЬТАЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ
О	А	прогноза потомства
О	Б	обследования группы риска по данному заболеванию
О	В	лечения данного заболевания у пациентов с наследственными заболеваниями
О	Г	изучения эпидемиологии данного заболевания
В	049	К МОДИФИЦИРУЕМЫМ (УПРАВЛЯЕМЫМ) ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ
О	А	вредные для здоровья факторы поведенческого характера
О	Б	гендерную принадлежность
О	В	возрастные характеристики

О	Г	наследственность
В	050	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КОМПЛЕКСОМ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
О	А	предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями
О	Б	предотвращение развития унаследованного заболевания
О	В	фенотипическую коррекцию наследственного дефекта
О	Г	предупреждение прогрессирования наследственного заболевания
В	051	ГРУППОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ШКОЛА ПАЦИЕНТОВ) ОРГАНИЗУЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ
О	А	II – III
О	Б	I
О	В	I – II
О	Г	I, II, III
В	052	ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ДЕТЕЙ ВАРЬИРУЮТ ОТ _____ ДО _____ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
О	А	4 до 7
О	Б	3 до 7
О	В	4 до 12
О	Г	5 до 8
Ф	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации
В	001	ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ
О	А	«медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
О	Б	страхового медицинского полиса пациента
О	В	страхового номера индивидуального лицевого счета пациента
О	Г	«талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма N 025-1/у)
В	002	«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ
О	А	заведующим отделением
О	Б	главным врачом
О	В	заместителем главного врача по лечебной работе
О	Г	председателем врачебной комиссии
В	003	ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И

		ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
О	А	выявленных впервые в данном году
О	Б	зарегистрированных впервые в прошлом году
О	В	инфекционных, зарегистрированных в данном и в прошлом году
О	Г	социально-значимых, зарегистрированных в течение трех лет
В	004	ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О
О	А	заболеваемости в данном году и в предыдущие годы
О	Б	заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
О	В	числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
О	Г	числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
В	005	СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
О	А	представляет собой единую систему учета и отчетности в здравоохранении
О	Б	обеспечивает изучение явления с учетом времени, места, исторических условий
О	В	предполагает изучение любых процессов, явлений, организационных структур как систем, состоящих из подсистем и одновременно являющихся подсистемами более крупных систем
О	Г	основан на создании экспериментальных моделей отдельных видов деятельности или учреждений здравоохранения
В	006	ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ
О	А	формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
О	Б	установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного учреждения
О	В	перечень лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления
О	Г	имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг, утвержденных министерством здравоохранения
В	007	МЕТОДАМИ УЧЁТА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	сплошной и специальный
О	Б	текущий и непосредственный
О	В	непосредственный и выборочный
О	Г	текущий и выборочный
В	008	ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА
О	А	новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний

О	Б	частота всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения
О	В	частота острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров
О	Г	частота всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения
В	009	ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
О	А	отношением предотвращенного ущерба к затратам
О	Б	экономическими результатами, полученными вследствие улучшения показателей здоровья населения
О	В	степенью роста заработной платы работникам здравоохранения
О	Г	соотношением экономического эффекта к затратам на его достижение
В	010	ПОД ДЕЛЕГИРОВАНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ ПОНИМАЮТ
О	А	наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
О	Б	передачу части своей заработной платы подчиненным
О	В	предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
О	Г	полное подчинение какому – либо вышестоящему по должности лицу
В	011	К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ПЕРВОЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ОТНОСЯТ
О	А	изоляцию больных
О	Б	соблюдение личной гигиены
О	В	текущую дезинфекцию
О	Г	иммунопрофилактику
В	012	ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ТРЕТЬЕ ЗВЕНО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, НАЗЫВАЮТ
О	А	иммунопрофилактику контактных
О	Б	дератизацию в квартире заболевшего
О	В	изоляцию больных
О	Г	дезинфекцию в месте пребывания пациентов
В	013	ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ Ф. № 058/У СОСТАВЛЯЕТСЯ НА
О	А	необычную реакцию на прививку
О	Б	любое обращение в поликлинику
О	В	первичный патронаж новорожденного
О	Г	оперативное вмешательство
В	014	О КАЖДОМ СЛУЧАЕ ИНФЕКЦИОННОЙ (ПАРАЗИТАРНОЙ) БОЛЕЗНИ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ МЕДИЦИНСКИХ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ,

		ОБЯЗАНЫ СООБЩИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ В ТЕЧЕНИЕ ЧАСОВ
О	А	2
О	Б	6
О	В	12
О	Г	15
В	015	ПОДГОТОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИВИВОК ВКЛЮЧАЕТ
О	А	получение препаратов, подготовку кабинета, оповещение населения
О	Б	организацию «холодовой цепи» при транспортировке препарата
О	В	оценку эффективности плановой и экстренной вакцинации
О	Г	биологический контроль иммунобиологического лекарственного препарата
В	016	ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ
О	А	уровня охвата прививками и своевременность иммунизации
О	Б	обоснованности длительных медицинских отводов
О	В	своевременности предоставления отчетных форм
О	Г	полноты регистрации поствакцинальных осложнений
В	017	НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВАКЦИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	показанием к вакцинации против гепатитов В и А
О	Б	противопоказанием к вакцинации против гепатитов В и А
О	В	показанием к вакцинации против гепатита В и противопоказанием к вакцинации против гепатита А
О	Г	показанием для вакцинации против гепатита А и противопоказанием к вакцинации против гепатита В
В	018	ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ОСМОТР ПАЦИЕНТА И
О	А	термометрию
О	Б	клинический анализ крови
О	В	общий анализ мочи
О	Г	иммунологическое обследование
В	019	ГРУППАМИ РИСКА ПО ИНФИЦИРОВАНИЮ ДЕЛЬТА-ВИРУСОМ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЬНЫЕ
О	А	хроническим гепатитом В
О	Б	хроническим гепатитом С
О	В	больные с затяжным течением гепатита А
О	Г	гепатитом Е
В	020	СЛЕДУЕТ ЛИ ИНФОРМИРОВАТЬ ПРИВИВАЕМЫХ О ВОЗМОЖНЫХ РЕАКЦИЯХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИН?
О	А	да, и обязательно о последствиях отказа

О	Б	только в случаях проведения прививок по эпидпоказаниям
О	В	нет, это может привести к отказу от прививки
О	Г	следует информировать при проведении плановых прививок
В	021	ПРОТИВ КАКОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖНО СОЗДАТЬ КОЛЛЕКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ
О	А	коклюш
О	Б	столбняк
О	В	бешенство
О	Г	малярия
Ф	А/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
В	001	АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ПРИ
О	А	повторном контакте с аллергеном и сопровождающаяся нарушениями гемодинамики и функции других органов и систем
О	Б	первом контакте с аллергеном и сопровождающаяся нарушениями гемодинамики и функции других органов и систем
О	В	повторном контакте с аллергеном, сопровождающаяся нарушениями гемодинамики и изменениями показателей крови
О	Г	при первом контакте с аллергеном и сопровождающаяся нарушениями функции респираторного тракта и сердечно – сосудистой системы
В	002	МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРИЗУТСЯ
О	А	мгновенной остановкой сердца и дыхания
О	Б	агональным дыханием, резким падением артериального давления, развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2 – 3 минут
О	В	удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом
О	Г	головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией
В	003	ПРИ КАКИХ СПОСОБАХ ПОПАДАНИЯ АНТИГЕНА В ОРГАНИЗМ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА?
О	А	с пищей, при парентеральном введении
О	Б	с вдыхаемым воздухом, при контакте с кожными покровами
О	В	с вдыхаемым воздухом, при контакте с кровью
О	Г	при контакте с кожными покровами, при контакте со слизистыми оболочками
В	004	АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАТСЯ ПОСЛЕ РАЗРЕШАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛЛЕРГЕНА ЧЕРЕЗ
О	А	несколько секунд
О	Б	20-40 минут
О	В	6 часов
О	Г	24 часа
В	005	ОСЛОЖНЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ОСТРОМ

		ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
О	А	тяжелыми необратимыми изменениями в жизненно важных органах
О	Б	симптомами острой дыхательной и сердечной недостаточности
О	В	отсутствием симптомов острой сердечно – сосудистой недостаточности
О	Г	отсутствием симптомов отека мозга, дыхательной недостаточности
В	006	ДЛЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
О	А	наличие симптомов поражения миокарда
О	Б	отсутствие симптомов поражения почек
О	В	отсутствие симптомов поражения печени
О	Г	отсутствие симптомов поражения нервной системы
В	007	ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ АНГИООТЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повышение проницаемости сосудистой стенки
О	Б	спазм сосудов микроциркуляторного русла
О	В	гемолиз эритроцитов, разрушение тромбоцитов
О	Г	снижение онкотического давления крови
В	008	ОПАСНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОТЕКА В ОБЛАСТИ
О	А	шеи и воротниковой зоны, в ротовой полости
О	Б	живота, лица, диафрагмы
О	В	лица, верхних конечностей
О	Г	голосовых связок, носовой полости
В	009	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНТИГОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА, ВЫЗВАННОГО ДЕФИЦИТОМ С1-ИНГИБИТОРА ВКЛЮЧАЮТ РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОТЕКИ ГОРТАНИ, А ТАКЖЕ
О	А	невоспалительные подкожные отеки без крапивницы, боль в животе
О	Б	невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли в суставах
О	В	невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, боли при дыхании
О	Г	невоспалительные подкожные отеки с крапивницей, головные боли
В	010	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	резкая бледность кожных покровов
О	Б	резкая гиперемия кожных покровов
О	В	уртикарные элементы в сочетании с зудом
О	Г	макуло-папулезная сыпь в области лица
В	011	ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ
О	А	холода
О	Б	ультрафиолетовых лучей
О	В	инфракрасных лучей

О	Г	ультразвука
В	012	ДЛЯ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
О	А	незначительное нарушение гемодинамики, сознания, эффективность противошоковой терапии
О	Б	медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективность противошоковой терапия
О	В	стремительное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективность противошоковой терапии
О	Г	нарушение сознания, судорожный синдром, снижение артериального давления до 50/0 мм.рт.
В	013	ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПИЩУ
О	А	молока
О	Б	моркови
О	В	капусты
О	Г	репы
В	014	КРИТЕРИЯМИ СНИЖЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
О	А	систолическое давление ниже 90 мм рт. ст. или снижение более чем на 30% от исходного систолического АД.
О	Б	систолическое давление ниже 80 мм рт. ст. или снижение более чем на 20% от исходного систолического АД.
О	В	систолическое давление ниже 70 мм рт. ст. или снижение более чем на 20% от исходного систолического АД.
О	Г	систолическое давление ниже 80 мм рт. ст. или снижение более чем на 20% от исходного систолического АД.
В	015	СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	адреналин
О	Б	супрастин
О	В	дексаметазон
О	Г	преднизолон
В	016	ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ
О	А	введение альфа- адреномиметиков (норадреналин)
О	Б	введение глюкокортикостероидных препаратов (преднизолон, гидрокортизон)
О	В	устранение причинных факторов
О	Г	применение Н1-гистаминоблокаторов
В	017	НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ВЫЗВАННОМ УЖАЛЕНИЕМ ПЕРЕПОНЧАТОКРЫЛЫМИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ

О	А	эпинефрина, антигистаминных препаратов, преднизолона или гидрокортизона
О	Б	мезатона, эуфиллина, антибиотиков пенициллинового ряда
О	В	физиологического раствора, эуфиллина, антигистаминных препаратов второго поколения
О	Г	бета 2 – агонистов короткого действия, антигистаминных препаратов второго поколения
В	018	МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА, НАЧИНАЮТСЯ С
О	А	оказания немедленной медицинской помощи на месте
О	Б	транспортировки больного в медицинское учреждение
О	В	вызова специализированной бригады «скорой помощи»
О	Г	консультации аллерголога - иммунолога
В	019	ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ТРАСПОРТИРОВКИ ПРИ РАЗВИВШЕМСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
О	А	на спине
О	Б	на боку
О	В	в положении сидя
О	Г	на животе
В	020	ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	угроза жизни, неэффективность амбулаторного лечения, отек дыхательных путей, отек языка
О	Б	снижение систолического артериального давления ниже 70 мм.рт.ст, отек губ, носа
О	В	снижение диастолического давления ниже 200 мм.рт.ст., отек кишечника,
О	Г	отек кишечника, губ, носа, ушей, боли в животе, затруднение дыхания
В	021	ФАКТОРОМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	интенсивность периферического капиллярного кровотока
О	Б	жирорастворимость лекарственного препарата
О	В	интенсивность периферического лимфатического дренажа
О	Г	кислотно-щелочное состояние крови
В	022	АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ, СОГЛАСНО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГОЛОГОВ, НАЗЫВАЮТ АНАФИЛАКСИЮ, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ СНИЖЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НИЖЕ
О	А	90 мм рт.ст. или на 30% от исходного
О	Б	50 мм.рт.ст или на 50% от исходного
О	В	70 мм рт.ст. или на 40% от исходного
О	Г	100 мм рт.ст. или на 25% от исходного

В	023	ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
О	А	могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов
О	Б	всегда имеются уртикарные высыпания
О	В	всегда имеется гиперемия кожи лица
О	Г	всегда имеются ангиотеки
В	024	К НЕОТЛОЖНЫМИ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТ
О	А	введение 0,1% адреналина 0,3-0,5 мл дробно до стабилизации АД
О	Б	срочное введение 2,4% раствора эуфиллина при удушье
О	В	срочное введение антигистаминных препаратов внутривенно
О	Г	одномоментное введение 2,0 мл 0,1% адреналина внутривенно
В	025	ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫЗВАН
О	А	перерастяжением легкого
О	Б	повышением температуры тела
О	В	бронхоспазмом
О	Г	плевральным выпотом
В	026	ПРОЯВЛЕНИЕМ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА III СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гипоксическая кома
О	Б	амфорическое дыхание
О	В	немое легкое
О	Г	свистящее дыхание
В	027	ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА II СТАДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	преднизолон
О	Б	муколитики
О	В	препараты кромоглициевой кислоты
О	Г	антагонисты лейкотриеновых рецепторов

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК – 1, ОПК – 2, ОПК – 3, ОПК – 4, ОПК – 5, ОПК – 6, ОПК – 7, ОПК – 8, ОПК - 9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7

д	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 программы реабилитации и абилитации

		инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. Наследственность: бронхиальная астма у прабабушки, бабушки по линии матери бронхиальная астма, у матери бронхиальная астма и эпилепсия. 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, холестаз. 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 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.
B	5	Определите прогноз при данном заболевании
Э	-	Прогноз заболевания определяют эндокринные заболевания, гипокальцемические судороги, хронический аутоиммунный гепатит. Иммуная 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.
H	-	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 программы реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		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 в фазе обострения, Хронический гайморит, обострение. Операций, травм не было. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных

		вредностей не имеет. 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.
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	-	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: 1) Начало иммунной недостаточности более 2 лет назад 2) Отсутствие гемагглютининов и/или плохой ответ на вакцинацию 3) Другие причины гипогаммаглобулинемии исключены. 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.
P2	-	Ответ дан полностью.
P1	-	Ответ дан неполный: не указано суммарное значение концентрации иммуноглобулинов или Неправильно обозначен возраст начала иммунодефицита.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз гипогаммаглобулинемии и поражений респираторного тракта.
Э	-	1. С гипогаммаглобулинемией, индуцированной лекарствами (глюкокортикоидами, солями золота, каптоприлом, противомаларийными препаратами, карбамазепином,

		сульфазамином). 2. С гипогаммаглобулинемией при генетических заболеваниях, в том числе при первичных иммунодефицитах (атаксия – телеангиэктазия, аутосомно – рецессивная форма тяжелого комбинированного иммунодефицита, гипер – Ig M – синдром, дефицит транскобаламина II и гипогаммаглобулинемия, X – сцепленная агаммаглобулинемия, X – сцепленный лимфопролиферативный синдром (ассоциированный с вирусом Эпштейн – Барра), X – сцепленный тяжелый комбинированный иммунодефицит, некоторые дефекты метаболизма. 3. С хромосомными аномалиями (Хромосомный 18q – синдром, моносомия 22, трисомия 8, трисомия 21). 4. С инфекционными заболеваниями (ВИЧ, врожденная краснуха, врожденная цитомегаловирусная инфекция, врожденная токсоплазменная инфекция, с инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн – Барра) 4. С опухолями (хронический лимфоцитарный лейкоз, ммунодефицит с тимомой, лимфогранулематоз, В – клеточные опухоли) 5. С иммунодефицитами, обусловленными гиперкатаболизмом иммуноглобулинов и тяжелой потерей иммуноглобулинов (нефрит, тяжелые ожоги, лимфангиэктазия, тяжелая диарея). 6. При наличии поражений респираторного тракта проводится дифференциальная диагностика с: с муковисцидозом, транзиторной младенческой гипогаммаглобулинемией, хронической гранулематозной болезнью, с тяжелым комбинированным иммунодефицитом.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ полностью неправильный
V	4	Назначьте терапию пациенту
Э	-	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. 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. 3. При выявлении грибковых инфекций будет добавлена антимикотическая терапия. 4. При выявлении аллергических проявлений будут добавлены антигистаминные препараты. 5. Промывание придаточных пазух носа антисептическими растворами под отрицательным давлением.

		6. Санационные бронхоскопии № 3 -5 за госпитализации, ежедневный вибрационный массаж и постуральный дренаж.
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.
B	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
H	-	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 программы 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51см. 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. Семейный анамнез без особенностей. 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. Крупная гематома в области левого коленного сустава. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы. Лабораторные исследования: картина крови – гранулоцитопения – 1200, тромбоцитопения – 8000, анемия – гемоглобин 85 г/л, 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.
B	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 разрабатывается. Обычно проводится посиндромная терапия. Заместительная терапия в/в иммуноглобулинами. Антибактериальные, противовирусные, противопаразитарные препараты. При развитии аутоиммунной патологии – иммуносупрессивная терапия (глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты). Однако применение иммуноглобулинов и иммуносупрессивной терапии не влияет на количество тромбоцитов. При склонности к кровотечениям – спленэктомия. 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. Терапия экземы: эмолиенты постоянно, местно глюкокортикостероиды 2 недели с последующим переходом на ингибитор кальневрина (элидел).
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	-	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. 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. Рекомендуется также проводить скрининг поствакцинальных антител.
P2	-	Ответ дан полностью. Необходимость вакцинации обоснована.
P1	-	Ответ дан неполный. Не обоснована необходимость вакцинации против пневмококковой инфекции перед спленэктомией с использованием комбинированной схемы вакцинации Или Не обоснована необходимость вакцинации против гриппа Или Против менингококковой инфекции предложена вакцинация с применением полисахаридных вакцин.
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 программы 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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. 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. 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. 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.
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 в 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.
B	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 сохранных 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 отмые 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	-	Пациенты не могут вырабатывать IgA антитела, но способны нормально вырабатывать IgG и IgM антитела на вакцины, инфекционные агенты. 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. Несмотря на то, что в этой группе отсутствует возможность мутации вакцинного штамма, оральную полиомиелитную вакцину целесообразно заменить на инактивированную полиомиелитную вакцину.
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. Мать: 24 года, отец 24 года, здоровы. Профессиональных вредностей у родителей нет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Наследственность: не отягощена. 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). Частота ОРЗ 1 – 2 раза в год. Пневмониями, бронхитами, детскими инфекциями не болела. Поступила в отделение психоневрологии и эпилепсии с жалобами на шаткость походки, задержку речевого развития, повышенную саливацию. 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, неспаянные 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. В общем анализе крови: Нв 123 г/л, эр $4,4 \cdot 10^{12}$, тромбоциты 498 тыс, лейкоциты 3,6 тыс, С-37%, Э-4%, Л – 42%, М – 15%, Б-2%. СОЭ 28 мм/час. Общий анализ мочи- без патологии. Осмотр невролога: подкорково – мозжечковый синдром. Задержка психомоторного развития. В отделении перенесла острый катаральный отит, в лечении анауран. Затем была выявлена инфекция мочевыводящих путей, получала фурагин. Анализы мочи нормализовались. Выписана по контакту с больным ветряной оспой.
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 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). Диагноз предположителен у пациентов женского или мужского пола с прогрессирующей мозжечковой атаксией, имеющих 1 из 4 из следующих признаков: - телеангиэктазий на конъюнктиве или лице - снижение уровня IgA более 2 SD от возрастной нормы

		-повышение альфа-фетопротеина более чем на 2 SD от возрастной нормы -повышение уровня хромосомных aberrаций и ломкости хромосом при цитогенетическом обследовании
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	-	1. Исследование уровня альфетопротеина и карциноэмбрионального антигена. 2. Исследование показателей клеточного и гуморального звена иммунитета. 3. Рентгенограмма грудной клетки и придаточных пазух носа. 4. МРТ головного мозга. 5. Генетическое обследование.
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	Результаты дообследования: Уровень альфа – фетопротеина 229, 26 ед/мл (норма 9,05), уровень карциноэмбрионального антигена в норме. IgG -5,75 г/л, IgA-1,20 г/л, IgM -3,86 г/л. Рентгенограмма грудной клетки: отсутствует тень вилочковой железы. По данным МРТ- гипоплазия мозжечка. Генетическое обследование: Проведено исследование семьи с использованием полиморфных маркеров D11S384, D11S1294, D11S1294, сцепленных с геном АТМ, мутации в котором приводят к развитию синдрома Луи – Бар. Дайте заключение по результатам обследования.
Э	-	Повышение уровня альфетопротеина и карциноэмбрионального антигена являются наиболее информативными постоянными лабораторными маркерами синдрома Луи – Барра. Отсутствие тени вилочковой железы на рентгенограмма грудной клетки также свидетельствует о гипоплазии лимфоидной ткани. Гипоплазия мозжечка по данным МРТ свидетельствует об исчезновении клеток Пуркинье 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.

		• По красней мере 2 из следующих • - глазо- кожные телеангиэктазии • Повышение альфа -фетопротеина (в 10 раз верхней нормы) • Лимфоциты А-Т кариотип (Транслокация 7, 14) Гипоплазия мозжечка на МРТ
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	-	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.
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	А/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик, 2 лет, поступил в стационар для обследования и уточнения диагноза. От 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Вес 4000 г, длина 51 см. Наследственность: неотягощена. 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. 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. 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. С возраста 1 года в летнее время периодически возникали эпизоды лихорадки без признаков инфекции, постоянно беспокоил влажный кашель с вязкой мокротой. В г 1 3 мес состояние ухудшилось, при госпитализации выявлена двусторонняя пневмония. При поступлении выраженные признаки дыхательной недостаточности, гепатоспленомегалия, деформация пальцев в виде 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. 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 1 мин. 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 рефлексы снижены. В общем анализе крови Нв 50 г/л, лейкоцитоз 23 тыс, нейтрофилез

		(п-6%, с 72%). СОЭ 36 мм/час. Патологическая зернистость нейтрофилов. Биохимия: печеночные пробы в норме. В анализе мочи: протеинурия умеренная, остальные показатели в норме. Рентгенологически: инфильтрация легочной ткани в зоне средней доли правого легкого, усиление легочного рисунка в области нижней доли левого легкого. Рентгенограмма придаточных пазух носа: патологии не выявлено. Из посева мокроты выделена грамотрицательная недифференцированная палочка и грибы рода Кандида. Исследование мокроты: БК не обнаружены. Реакция Манту с 2 ТЕ – папула 2 мм. На фоне массивной терапии на 11 сутки пребывания в стационаре ребенок умер. 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.
В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	На основании: 1) Тяжелого состояния мальчика 2) Отсутствия эффекта от массивной терапии 3) Перенесенных на 1-гом году пневмонии, лимфаденита на стороне БЦЖ и длительно незаживающую язву в месте БЦЖ 4) В дальнейшем развития хронического бронхолегочного процесса, о чем свидетельствует наличие деформация фалангов пальцев по типу «барабанных палочек» и ногтей в виде часовых стекол 5) Периодических подъемов температуры клинически можно предположить наличие первичного иммунодефицитного состояния, дефекта фагоцитарного звена иммунитета: хронической гранулематозной болезни. 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. Проявлением ХГБ является также и генерализованная БЦЖ – инфекция, выявленная по результатам вскрытия. Таким образом, диагноз: первичное иммунодефицитное состояние – хроническая гранулематозная болезнь. Генерализованная БЦЖ-инфекция. ХГБ - ПИДС, связанное с наследственным нарушением бактерицидной функции фагоцитов, что обуславливает тяжелые, рецидивирующие бактериальные и грибковые инфекции, которые в отсутствие лечения приводят к образованию гранулем, способных вызвать обструкцию пищеварительного тракта, мочеполовой

		системы
P2	-	Диагноз поставлен правильно. Обоснование дано полное.
P1	-	Ответ неполный: не указано наличие генерализованной БЦЖ – инфекции.
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Впоследствии из лаборатории были доставлены результаты дополнительного обследования: Концентрация хлоридов пота 6 и 11 мэкв/л Копрология: отсутствие нейтрального жира. Иммунограмма: IgA 2,5 г/л, IgM 4,0 г/л, IgG 19,75 г/л. Фагоцитарная активность нейтрофилов: с золотистым стафилококком – 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.
Э	-	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 хемиолзависимой люминесценции и есть наличие родственников по материнской линии (матери) со сниженной продукцией перекисных радикалов.
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.
B	3	Каковы направления терапии пациентов с ХГБ?
Э	-	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). 2. Постоянная пожизненная противогрибковая терапия (интраконазол). 3. Профилактическая противотуберкулезная терапия по показаниям. 4. Иммуномодулирующая терапия. 5. Лечение анемии препаратами железа. 6. Терапия других хронических заболеваний. 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 12, цв. По 0,88, лейкоциты 0,8 тыс, п – 15%, С -67%, Л-18%, соэ 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 меконияльные. 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 ветрянную оспу 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 Осмотре 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. Трепанобиоптат гребня подвздошной кости: картина гиперплазии костного мозга. Миелограмма: костный мозг умеренно богат клеточными элментами. Гранулоцитарный росток снижен. Отмечается нарушение созревания на стадии образования с/я нейтрофилов. Относительное количество лимфоцитов снижено. Количество мегакариоцитов снижено. Результаты дополнительного обследования: Антитела к гранулоцитам аутоиммунные, аллоиммунные не обнаружены. Антитела к лимфоцитам аутоиммунные, аллоиммунные не обнаружены Антитела к денатурированной ДНК отрицат 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 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.

В	1	Поставьте предварительный диагноз с обоснованием
Э	-	Гипокальциемия, врожденный порок сердца, и характерные черты лица помогают заподозрить синдром делеции 22-й хромосомы в неонатальном периоде. 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. Наличие врожденного порока сердца свидетельствует о дефекте закладки пятого жаберного кармана. 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. Наличие многочисленных уродств (неполная синдактилия 3 и 4 пальцев левой стопы, подковообразная почка, удвоение ЧЛК слева) также свидетельствуют о генетическом дефекте. Имеет место также задержка не только психомоторного, но и физического развития. Клинические проявления иммунной недостаточности – тяжелые, склонные к хронизации (бактериальный эндокардит, рецидивирующие обструктивные бронхиты, хронический даринготрахеит, хронический энтерит). 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. 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 развития. 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). 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
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.
В	2	Общие принципы терапии синдрома Ди Джорджи.
Э	-	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. 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.
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ неполный: не указана коррекция иммунологических нарушений в\в иммуноглобулинами.
P0	-	Ответ неправильный.
В	3	Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении, в социальной и психологической реабилитации?
Э	-	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 профессии.
P2	-	Ответ дан полный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указана коррекция гипокальциемии.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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. Родился с весом 3400 г, ростом 51 см. Период новорожденности – без особенностей. Аллергологический анамнез: на вишню, шоколад, апельсины, малину, киви, картофель, морковь – сыпь. 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, эластичные, 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 легких пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускания 4-5 раз в сутки, свободные. Стул – оформленный, со склонностью к запорам (1 раз в 1-3 дня). Результаты амбулаторного обследования: Общий анализ крови: эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 75%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки: без очаговых изменений, размеры вилочковой железы в норме. При иммунологическом обследовании: общий IgE 20 КЕ/л, IgG 4,5 г/л, IgA 0,3 г/л, IgM 0,3 г/л.
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.
B	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.
B	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, паротита, 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.
H	-	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 программы реабилитации и абилитации

		инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 одышка, кашель, осиплость голоса. 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. 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.
В	1	Какое заболевание в первую очередь следует заподозрить у данной больной. Какие сведения еще необходимо дополнительно выяснить.
Э	-	Необходимо уточнить: - есть ли у пациентки зуд, - есть ли у больной какие-либо аллергические заболевания, пищевая и лекарственная непереносимость, в частности, имеются ли в анамнезе указания на непереносимость местных анестетиков, - не было ли у родственников случаев смерти от отека гортани или отеков различной локализации, - были ли ранее госпитализации по поводу клиники «острого живота», - принимает ли пациентка ингибиторы АПФ, - есть ли заболевания почек, - есть ли у пациентки гипотериоз. Если нет зуда, высыпаний на коже (крапивницы, гиперемии кожи), и отсутствует эффект от антигистаминных препаратов можно заподозрить наследственный ангионевротический отек (НАО).
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	-	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. 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. 3. Ангиотёки, обусловленные лекарствами (аллергией и непереносимостью: возникают изолированно или с крапивницей вскоре после назначения препарата (НПВС, антибиотиков, рентгеноконтрастных препаратов и т.д.) 4. Ангиотёки, 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. 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. 6. Синдром Мелькерссона-Розенталя. Постоянный плотный отек лица, складчатый язык. При биопсии пораженной ткани обнаруживают гранулематозное воспаление. 7. Ансарка. 8. Гипотиреоз. 9. Уртикарный васкулит.
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.
B	3	Какова классификация НАО?
Э	-	НАО 1-го типа (85 % случаев). Отмечается дефицит C1-ингибитора в плазме, обусловленный нефункционирующим геном. При этом уровень C1- ингибитора может варьировать от неопределяемого до менее 30% от нормального. НАО 2-го типа (15 % случаев). Уровень C1-ингибитора в пределах нормы или повышен, отмечается снижение функциональной активности C1-ингибитора. НАО 3-го типа (НАО с нормальным уровнем C1-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 C1-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.
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	-	Больных с диагнозом АО направляют к аллергологу для проведения дифференциальной диагностики разных видов АО, для определения возможностей обследования и тактики лечения. Больного с отеком гортани госпитализируют в оториноларингологическое или реанимационное отделение в острой 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
В	5	Купирование острого приступа НАО (при тяжелом и жизнеугрожающем отеке)
Э	-	Неотложная терапия НАО проводится без отмены препаратов базисной терапии. 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). 2) В/в введение концентрата Ингибитора С1- (донорский или рекомбинантный) -500-1500 ЕД. В России проходит регистрацию. 3) Свежая или свежемороженая нативная плазма в объеме 250-300 мл. 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. 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 потребоваться трахеостомия или интубация. 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.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: указано только применение свежзамороженной 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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 селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Аллергологический анамнез спокоен. Хронические заболевания отрицает. Во время сбора анамнеза удалось выяснить, что старшая сестра умерла от отека гортани в этом же возрасте. Утром у пациентки был стресс на работе. Бригадой скорой помощи был введен в/в дексаметазон и пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение терапевтического стационара по экстренным показаниям. На консультацию был приглашен врач аллерголог – иммунолог, так как после введения дексаметазона отек не проходил.
В	1	Действия врача аллерголога – иммунолога при оказании неотложной помощи. В стационаре Фиразир отсутствует
Э	-	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). При отеках в области головы и шеи, при абдоминальном синдроме и отсутствии фиразира, следует ввести нативную или свежзамороженную плазму в/в в дозе 250-500 мл, фуросемид в/в 40-80 мг, эпинефрин ингаляционно, эфедрин ингаляционно (при отсутствии противопоказаний).
P2	-	Ответ дан правильный.
P1	-	Ответ дан неполный: не указано введение мочегонных, эпинефрина.
P0	-	Ответ дан неправильный: повторить введение антигистаминных препаратов и глюкокортикостероидов.
В	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.
В	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 C1-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 C4 компонента системы комплемента. -определить уровень и функциональную активность C1-ингибитора, -определить наличие антител к C1 ингибитору -определить C1q. -C1-INH95 Kd -Генетическое исследование В зависимости от полученных результатов можно отдифференцировать различные типы НАО: Содержание C4 компонента снижено при НАО I и II (D), при НАО III типа – уровень C4 в пределах нормы Для НАО I тип характерно снижение C4 компонента и C1 – ингибитора, концентрация C1q компонента в пределах нормы, Для НАО типа II характерно снижение C4 компонента при нормальном уровне C1- ингибитора, но снижении его функциональной активности. Для НАО III типа характерно концентрация C4 компонента, уровень и функциональная активность C1- 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	-	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). 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.
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.
H	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. В общем анализе крови содержание нейтрофилов варьировало от 0 до 20% при числе лейкоцитов 4,5 – 8,0 тыс в 1 мкл. Наследственность: бабушка по матери проживала на территории 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. Ребенок привит только в роддоме БЦЖ и имеет одну вакцинацию против гепатита В. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Тurgor 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. В анализе крови: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, ле – 4,9 тыс, б-1%, э-4%, п-0%, с – 8%, м – 12 %, л – 75%. Фагоцитоз: спонтанный НСТ- тест 24%, стимулированный – 21%.. IgA 0,74 г/л, IgG22.5 г/л, Ig M 1,29 г/л.
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	-	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. 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. 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.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: нет указаний на число нейтрофилов, которое может быть при тяжелой врожденной нейтропии.
P0	-	Диагноз обоснован неправильно.
В	3	Какое лабораторное обследование еще необходимо провести?
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов вручную Биохимический анализ крови с обязательным исследованием мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, глюкозы. Серологическое исследование на гепатиты А, В, С, D, ВИЧ, ВЭБ,

		парвовирус. При необходимости для верификации инфекции возможно использование ПЦР- диагностики. Посевы с определением антибиотикочувствительности из очагов инфекции (включая посев крови и мочи при соответствующей симптоматике). Копрология при подозрении на болезни обмена. Морфологическое исследование костного мозга. Цитогенетическое исследование костного мозга Фенотипирование лимфоцитов. Определения наличия антинейтрофильных антител. Проведение молекулярно-генетического анализа Анализ на выявление мутации генов ELANE, HAX1, WASP, G6PC и др. проводится с помощью полимеразной цепной реакции и последующего прямого автоматического секвенирования продуктов.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Составьте план диспансерного наблюдения
Э	-	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. 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. 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 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.

В	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
Н	-	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 программ 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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).

		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. 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. В общем анализе крови: Нв 109 г/л, эр. $3,7 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты 294 тыс., лейкоциты 13,2 тыс., миелобласты 7%, миелоциты 8%, п/я 5%, с 4%, лимф 33%, моноциты 36%. СОЭ 34 мм/час. 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%, мегакариоциты 2:100. 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. $3,7 \cdot 10^{12}/л$, 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. 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. На фоне лечения сумамедом элементы пиодермии подсохли, уменьшилось отделяемое из носа, в периферической крови появились нейтрофилы. 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. $4,2$
--	--	---

		*10 ¹² /л, 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.
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
В	2	Какое лабораторное обследование необходимо провести?
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов вручную Биохимический анализ крови с обязательным исследованием мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, глюкозы. Серологическое исследование на гепатиты А, В, С, D, ВИЧ, ВЭБ, парвовирус. При необходимости для верификации инфекции возможно использование ПЦР- диагностики. Посевы с определением антибиотикочувствительности из очагов инфекции (включая посев крови и мочи при соответствующей симптоматике). Копрология при подозрении на болезни обмена. Фенотипирование лимфоцитов. Анализ крови на уровень иммуноглобулинов Определения наличия антинейтрофильных антител. Морфологическое исследование костного мозга. При циклической нейтропении пункцию костного мозга проводить во время нейтропенической фазы. Проведение молекулярно-генетического анализа Анализ на выявление мутации генов ELANE, HAX1, WASP, G6PC и др. проводится с помощью полимеразной цепной реакции и последующего прямого автоматического секвенирования продуктов.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	3	С какими заболеваниями следует провести дифференциальную

		диагностику?
Э	-	С приобретенными нейтропениями С гемобластозами (острый лимфобластный или миелобластный лейкоз, миелодиспластический синдром) С нейтропениями на фоне первичных иммунодефицитов
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ неполный: не указаны гемобластоzy
P0	-	Ответ неверный
В	4	Каковы подходы к терапии врожденный нейтропений?
Э	-	Все больные с врожденной нейтропенией нуждаются в терапии 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. 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. 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 гематопозитических стволовых клеток. При возникновении инфекции на фоне терапии или без таковой необходимо немедленное взятие общего анализа крови с подсчетом лейкоцитарной формулы.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ неполный: не указана возможность проведения трансплантации гематопозитических клеток
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова социальная и психологическая реабилитация пациентов с врожденными нейтропениями?
Э	-	Возможность пребывания в организованном коллективе. После подбора дозы и кратности введения возможно пребывание в детском коллективе при условии соблюдения пациентов правил личной гигиены и гигиены полости рта. Возможность путешествий, поездок за границу, пребывания в детском оздоровительном лагере ограничена эпидемиологической ситуацией и клинико-лабораторным статусом пациента и возможностью получать препарат Г-КСФ. Возможность нагрузок и занятий спортом: физические нагрузки не противопоказаны
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На консультацию к аллергологу в конце июля обратился мужчина 25 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 то же время года (июнь, июль). В детстве часто болел простудными заболеваниями. Аллергологический анамнез: на мед отмечается усиление проявлений ринита и конъюнктивита. Наследственность: у матери сезонный аллергический риноконъюнктивит. 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: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет. Осмотр отоларинголога: при передней риноскопии: резкий отек передней носовой раковины с инъекцией сосудов, слизистая гиперемирована. Данные офтальмоскопии: Отечность, гиперемия и разрыхленность конъюнктивы, отек век. При исследовании передней камеры глаза: гиперсекреция водянистой влаги без патологических примесей
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
B	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
B	3	При проведении аллергологического обследования методом prick-теста в осенний период выявлена сенсibilизация к пыльце тимopheевки +++++, райграса+++ , костра+++ , к пыльце березы++++. По данным обследования in vitro (ImmunoCAP) IgE к пыльце тимopheевки 49 kUa/l, к пыльце березы 6,9 kUa/l. Показан ли пациенту проведение специфической иммунотерапии? 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.
B	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 тимopheевки назначается в том случае, если компонент-специфические IgE-антитела указывают на тимopheевку 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 бurlьянов.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан правильный
B	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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) Внутрь: антигистаминные 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, одеколорами, 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</u> продукты пчеловодства, морепродукты, озерную рыбу <u>Не использовать в лечении</u> прополис, т.к. он содержитобий с ядом антиген. Если нет пищевой аллергии к мёду- мёд не противопоказан
P2	-	Рекомендации даны полностью
P1	-	Рекомендации даны неполностью
P0	-	Рекомендации даны неправильно
В	4	Предположите возможные пути сенсibilизации 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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	-	2 степень анафилаксии может соответствовать клинике анафилактического шока (отек ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз), следовательно последовательность медикаментозной терапии должна быть следующей: 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>. Последовательность экстренных мероприятий по купированию анафилаксии: 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; 2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента; 3. Срочно вызвать реанимационную бригаду; 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 эпинефрина препарат действует быстрее, чем при подкожном его введении. При необходимости введение эпинефрина (адреналина гидрохлорид) можно повторить через 5-15 минут. 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. 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; 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; 8.Будьте готовы до приезда скорой помощи или прибытия реанимационной бригады к проведению сердечно-легочной реанимации; 9.Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей; 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. 11.По необходимости повторное введение - вспомогательная терапия (препараты второй линии – системные гкс, антигистаминные препараты). ВАЖНО ПОМНИТЬ! Нельзя начинать лечение анафилаксии с второстепенных препаратов (β2-агонисты, блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, системных ГКС), которые могут быть эффективны только после инъекции адреналина.
P2	-	Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.
P1	-	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.
P0	-	Определена последовательность введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно.
B	4	Какое аллергологическое обследование требуется провести?
Э	-	Кожное тестирование. Диагностическая ценность кожного 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 β-лактамы, антибиотики, мышечные релаксанты, соли платины и гепарины. Но при тестировании с большинством других ЛС информативность кожного тестирования умеренная или низкая (B). 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. 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 β-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.
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	-	1. При тяжелой жизнеугрожающей реакции на введение ЛС. 2. При необходимости коррекции терапии с учетом причинно-значимого ЛС. 3. При необходимости проведения провокационного тестирования с возможным причинно-значимым ЛС после перенесенной тяжелой жизнеугрожающей реакции на ЛС.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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. 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. 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. При рентгенологическом исследовании легких: свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплотнение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани. ФВД: ЖЕЛ - 87%, ОФВ₁ - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.
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
B	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
B	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
B	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
B	5	Определите факторы, влияющие на развитие и проявления установленного заболевания
Э	-	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).
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
H	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. Аллергоанамнез – 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 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%. В течение суток получила более 5 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.
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	-	земляника, ананас, груши, нектарины, вишни, пассифлора, манго, папайя, дыни, виноград, фиги, сливы, персики, киви, бананы, авокадо, яблоки; - овощи: помидоры, сельдерей, морковь, сырой картофель; - лесные орехи и каштаны; - рожь и пшеница. -креветки Указанные ниже продукты питания могут вызвать реакцию, схожую с аллергией на латекс, поскольку протеины, содержащиеся в этих продуктах, распадаясь, имитируют протеины латекса. У данной пациентки имел место «фруктово- латексный синдром» - оральный синдром при употреблении в пищу киви.
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.
B	4	Какое аллергологическое обследование требуется провести?
Э	-	1. Сбор аллергологического анамнеза с использованием специальных опросников 2. Физикальное обследование 3. Специфические методы диагностики: Определение IgE латекс – специфических методом ImmunoCAP, однако чувствительность этого метода недостаточно высока. 4. Аппликационный тест 5. Прик - тест Кожные пробы более информативны, но их может проводить только 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 см² лоскута латексной перчатки.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный, не указан перчаточный тест
P0	-	Ответ дан неправильный
B	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
H	-	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	А/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 профилину 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 пыльцы берёзы. В данном случае действующий аллерген – это Phl p 1, поэтому для лечения выбрана СИТ при аллергии на пыльцу 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
Н	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В аллергологическое отделение в сентябре поступила девочка с педиатрического приема 13-ти лет с жалобами на постоянный зуд кожи и высыпания в складках. 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. 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. 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 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	-	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; Подростковая, взрослая форма – выставлена на основании возрастной периодизации с 12 (14) лет и старше. Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма – характерно наличие папул и очагов лихенификации; Средняя степень тяжести – определена с использованием системы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) Распространенный или диффузный характер течения – в патологический процесс вовлекаются все участки тела 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); Пищевая аллергия – установлена на основании данных анамнеза, одним из клинических проявлений которой является наличие кожного синдрома по типу атопического дерматита;
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.
B	3	При кожном тестировании с небактериальными аллергенами обследовании выявлена сенсibilизация к молоку++, яйцу+, к пыльце полыни++++, лебеды++, березы+++. Укажите возможны перекрестные реакции пыльца – пища.
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.
B	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.
B	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.
H	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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, преимущественно провоцируемый пищевыми погрешностями. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия – на молочные продукты в детском возрасте – рецидивы дерматита, на цитрусовые, 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

		атопическим 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. Анамнез заболевания: 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> 80% от должных значений. Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1< 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. 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.
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, атопическая, 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 атопического 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	-	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; Подростковая, взрослая форма – выставлена на основании возрастной периодизации с 12 (14) лет и старше. Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма – характерно наличие папул и очагов лихенификации; Средняя степень тяжести – определена с использованием системы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) Распространенный или диффузный характер течения – в патологический процесс вовлекаются все участки тела 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); Пищевая аллергия – установлена на основании данных анамнеза. Диагноз бронхиальная астма, атопическая, легкое, интермиттирующее течение, контролируемая, постприступный период, выставлен с учетом анамнеза, наследственной предрасположенности, степень тяжести установлена с учетом классификации симптомы (приступы удушья) реже 1 раза в неделю, короткие обострения, ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц. По данным спирограммы – ОФВ1или ПСВ> 80% от должных значений. Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1< 20%). Степень контроля обусловлена отсутствием клинических проявлений обструкции на фоне адекватно подобранной базисной терапии. Постприступный период – обусловлен отсутствием наличия клиники обструкции. 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.
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	-	1. Назначать только в периоде обострения. 2. Предпочтение – препаратам с высокой эффективностью и безопасностью с пролонгированным действием (1 раз в сут); 3. Максимальный курс – 14 дней; 4. Максимально возможная поверхность применения – не более 20% поверхности тела; 5. Не применять под окклюзионные повязки; 6. Нежелательно использовать в области промежности, при опрелостях (увеличение всасывания); 7. Выбор оптимальной лекарственной формы при остром, подостром и хроническом процессе.
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.
В	4	Что включает в себя оценка степени тяжести атопического дерматита.
Э	-	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. 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, эксфолиации, лихенификации, сухости кожи, а также субъективных симптомов (зуд и нарушение сна) по специальной 10-сантиметровой линейке. Расчет индекса SCORAD производится по формуле: $A/5 + 7B/2 + C,$ где А – сумма баллов распространенности поражения кожи; В – сумма баллов интенсивности проявлений симптомов АД; С – сумма баллов субъективных симптомов (зуд, нарушение сна). 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, эксфолиации, 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. 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. 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 интенсивность по всем шести симптомам). 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. 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. Модифицированный индекс SCORAD ($A/5 + 7B/2$) 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.
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 ступени терапии атопического дерматита (АД)
Э	-	1. Системные иммуносупрессоры (ГКС, циклоспорин А, азатиоприн, такролимус, микофенолата мофетил); 2. Местные ГКС средней и высокой активности; 3. Топические ингибиторы кальциневрина; 4. Системные антигистаминные препараты 2-го поколения; 5. Фототерапия; 6. Образовательные мероприятия.
P2	-	Все компоненты IV ступени терапии атопического дерматита (АД) перечислены верно.
P1	-	Перечислено верно не менее 50% из представленного списка компонентов IV ступени терапии атопического дерматита (АД).
P0	-	Все компоненты IV ступени терапии атопического дерматита (АД)

		перечислены неверно.
Н	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 10 лет жалобы на сыпь в виде отечных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов. 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. 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
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	-	Аллергическая крапивница ставится на основании жалоб: сыпь в виде отечных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно

		беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребенка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов. 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. 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. 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	-	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. План дополнительного обследования пациента может включать следующее: 1) ОАК, ОАМ 2) Б/х крови 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) 4) Кожные аллергологические тесты (только в периоде ремиссии), в периоде обострения используется альтернативный метод диагностики – определение IgE специфические 5) Показания к консультации специалистов: ·Аллерголога-иммунолога ·Дерматовенеролога–для верификации элементов сыпи, проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, биопсии кожи. ·Консультации ревматолога, онколога, паразитолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, психиатра, гематолога, пульмонолога по показаниям необходимы при подозрении на соответствующие патологии или для их исключения
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования пациента составлен неполностью
P0	-	План дополнительного обследования пациента составлен неверно
В	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 клеток. Препаратами первой линии терапии являются неседативные антигистаминные средства – H1-АГ •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. •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. •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. •Рупатадина фумарат применяют у детей старше 12 лет, рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут. •Фексофенадин применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки. •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. 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.
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 Н1-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	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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 удлинённым 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. В общем анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 120 г/л, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 8%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 28%, лимфоциты – 51%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок – отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхо-легочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.
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. Ингаляционные коротко действующие β_2- агонисты (КДБА), в качестве препаратов скорой помощи первой линии рекомендуется детям всех возрастов (А) на всех ступенях терапии 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. Поскольку вес ребенка 20 кг, доза беродуала на прием будет 10 капель. В качестве ИГКС – будесонид в дозе 100-200 мкг через небулайзер.
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	-	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). Перед началом контролирующей терапии проводится документированный 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 рассмотреть шаг вниз или шаг вверх с последующим контролем каждые 3 месяца.
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	-	Кожное тестирование с бытовыми (домашняя пыль, клещи домашней пыли <i>Dermatofagoides pteronissimus</i>, <i>Dermatofagoides farine</i>, 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. 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.
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 программы 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. Год назад проводилось аллергологическое обследование, отчетливой сенсibilизации не выявлено. Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3350 г, длина 51 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Семейный анамнез: у отца – бронхиальная астма. 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 не нарушены. В общем анализе крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 122 г/л, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 6%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 39%, моноциты – 6%, СОЭ – 10 мм/час. В общем анализе мочи: удельный вес – 1018; прозрачная, белок –

		отрицательно, лейкоциты 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхо-легочного рисунка, очаговых и инфильтративных теней нет, средостение не изменено.
В	1	Контролируется ли бронхиальная астма у данного пациента? Чем характеризуется контролируемая бронхиальная астма?
Э	-	У данного пациента астма не контролируется Для контролируемой астмы характерно: 1) Дневные симптомы 2 или менее в неделю 2) Нет ограничений активности из-за симптомов астмы 3) Ночные симптомы 0-1 в месяц, у подростков старше 12 лет – 0-2 раза в месяц 4) Применение препаратов неотложной помощи 2 или менее в неделю 1-2 обострения за прошедший год 5) Нормальная функция легких
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	На момент обращения пациент должен получать амбулаторное или стационарное лечение?
Э	-	На момент обращения пациент должен получать стационарное лечение, так как имеются некоторые факторы риска неблагоприятного исхода из следующих: 1. Более 2 обращений за медицинской помощью в течение суток 2. Наличие психического заболевания или психологических проблем 3. Сочетание БА с эпилепсией, сахарным диабетом 4. Ранний или подростковый возраст 5. Низкий социально – экономический уровень семьи 6. Несоблюдение врачебных назначений
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Какую базисную терапию необходимо назначить пациенту при выписке из стационара?
Э	-	Базисную терапию необходимо усилить до 3 ступени, т.е. назначить Низкие дозы ингаляционных кортикостероидов в сочетании с бета2-агонистами длительного действия. Данному пациенту можно назначить: 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 Второй вариант терапии 3 ступени: повысить дозу будесонида до 400 мкг 2 раза в сутки и добавить антигонины 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.
В	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
В	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-трудовая 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
Н	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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., SpO2 - 85%. В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.
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 указаний 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
В	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 (β2-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 теофиллины (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
В	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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.
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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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. Младенческая форма – возраст ребенка от 2 месяцев до 3 лет, локализация высыпаний на коже шеи, лица с преобладанием экссудации. Острая стадия – зуд кожи, папулы, микровезикулы на фоне эритемы, множественные расчесы и эрозии, выделение серозного экссудата. Распространенный – задействовано более 2 областей. 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. Возможно есть пищевая аллергия на белки коровьего молока, так как использовались в питании адаптированных молочных смесей – Similac Premium 1
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.
В	3	Составьте план аллергологического обследования пациента.
Э	-	Определение специфических IgE антител к пищевым аллергенам, в частности, к аллергенам молока: α-лактальбумину, β – лактоглобулин, к казеину, бычьему сывороточному альбумину, лактоферрину. Первоначально может быть проведен тест на атопию – Phaditor 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. 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 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.
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.
В	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
В	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 программы реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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. Наследственность: семейный анамнез не отягощен, старший брат здоров. В возрасте 5 лет стал болеть обструктивным бронхитом с затяжным течением. 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. 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 антибиотики 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. 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.
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	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. Также были исключены муковисцидоз, ревматоидный артрит, дефекты мукоцилиарного клиренса. При проведении генетического обследования была выявлена мутация гена Btk. Поставьте окончательный диагноз.
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	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?
Э	-	Имеют место побочные реакции на введение в/в иммуноглобулинов. Они могут быть связаны со следующими причинами: 1. Спонтанное связывание комплемента и высвобождение биологически активных веществ 2. Нарушение скорости введения (быстрое введение) 3. Начало терапии ПИДС (первое введение) 4. Текущий инфекционный эпизод 5. Повышенная частота переливаний 6. Большой интервал после предыдущего переливания 7. С селективным дефицитом IgA Появление этих симптомов не является противопоказанием для продолжения заместительной терапии ПИДС.
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	-	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. Пред введением ВВИГ и для купирования развившейся температурной реакции применяются парацетамол, аспирин, антигистаминные препараты. Для контроля более серьезных реакций применяются адреналин, глюкокортикостероиды. Способность IgG к агрегации снижает включение в раствор ВВИН сахаров (мальтозы). При возобновлении симптомов после продолжения вновь инфузионной терапии рассмотреть вопрос о прекращении терапии иммуноглобулинами, особенно в случае выявления селективного 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 8 лет, перенес операцию по поводу гангренозно – перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. Течение послеоперационного периода осложнилось нижнедолевой левосторонней пневмонией. При введении в/в препарата Интралект отмечалось повышение температуры, появились боли в животе, в связи с чем инфузия препарата была прекращена. Анамнез жизни: ребёнок на искусственном вскармливании с рождения, из группы часто болеющих детей до 6 – летнего возраста. Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез спокоен. Клинический анализ крови: НЬ - 109 г/л. Эр - $23,8 \times 10^{12}/л$, Лейк - $26,7 \times 10^9/л$; с/я - 70%, л - 20%, м - 10%; СОЭ - 33 мм/час. 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.
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	-	Показано. Иммуностропная терапия включает 3 направления: 1) Вакцинация 2) Заместительная терапия (иммуноглобулины и др.) 3) Препараты иммуностропного действия. Пациент относится к группе пациентов с клиническими признаками иммунной недостаточности (нижнедолевая пневмония, осложнившая течение аппендицита, диффузного перитонита) и выявленными изменениями в параметрах иммунного статуса. В качестве заместительной терапии возможно применение препарата Пентаглобин, который содержит все 3 класса иммуноглобулинов и включен в стандарт лечения септических больных. При поражении клетко макрофагально – моноцитраной системы

		применяют полиоксидоний, ликопид, галавит. Препаратом выбора в данном случае может быть полиоксидоний. 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. Кроме того, ПО обладает мембраностабилизирующим, антиоксидантным и дезинтоксикационным действием.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Какие принципы назначения иммуномодулирующей терапии?
Э	-	Иммуномодуляторы назначают в комплексе с этиотропным лечением. Схему препарата выбирают в зависимости от остроты воспалительного процесса, выявленного иммунного дефекта, наличия сопутствующих заболеваний. Основной критерий назначения – клинические проявления иммунодефицита. Препараты назначаются в соответствии с инструкцией. Коррекцию схем препарата может проводить только клинический иммунолог. По возможности целесообразно проводить иммунологический мониторинг.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Нужно ли проводить иммунологическое обследование в динамике и с какой целью?
Э	-	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 пациентом, так как есть группа первичных иммунодефицитов, дебют которых возможен в более старшем возрасте. При сохранении клинических проявлений иммунодефицита иммунокорректирующая терапия может быть продолжена.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный: иммунологическое обследование в динамике

		не требуется.
В	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.
Н	-	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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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 150е.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезенка не пальпируется. Ребенок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β_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 ₁) 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 (пиклоуметрия, 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 бронхиальной обструкции помогает исследование реакции дыхательных путей на воздействие бронхоконстрикторов (метахолин)
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
Н	-	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 программы реабилитации и абилитации инвалидов
Ф	A/07.8	Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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	-	2 степень анафилаксии может соответствовать клинике анафилактического шока (отек ушных раковин и век, одышка, тахикардия, акроцианоз), следовательно последовательность медикаментозной терапии должна быть следующей: 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). Последовательность экстренных мероприятий по купированию анафилаксии: 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; Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента; Срочно вызвать реанимационную бригаду; Максимально быстро ввести в/м в середину 152ерднее-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. 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. 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; 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; Необходим контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей; Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии монитора для измерения АД, подсчет пульса вручную каждые 2-5 минут. По возможности контроль уровня оксигенации. По необходимости повторное введение - вспомогательная терапия (препараты второй линии – системные гкс, антигистаминные препараты).
P2	-	Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции верно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны верно.
P1	-	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.
P0	-	Определена последовательности введения и режима дозирования препаратов при системной аллергической побочной реакции неверно. Мероприятия по оказанию медицинской помощи указаны неверно.
B	4	Какие возможны побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина
Э	-	Со стороны центральной и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, сонливость, слабость, тризм. Со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение или снижение артериального давления, периферическая вазодилатация, коллапс, брадикардия, аритмии, боль в грудной клетке.

		Со стороны органов кроветворения: метгемоглобинемия. Аллергические реакции: зуд кожи, кожная сыпь, другие анафилактические реакции (в том числе анафилактический шок), крапивница (на коже и слизистых оболочках).
P2	-	Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны верно
P1	-	Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны неполностью
P0	-	Побочные реакции при использовании местного анестетика новокаина указаны верно
B	5	Какие противопоказания существуют для использования местного анестетика новокаина
Э	-	Повышенная чувствительность (в том числе к парааминобензойной кислоте и другим местным анестетикам-эфирам). Детский возраст до 12 лет. Для анестезии методом ползучего инфильтрата – выраженные фиброзные изменения в тканях. С осторожностью. Экстренные операции, сопровождающиеся острой кровопотерей; состояния, сопровождающиеся снижением\печеночного кровотока (например, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени); прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности (обычно вследствие развития блокад сердца и шока); воспалительные заболевания или инфицирование места инъекции; дефицит псевдохолинэстеразы; почечная недостаточность; детский возраст от 12 до 18 лет, пожилой возраст (старше 65 лет); с осторожностью у тяжелобольных и/или ослабленных больных; при беременности 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок 6 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°C, появился кашель и шумное дыхание. Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был

		насморк, кашель и субфебрильная температура. 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. 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.
В	1	Поставьте клинический диагноз
Э	-	Острый бронхиолит. Дыхательная недостаточность II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие вирусы чаще всего вызывают бронхообструкцию после перенесенного бронхиолита?
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 бронхиолита?
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 бронхиолитом 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
В	5	Каков прогноз после перенесенного бронхиолита?
Э	-	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. Редко возможно развитие постинфекционного облитерирующего бронхиолита, характеризующегося хроническим течением с развитием фиброза и облитерацией просвета бронхиол, инвалидизации
P2	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан верно
P1	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неполностью
P0	-	Предполагаемый прогноз заболевания указан неверно
Н	-	031
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К врачу обратилась пациент с жалобами на зуд век, слезотечение, сильный насморк, чиханье, которые беспокоят его четвертый год подряд в апреле-мае. В лечении антигистаминные препараты 1 поколения с незначительным эффектом. При употреблении яблок, моркови, вишни, орехов – першение в горле, периодически осиплость голоса. Отец больного страдает бронхиальной астмой. Пациент от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание везикулярное. Тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи – нет, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны. В цитологии носового секрета – эозинофилы 45%. Консультирован ЛОР – аллергический ринит Осмотр отоларинголога: аллергический конъюнктивит
В	1	Установите предположительный диагноз
Э	-	Поллиноз: аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, период обострения Оральный аллергический синдром (ОАС)
P2	-	Предположительный диагноз указан верно
P1	-	Предположительный диагноз указан неполностью: не указан оральная синдром
P0	-	Предположительный диагноз указан неверно

В	2	При аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к пыльце березы++++, ольхи+++ , ясеня++, дуба+++ , орешника++, методом ImmunoCAP – к экстракту березы (t3)++++. Показана ли пациенту аллергенспецифическая иммунотерапия? Что позволит прогнозировать эффективность АСИТ?
Э	-	Учитывая совпадение анамнеза и данных аллергологического обследования пациенту показано проведение АСИТ. Для прогнозирования эффективности АСИТ показано проведение молекулярной диагностики – определение антител к мажорному компоненту березы Bet v1 и к минорным - Bet v2, Bet v4.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный: не указано определение антител к мажорным и минорным компонентам пыльцы березы.
P0	-	Ответ дан неправильный
В	3	При дополнительном аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к Bet v1, Bet v2, не выявлены к компоненту Bet v4. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению пациента. Наличие антител к Bet v1 (белок PR-10) объясняет наличие реакций на фрукты, орехи у данного пациента. Как правило, реакции на пищу ограничены оральными синдромами, белок PR-10 разрушается при приготовлении пищи, поэтому данному пациенту можно употреблять в пищу фрукты термически обработанные. Белок PR-10 обнаруживается в пыльце березы, лещины, в яблоке, персике, моркови, арахисе, сое, киви и сельдерее. Белок PR-10 используется как маркер истинной сенсibilизации для всех деревьев порядка Букоцветные (семейства Березовые, Буковые, Ореховые и другие).
Э	-	В случае отсутствия специфических IgE к мажорному компоненту пыльцы березы АСИТ будет средняя.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Укажите преимущества АСИТ
Э	-	Эффективность АСИТ выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена. После проведения АСИТ отмечается уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА, предупредить расширение спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность пациента. АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит к торможению не только аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии – гистамину. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов,

		способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов.
P2	-	Преимущества АСИТ указаны верно
P1	-	Преимущества АСИТ указаны неполностью
P0	-	Преимущества АСИТ указаны неверно
B	5	Какие протоколы проведения АСИТ существуют
Э	-	Любой протокол проведения АСИТ включает два этапа: 1 этап – этап достижения максимальной терапевтической дозы; 2 этап – этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии). В зависимости от длительности протокола АСИТ может быть: - предсезонной; - предсезонно-сезонной; - круглогодичной.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
H	-	032
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К врачу обратилась пациент с жалобами на зуд век, слезотечение, сильный насморк, чиханье, которые беспокоят его четвертый год подряд в апреле-мае. В лечении антигистаминные препараты 1 поколения с незначительным эффектом. При употреблении яблок, моркови, вишни, орехов – першение в горле, периодически осиплость голоса. Отец больного страдает бронхиальной астмой. Пациент от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. При осмотре: температура тела 36,7 °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание везикулярное. Тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы -

		1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,016, слизи – нет, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет. Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких малоструктурны. Лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны. В цитологии носового секрета – эозинофилы 45%. Консультирован ЛОР – аллергический ринит Осмотр отоларинголога: аллергический конъюнктивит Начата сублингвальная аллерген-специфическая иммунотерапия с применением аллергена пыльца березы. Однако пациент часто ездит в командировки и пропускает введение аллергена, так как не может соблюдать требования по температурному хранению аллергенов.
В	1	Назовите основные лечебные формы аллергенов
Э	-	-Водно-солевые экстракты аллергенов пыльцы деревьев, злаковых трав, сорных трав, домашней пыли, клещей рода <i>Dermatophagoides</i> для подкожной АСИТ; -аллергоиды, полученные путем полимеризации аллергена формальдегидом или карбамелированием; -аллергены, адсорбированные на суспензии фосфата кальция или гидроокиси алюминия, для подкожной АСИТ; -аллергены для сублингвального применения.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана возможность применения аллергоидов
P0	-	Ответ неправильный
В	2	В случае невозможности ежедневной сублингвальной иммунотерапии какие лечебные формы аллергенов предпочтительнее применять у данного пациента?
Э	-	У данного пациента предпочтительнее применять таблетированные формы препаратов или аллергоиды, так как они не требуют соблюдения холодовой цепи и могут храниться при температуре 25С.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный: не указана возможная температура хранения.
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Какой лабораторный показатель может быть использован для оценки безопасности аллерген-специфической иммунотерапии?
Э	-	На повышенный риск острых реакций у пациентов, получающих АСИТ, может указывать повышение базового уровня триптазы более 15 mg/l, что отражает повышенное количество тучных клеток
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный

В	4	Следует ли соблюдать строгую диету при проведении сублингвальной иммунотерапии?
Э	-	Поскольку проведение сублингвальной АСИТ подразумевает продолжительное лечение, специальной строгой диеты, как в случае с инъекционными методами АСИТ не требуется. Однако в дни употребления продуктов-гистаминолибераторов в большом количестве принимать аллергенный препарат не следует. В каждом случае при наличии реакций пищевой непереносимости назначается индивидуальная диета.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Какие реакции относятся к местным побочным реакциям при проведении сублингвальной иммунотерапии?
Э	-	Зуд/отек ротовой полости, языка или губ; першение в горле, тошнота, боли в животе, рвота, диарея, изжога или отек языка
P2	-	Ответ полный
P1	-	Ответ неполный: указаны не все симптомы
P0	-	Ответ неправильный: не указано большинство симптомов.
Н	-	033
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент обратился к аллергологу с жалобами на появление зудящей сыпи на всем теле практически ежедневно с конца октября до февраля в течение последних лет. Хронические заболевания отрицает. На момент осмотра беспокоит сильный зуд кожи. Наследственность неотягощена. Ранее не отмечалось реакций ни на пищевые, ни на лекарственные антигены. Переливаний препаратов крови, операций не было. Объективно: состояние средней тяжести. На коже стоп, рук в области кистей и предплечья, на лице элементы уртикарной сыпи, возвышающейся над поверхностью кожи, местами сливная. В зеве число Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б.

В	1	Ваш предположительный диагноз. Обоснуйте диагноз.
Э	-	Хроническая физическая крапивница (холодовая аллергия). Наличие типичных уртикарных элементов дает основание поставить диагноз крапивницы. Длительность крапивницы более 6 недель свидетельствует о хронической крапивнице. Обострения крапивницы отмечаются только в холодное время года, что позволяет предположить, что имеет место холодовая крапивница.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован правильно
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неправильно
В	2	Какие дополнительные вопросы необходимо задать пациенту? Обоснуйте ваши вопросы.
Э	-	1. Сколько времени проходит между появлением первых элементов и исчезновением последних – от нескольких часов или более 24 часов? – При острой крапивнице элементы исчезают в течение нескольких часов. 2. Элементы крапивницы исчезают бесследно или оставляют пигментацию, шелушение? – Резидуальная гиперпигментация, особенно на нижних конечностях, может указывать на васкулит 3. Сыпь появляется в одно то же время суток? 4. Есть ли эффект от антигистаминных препаратов? 5. Сопровождают ли высыпания ангиоотеки? 6. Не выезжал ли пациент в регионы с высоким риском заражения инфекционными или паразитарными заболеваниями? 7. Сыпь появляется на улице или когда пациент приходит с улицы в помещение? – появление крапивницы, когда температур кожи возвращается к норме характерно для холодовой крапивницы 8. Нет ли дома животных?
P2	-	Ответы поставлены полно и обоснованы правильно
P1	-	Ответы поставлены и обоснованы неполно
P0	-	Ответы поставлены неправильно или нет обоснования
В	3	Какое аллергологическое обследование необходимо провести?
Э	-	1. Аппликация кубиков льда на предплечье на 10-15 минут 2. Выполнение физических упражнений в течение 15 минут на холоде (4°C) для диагностики холодовой холинергической крапивницы 3. Пребывание в холодной комнате (4°C) без одежды в течение 20 минут для диагностики системной холодовой крапивницы 4. При сопутствующем дермографизме нужно провести модифицированный тест: погрузить предплечье в холодную воду (4°C) на 10 минут
P2	-	Аллергологическое обследование проведено полно и правильно
P1	-	Аллергологическое обследование проведено полно, но не правильно
P0	-	Аллергологическое обследование проведено неполно или неправильно
В	4	Каков диагностический алгоритм у пациентов с хронической

		крапивницей?
Э	-	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое обследование, ревматологические пробы, паразитологическое обследование, вирусологическое обследование, УЗИ органов брюшной полости, выявление аутоиммунной патологии, например, аутоиммунного тиреоидита, ФГС, выявление хеликобактер пилори, бактериологические посевы, биопсия кожи. Конкретная клиническая ситуация определяет объем обследования. Консультации специалистов в зависимости от результатов обследования: дерматолог, ревматолог, онколог, паразитолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, психоневролог, отоларинголог. Причинно – следственную связь заболеваний с крапивницей определяет аллерголог.
P2	-	Необходимый объем обследования определен правильно
P1	-	Необходимый объем обследования определен неполно
P0	-	Необходимый объем обследования определен неправильно
В	5	Каковы направления лечения и профилактические рекомендации?
Э	-	Длительно назначаются неседативные блокаторы H1-рецепторов, а также неседативные блокаторы H2-рецепторов (циннаризин, акривастин). При выявлении очагов инфекции – антибактериальные препараты. Возможно проведение холодовой десенсизации (закаливания под руководством специалиста). Пациенту рекомендуется ношение теплой одежды, ограничение самостоятельного закаливания, ограничение пребывания на улице в период обострения, избегать употребления холодной пищи и напитков, не купаться в холодной воде и в открытых водоемах. Холодная пища может вызвать отек губ и языка. Общее переохлаждение может привести к появлению генерализованной крапивницы, гипотонии, что может закончиться утоплением. Необходимо пациенту носить «Паспорт больного аллергией». Пациента и его окружение необходимо обучить методам оказания неотложной помощи.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
Н	-	034
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациент обратился к аллергологу в июле с жалобами на зуд носа и глаз, заложенность носа, ринорею, приступообразное чихание круглогодичного характера в течение 3 лет. Получал лечение у отоларинголога антигистаминными препаратами 1 поколения- без эффекта. Пищевой и лекарственный анамнез без особенностей. Наследственность неотягощена. В дошкольном возрасте часто болел простудными заболеваниями, 2 раза с обструктивным синдромом. Со слов пациент элиминационный режим соблюдает, животных дома нет и не было, подушка и одеяло синтепоновые. Пациент не курит. Дома есть очиститель воздуха. При опросе аллергологом было выяснено, что в квартире есть диван, 6 мягких стульев и антикварное кресло. Состоит на учете у аллерголога. При кожном тестировании с небактериальными аллергенами выявлена сенсibilизация к D.pteronissinus +++; D. farinae ++. При кожном тестировании с другими группами небактериальных аллергенов сенсibilизации не выявлено. Получал АСИТ «Сталораль — аллерген клеща домашней пыли» в течение года — без эффекта. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. 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. Дизурических явлений нет. Осмотр отоларинголога: при передней риноскопии: резкий отек передней носовой раковины с инъекцией сосудов, слизистая с синюшным оттенком.
В	1	Какое обследование необходимо провести дополнительно для решения вопроса о целесообразности продолжения специфической алерговакцинации клещом домашней пыли?
Э	-	Для прогнозирования эффекта аллерген-специфической иммунотерапии необходимо определить специфические IgE к мажорным компонентам клещей домашней пыли nDer p1, rDer p2 и к минорному компоненту клещей домашней пыли Der p10 (тропомиозину).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	По результатам аллергологического обследования in vitro I выявлены специфические IgE с экстрактами: D.pteronissinus (d1) — 1,28 kUA/l, D. Farina (d2) — 3,45 kUA/l, к смеси дом. пыли h1- 3,3

		kUA/l и смеси дом. пыли h2 - 62,5 kUA/l. Показано ли проведение пациенту специфической иммунотерапии аллергеном домашней пыли?
Э	-	Экстракты домашней пыли имеют высокую аллергенную активность. Всемирная организации здравоохранения в своем руководстве по проведению АСИТ не рекомендует проводить АСИТ экстрактами аллергенов домашней пыли, так как они являются многокомпонентными препаратами, имеют различный состав в зависимости от серии и флакона, и таким образом, и различную аллергенную активность, что может влиять на качество препарата. Это может приводить к развитию тяжелых системных побочных реакций во время проведения АСИТ, а также – к формированию сенсibilизации к другим компонентам, которые неизбежно входят в состав цельных аллергенов. Поэтому для проведения АСИТ наиболее целесообразно включение основных (мажорных) аллергенов 1- и 2-й групп обоих видов клещей <i>D. Pteronyssinus</i> и <i>farinaes</i> (Der p 1, Der p 2, Der f 1, Der f 2).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Было проведено дальнейшее лабораторное аллергологическое обследование методом ImmunoCAP. Специфические IgE с ал- лергокомпонентами: nDer p 1 — 0,06 kUA/l, rDer p2 — 0,22 kUA/l, rDer p10 — 0,01 kUA/l. Прокомментируйте все полученные результаты аллергологического обследования (кожного тестирования, данных лабораторного обследования).
Э	-	В данном случае имеет место положительный результат аллерготестирования с экстрактами в кожных пробах — для <i>D. pteronissinus</i> +++ и для <i>D. Farina</i> ++. По данным тестирования с экстрактами также был выявлен низкий уровень сенсibilизации к экстракту аллергенов домашней пыли h1. Смесь h1 включает клещи семейства Pyroglyphidae, в том числе и клещи <i>D. Farina</i> и <i>D. Pteronissinus</i> , а также частицы эпидермиса и шерсти животных, элементы насекомых. Смесь домашней пыли h2 кроме основных компонентов пыли содержит еще и значительное количество текстильных элементов, включая элементы обивок матрасов, одеял, а также материалов, используемых для обивки мебели. Наличие мягкой мебели, в том числе и антикварного кресла, может объяснять высокий уровень специфических IgE смеси домашней пыли h2 - 62,5 kUA/l. Уровни IgE к экстрактам аллергенов <i>D. pteronissinus</i> (d1) — 1,28 kUA/l, <i>D. Farina</i> (d2) — 3,45 kUA/l, а также к мажорным и минорному ал- лергокомпонентам клещей домашней пыли по технологии ImmunoCAP не достигали клинически значимых показателей. В данном случае АСИТ не показана. Вероятно, пациент сенсibilизирован к другим главным ал- лергокомпонентам клещей домашней пыли — Der f 2, Der p 3, 4, 5, 6, 7, 9, IgE к которым в низких титрах встречаются в 37-50%. Положительные результаты тестирования с экстрактами, по-

		видимому, объясняются гомологией внутри группы главных аллергенов клещей домашней пыли.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Какие рекомендации Вы дадите пациенту по дальнейшей терапии?
Э	-	Учитывая высокий титр специфических IgE к смеси домашней пыли h2 необходимо убрать мягкие стулья и антикварное кресло, а также заменить одеяло, подушку, и, по возможности, диван на новые. Для достижения контроля над симптомами аллергического ринита применяется ступенчатая терапия. Принимая во внимание жалобы пациента, имеет место аллергический ринит средне-тяжелого течения. В лечении аллергического ринита на этой ступени применяются неседативные антигистаминные препараты, либо топические глюкокортикостероиды, либо комбинация этих препаратов. Могут применяться и антагонисты антилейкотриеновых рецепторов.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный
В	5	Какой эффект дает добавление антигистаминных препаратов 2-го поколения к интраназальным кортикостероидам?
Э	-	Одновременное применение неседативных антигистаминных препаратов с топическими кортикостероидами приводит к регрессу зуда в носу, чихания, отека слизистой оболочки полости носа, что позволяет исключить применение деконгестантов для восстановления назальной проходимости. С этой целью также можно использовать комбинацию топических антигистаминных препаратов и топических глюкокортикостероидов, например, Момата Рино Адванса, который содержит топический антигистаминный препарат Азеластин и мометазона фуруат.
P2	-	Ответ дан полный правильный
P1	-	Ответ дан правильный, но не полный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	035
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациент обратился к аллергологу в ноябре с жалобами на мучительные симптомы: зуд носа и глаз, заложенность носа, ринорею, приступообразное чихание ежегодно в течение 10 лет в весенне-летний период (с апреля по июнь). В течение этих лет произошло утяжеление симптомов в сезон и появление эпизодических симптомов в течение всего года. При употреблении в пищу яблок, фундука, абрикосов, грецких орехов, груш, цитрусовых отмечался отек губ. В возрасте 7 лет однократно была крапивница и отек Квинке при употреблении яблок. Наследственность отягощена: у матери поллиноз. Бытовые условия удовлетворительные: сухо, животных нет, цветов нет, постельные принадлежности синтепоновые. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. 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. Дизурических явлений нет.
В	1	С какими группами аллергенов следует провести кожное тестирование?
Э	-	Кожное тестирование должно быть проведено с бытовыми, пыльцевыми и пищевыми, эпидермальными аллергенами.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	При кожном тестировании с небактериальными аллергенами была выявлена сенсibilизация к пыльце березы++++ с псевдоподиями, ольхи++++ с псевдоподиями, лещины++++ с псевдоподиями, дуба++++ с псевдоподиями, клена +, ясеня +, тимopheевки++++ с псевдоподиями, овсяницы ++++ с псевдоподиями, ежи сборной ++++ с псевдоподиями, мятлика +++ с псевдоподиями, райграса ++++ с псевдоподиями, лисохвоста ++++ с псевдоподиями, костра ++++, ржи ++++, кукурузы ++++, пырея ++++, подсолнечника +, полыни +, не выявлена сенсibilизация к бытовым, эпидермальным, пищевым (молоко, пшеница, рожь, яйцо, свинина) аллергенам. Показана ли пациенту специфическая иммунотерапия и какими аллергенами?
Э	-	Принимая во внимание высокий уровень сенсibilизации к пыльце деревьев и трав, а также анамнез пациенту показано проведение аллергенспецифической иммунотерапии. Однако учитывая полисенсibilизацию, необходимо дообследование – определение специфических IgE к мажорным и минорным компонентам пыльцевых аллергенов березы (rBet v 1, rBe tv 2, rBet v 4) — и

		timoфеевки rPhl p1, rPhl p 5b, rPhl p7, rPhl p 12.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	При дополнительном лабораторном обследовании были выявлены специфические IgE: rBetv1 — >100 kUA/l, rPhl 1, 5b — 37,9 kUA/l, rBet v 2, rBet v 4 — 0,03 kUA/l, rPhl p7, rPhl 12 — 0,03 kUA/l. Оцените полученные результаты.
Э	-	Выявлен очень высокий уровень специфических JgE к мажорному аллергокомпоненту березы rBetv1 — >100 kUA/l, высокий уровень антител к мажорному аллергокомпоненту тимофеевки rPhl 1, 5b — 37,9 kUA/l. Результат тестирования на перекрестно-реактивные аллергокомпоненты березы (rBet v 2, rBet v 4 — 0,03 kUA/l) и тимофеевки (rPhl p7, rPhl 12 — 0,03 kUA/l) отрицательный. Таким образом, АСИТ аллергенами березы и тимофеевки является адекватным лечением.
P2	-	Ответ правильный и полный
P1	-	Оценка полученных результатов неполная: отсутствует анализ IgE к минорным аллергенам
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Сделайте прогноз эффективности аллергенспецифической иммунотерапии. Какие аллергены следует применять в данном случае для лечения?
Э	-	Прогноз эффективности АСИТ — высокий как с аллергеном березы (так как имеются только специфические IgE к мажорному компоненту rBetv1 пыльцы березы и отсутствуют антитела к минорным компонентам пыльцы березы rBet v 2, rBet v 4), так и с аллергеном тимофеевки (имеются высокие уровни антител к мажорным компонентам пыльцы тимофеевки rPhl 1и rPhl 5 и отсутствуют антитела к минорным компонентам пыльцы rPhl p7, rPhl 12). При этом следует отдать предпочтение АСИТ с аллергеном березы, принимая во внимание наличие орального аллергического синдрома.
P2	-	Ответ правильный и полный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Чем обусловлены проявления орального аллергического синдрома?
Э	-	Проявления орального аллергического синдрома могут быть обусловлены высокой степенью сенсибилизации к мажорным аллергокомпонентам суперсемейства PR-10 (патогенетически значимые белки)— Bet v 1, rPhl p 1, rPhl p5b и высокой степенью гомологии внутри суперсемейства. Белки семейства PR-10 предрасполагают к аллергическим реакциям на фрукты семейства розоцветных, фундуку, моркови, сельдерею. Они термически не устойчивы, после термической обработки в процессе приготовления теряют свои иммуногенные свойства.
P2	-	Ответ правильный и полный

P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
H	-	036
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приеме у аллерголога пациент с жалобами на ежедневное круглогодичное затруднение носового дыхания, пароксизмы чихания, ринорею, стекание слизи по задней стенке глотки, снижение обоняния в течение последних 3 лет. Начало заболевания пациент не помнит. Ухудшение отмечается при смене погоды, при вдыхании резких запахов. Симптомы не уменьшаются при приеме антигистаминных препаратов 1 – го поколения. По данным истории развития каких-либо аллергических реакций, обструктивного синдрома не было зафиксировано. Пациент часто простудными заболеваниями, но без синуситов, отитов. Наследственность: неотягощена. Бытовые условия: сухо, животных нет. Пациент не курит, пассивное курение также исключено. В последний месяц после физической нагрузки пациент стал кашлять, появилось чувство затрудненного выдоха, которые проходят самостоятельно в покое. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, палочки - 2%, эозинофилы - 2%, сегменты - 54%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 8 мм/ч. Пациент осмотрен отоларингологом, исключены полипы, искривление носовой перегородки. В риноцитограмме наблюдается эозинофилия более 20% в назальном секрете, поэтому пациент был проконсультирован аллергологом по месту жительства, было проведено аллергологическое обследование с небактериальными аллергенами (домашняя пыль, клещ домашней пыли, шерсть животных, пыльцевые аллергены), сенсibilизации не выявлено. Общий IgE 80 МЕ/мл. Аллергологом был рекомендован курс антигистаминных препаратов 2-го поколения, но эффекта не было. Поэтому пациент решил обратиться к другому аллергологу.
В	1	Ваш предположительный диагноз.
Э	-	Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES).
P2	-	Диагноз поставлен правильно

P1	-	Диагноз поставлен неполно: неаллергический ринит
P0	-	Диагноз поставлен неправильно: аллергический ринит
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом относится к группе неаллергических ринитов, что подтверждается отсутствием атопии – нормальное содержание общего IgE, отрицательные кожные пробы с небактериальными аллергенами. Характерно ограниченное эозинофильное воспаление без системной эозинофилии и атопии. Для этого ринита типична местная реакция на неблагоприятные факторы, которая ограничивается слизистой оболочкой полости носа.
P2	-	Обоснование дано полно
P1	-	Обоснование дано неполно
P0	-	Обоснование дано неправильно
В	3	С какими ринитами следует дифференцировать неаллергический ринит с эозинофильным синдромом?
Э	-	1. С аллергическим ринитом – системная эозинофилия, положительные результаты аллергологического обследования, эффект от антигистаминных препаратов и топических глюкокортикостероидов. 2. Локальный аллергический ринит (ЛАР) – заболевание, характеризующееся локальной гиперпродукцией IgE в слизистой оболочке полости носа в ответ на круглогодичные и сезонные аллергены с Th2- профилем воспаления в слизистой оболочке носа в ответ на аллергенный стимул. При ЛАР клинико-лабораторные характеристики очень схожи с таковыми при NARES. При них отмечается отсутствие атопии, подтверждаемое нормальными уровнями общего и специфических IgE в сыворотке крови, отрицательными результатами кожных скарификационных проб с аллергенами, при этом заболевание проявляется типичными симптомами АР. Критерием отличия NARES от ЛАР являются отрицательные назальные провокационные тесты, в особенности с <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> . 3. Неаллергический ринит с нейтрофилами (NARNE) – в риноцитограмме число нейтрофилов более 50% 4. Неаллергический ринит с тучными клетками (NARMA)- в риноцитограмме число тучных клеток более 10% от общего числа клеток 5. Неаллергический ринит с эозинофилией и тучными клетками (NARESMA)- в риноцитограмме число эозинофилов более 20%, число тучных клеток более 10%.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	С чем связано появление кашля и чувства заложенности в груди после физической нагрузки?

Э	-	У некоторых пациентов с NARES была обнаруживается бронхиальная гиперреактивность. Так как слизистая оболочка полости носа является первым барьером верхнего отдела дыхательного тракта на пути микроорганизмов, аллергенов и инфекционных агентов, ее состояние может в той или иной степени влиять на всю деятельность дыхательной системы. Высказано предположение, что хроническое эозинофильное воспаление с цитотоксическим действием эозинофильных гранул может приводить к процессам ремоделирования слизистой оболочки полости носа, что, в свою очередь, негативно сказывается на функционировании всей дыхательной системы и вызывает бронхиальную гиперреактивность и бронхиальную астму.
P2	-	Ответ дан полный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Какие рекомендации Вы дадите пациенту? Требуется ли наблюдение у аллерголога?
Э	-	Основой терапии данной патологии является применение топических стероидов, которые влияют на все звенья локального воспалительного процесса. В некоторых исследованиях показано усиление действия топических кортикостероидов антигистаминными препаратами неседативного действия. Поскольку сенсibilизации не выявлено, наблюдение у аллерголога не показано. С данной патологией пациенты наблюдаются у отоларинголога, при развитии бронхиальной астмы – у пульмонолога.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	037
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На приеме у аллерголога спортсмен с жалобами появление ринореи и заложенности носа при беге на длительные дистанции в течение последних 3 месяцев. Эти симптомы проходят в покое, иногда после приема назальных кортикостероидов. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, палочки - 2%, эозинофилы - 7%, сегменты

		- 60%, лимфоциты - 31%, моноциты - 5%, СОЭ - 8 мм/ч. Наследственность: неотягощена. Бытовые условия: сухо, животных нет. Пациент не курит, пассивное курение также исключено. Пациент осмотрен отоларингологом, исключены полипы, искривление носовой перегородки. В риноцитогамме наблюдается число эозинофилов 5% в назальном секрете. Пациент в детстве наблюдался у аллерголога, была выявлена бронхиальная астма, длительно проводилась базисная терапия ингаляционными кортикостероидами с эффектом – приступы удушья прекратились и в течение последних 6 лет пациента ничего не беспокоило. При аллергологическом обследовании отчетливой сенсibilизации не было выявлено, поэтому специфическая иммунотерапия не проводилась. Пациент беспокоится, что симптомы бронхиальной астмы снова появятся и он не будет допущен к соревнованиям, потому что придется принимать лекарства. Также пациент отмечает, что при физических нагрузках после употребления в пищу сельдерея, креветок, орехов у него появляется зудящая сыпь, которая проходит после антигистаминных препаратов, таких как, например, супрастин или тавегил.
В	1	Согласно инструкции Международного олимпийского комитета у всех спортсменов независимо от предшествующей терапии должны быть получены доказательства наличия бронхиальной астмы физического напряжения. В рекомендациях ARIA указано, что больные ринитом имеют субклиническую бронхиальную обструкцию, и, следовательно, спортсмены с ринитом требуют тщательного обследования на наличие возможной БА. Какие методы доказательства применяются в этой ситуации?
Э	-	Членами Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI Interest Group on Allergy, Asthma and Sports — IGAAS) вместе с Европейским респираторным обществом (European Respiratory Society — ERS) подготовлены основанные на принципах доказательной медицины новые документы (position paper) по диагностике бронхоспазма физической нагрузки и подтверждению диагноза астмы у спортсменов. При проведении бронхопровокационных тестов снижение показателя ОФВ1 на 10 % и более после физической нагрузки следует рассматривать как индикатор бронхоспазма физической нагрузки у спортсменов. Об обратимости бронхиальной обструкции после ингаляции бронходилататоров можно судить по увеличению ОФВ1 на 12 % и более по сравнению с исходным значением. О наличии гиперреактивности бронхов у спортсменов, получавших ингаляционные глюкокортикостероиды в течение 3 месяцев и более, свидетельствует снижение ОФВ1 на 20 % от исходного уровня при концентрации метахолина (РС 20) 16 мг/мл; у спортсменов, не получавших такую терапию, — РС 20 < 4 мг/мл.
P2	-	Ответ дан правильный

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	При повторном аллергологическом обследовании выявлена сенсibilизация к пыльце березы++, ольхи++, лещины+, райграса ++, лисохвоста +, костра +++++, подсолнечника +, к клещам дом пыли+. Могут ли данные аллергологического обследования свидетельствовать о наличии гиперреактивности бронхов?
Э	-	Уровень сенсibilизации к пыльце деревьев и трав, к бытовым аллергенам низкий, поэтому проведение специфической алерговакцинации не требуется, тем более, что нет характерного анамнеза аллергии на пыльцу. Данные аллергологического обследования не могут свидетельствовать о наличии гиперреактивности бронхов.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	При проведении бронхопровокационного теста с физической нагрузкой получено снижение показателей ОФВ1 на 15 %. Требуются ли назначение каких-либо медикаментозных препаратов?
Э	-	Препараты, разрешенные к использованию при БА и аллергическом рините: — ингаляционные формы АВА, ипратропиума бромид; — кромоны (кромогликат динатрия и недокромил натрия); — топические (ингаляционные и назальные) ГКС; — антагонисты лейкотриеновых рецепторов (аколат, сингуляр); — метилксантины; — антигистаминные препараты. На применение агонистов β_2-адренорецепторов короткого и пролонгированного действия требуется специальное разрешение МОК. Поскольку антигистаминные препараты не дают эффекта при бронхоспазме физической нагрузки и с учетом данных бронхопровокационного действия, которые свидетельствуют о наличии скрытого бронхоспазма, пациенту необходимо назначить длительный курс ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с топическими назальными кортикостероидами, или антагонистов лейкотриеновых рецепторов на 3 – 6 мес.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	Как расценивать появление сыпи при употреблении в пищу сельдерея, креветок, орехов после физических нагрузок?
Э	-	Имеет место анафилаксия при пищевой аллергии, индуцированная физической нагрузкой. Если физическая нагрузка необходима, то после употребления в пищу сельдерея, креветок, орехов, гречи, яблоков, фруктов,

		физическая нагрузка может быть разрешена не ранее, чем через 2 – 4 часа. Либо можно употреблять эти продукты только после физической нагрузки. Необходимо также обращать внимание на наличие скрытых пищевых аллергенов. Такая же реакция после физической нагрузки может быть спровоцирована приемом алкоголя.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Какие еще рекомендации должен дать врач аллерголог – иммунолог?
Э	-	1.Проводить элиминационные мероприятия: гипоаллергенная диета, а также использовать стратегии по уменьшению аллергенов в окружающей среде уровня раздражителей, например, мелких частиц и диоксида азота в ледовых дворцах для хоккея с шайбой или паров хлора в плавательных бассейнах. Приверженцам зимних видов спорта могут помочь специальные устройства, улучшающие теплообмен воздушных масс, а при занятиях спортом летом можно использовать специальные маски, препятствующие проникновению аллергенов. Уменьшить количество загрязнителей жилых помещений. Избегать пассивного курения. Не курить. 2. Не применять без разрешения для лечения вирусных инфекций лекарства, которые могут содержать запрещенные вещества: эфедрин, псевдоэфедрин и др.). 3. Избегать инфекционных заболеваний. Вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции. 4. Повторять аллергологическое обследование 1 раз в 2 – 3 года. При усилении уровня сенсибилизации необходимо рассмотреть вопрос о проведении аллергенспецифической иммунотерапии. 5.При сохранении высыпаний после употребления в пищу сельдерея, креветок, орехов дополнить аллергологическое обследование молекулярной диагностикой с определением тропомизоинов, патоген-связанных белков.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	038
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребенка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, медом. С 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребенок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить. Бытовой анамнез: дома сухо, есть кошка породы Сфинкс. Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Атопический дерматит, младенческая форма, средней степени тяжести, распространенный, период обострения. Пищевая аллергия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз ставится на основании - анамнеза жизни – грудное вскармливание до 3 месяцев, при этом мать пила много чая со сгущенным молоком, медом, с 3 месяцев ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью

		«Малютка», в 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке, у матери ребенка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад, курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить - анамнеза заболевания – высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые), ребенок постоянно получает лечение, в амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами, продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. - объективного осмотра - мать жалуется на наличие у ребенка высыпаний на коже в области лица, шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодич в виде гиперемии кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение, умеренного кожного зуда, наблюдаются множественные эрозии и корки, зуд нарушает сон, при осмотре возбуждена, осмотреть себя дает с трудом, не контактна, кожа сухая, л/узлы увеличены до размеров «лесного ореха», язык «географический» - данных лабораторного исследования – ОАК - эозинофилы – 10%
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.
В	3	Составьте и обоснуйте план аллергологического обследования пациента
Э	-	Необходимо определить специфические IgE к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам. Кожное тестирование провести не удастся, так как у ребенка атопический дерматит в стадии обострения.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	При лабораторном аллергологическом обследовании выявлены специфические IgE к шерсти кошки++, к пыльце полыни++, к молоку++, к белку яйца+++, свинине++. Нужно ли провести еще какое-либо аллергологическое лабораторное обследование?
Э	-	Для более конкретных рекомендаций по питанию и быту, а также вакцинации необходимо выявить специфические IgE к: 1. мажорным и минорным компонентам аллергенов кошки rFel d1, rFel d4, Fel d 2, 2. к альфа-лактобумину, бета-лактобумину, к сывороточному альбумину, к казеину 3. к компонентам белка яйца – овомукоиду, овальбумину, кональбумину, овотрансферину, лизоциму. 4. К антигенам пыльцы полыни – nArt v1, nArt v3, rPhl p7, rPhl p 12

P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	При дополнительном обследовании выявлены специфические IgE к овоальбумину+++, к овомукоиду++, к казеину+++, к альфаалакальбумину++, к полыни Art v1++, Art v 3++, не выявлены к лизоциму, кональбумину, овотрансферину, rFel d1, rFel d4, Fel d 2, к сывороточному альбумину. Дайте заключение по результатам.
Э	-	Овомукоид – основной аллерген белка яйца, он устойчив к действию протеаз и термической обработке. Овоальбумин – также термически устойчивый белок. Таким образом, пациент имеет высоких риск клинических проявлений на яйцо и высокий риск постоянной ллергии на яйцо. Наличие антител к казеину также свидетельствует необходимости строгой гипоаллергенной диеты с полным исключением молока и молочных продуктов. Компонент полыни Art v1 –основной аллерген, его обнаружение позволит предположить наличие перекрестных реакций, например, к пыльце амброзии и подсолнечника. Белок Art v 3 – важный диагностический маркер пищевой аллергии, возможна связь между сенсibilизацией к компоненту пыльцы полыни Art v 3 и аллергическими реакциями на фрукты. В основе коросс-реактивности полынь – персик лежит гомологичность этих аллергенов. Отсутствие специфических IgE к мажорным и минорным аллергенам кошки позволяет на данный момент исключить аллергию к кошке.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	039
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К аллергологу обратился пациент 17 лет с жалобами на постоянный зуд кожи и высыпания в складках. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды первые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3050 гр, длина 51,0 см. На искусственном вскармливании

		с рождения адаптированными молочными смесями, с 10 месяцев в питании неадаптированные молочные смеси (козье молоко до 400 мл/сут). Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевую аллергию отрицает. 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. Простудными заболеваниями болеет редко. Анамнез заболевания: кожные проявления с 3 –летнего возраста, улучшение в летний период. Лечение симптоматическое, элиминационные диеты не соблюдает, увлажняющие косметические средства ухода использует эпизодически. Со слов: никакое лечение не помогает. Предыдущее обострение 2 месяца назад, связывают с перенесенной герпетической инфекцией на лице. 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 поражения выражена лихенификация, обилие эскориаций, участки мокнутия, единичные высыпания по типу пиодермии. На коже лица везикулярная сыпь по ходу тройничного нерва. Шейные л/узлы до 1,5 см, умеренно болезненные, эластичные. Уровень общего IgE 980 kIU/L. Глистные инвазии исключены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, подростковая форма, распространенный, средне-тяжелое течение, обострение, осложненный вторичной инфекцией. Варицелла-зостер инфекция, реактивация.
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.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Каковы показания к госпитализации при атопическом дерматите?
Э	-	-обострение АтД, сопровождающееся нарушением общего состояния; - распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием; - рецидивирующие кожные инфекции, -эритродермия, -герпетическая экзема, - тяжелая форма АТ, не отвечающая на стандартную терапию, -отсутствие приверженности больного к выполнению рекомендаций врача. У данного пациента есть показания к госпитализации: вторичное инфицирование, кожная инфекция, отсутствие приверженности

		пациента к терапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Какие противовоспалительные препараты применяются для терапии атопического дерматита и есть ли показания к их назначению у данного пациента?
Э	-	К группе противовоспалительных препаратов, применяемых при АД, относятся: топические глюкокортикостероиды и топические ингибиторы кальневрина. Но наличие у пациента вирусной инфекции кожи и пиодермии являются временным противопоказанием для их назначения. После купирования инфекционных проявлений показано применение топических ингибиторов кальневрина, так они достоверно снижают степень колонизации кожи золотистым стафилококком уже в первую неделю т начала терапии в отличии от топических стероидов, у которых этот эффект наступает только через 2 недели от начала терапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	Требуется ли состояние пациента назначения системной антибактериальной терапии? Каков диагностический алгоритм?
Э	-	Учитывая единичные высыпания по типу пиодермии можно воздержаться от применения системной антибактериальной терапии. Однако возможно определение IgE антител к стафилококковым энтеротоксинам (СЭ) в периферической крови (стафилококковому энтеротоксину С, TSST, в меньшей степени – к А и В). Наличие этих антител указывает на настоящую или предшествующую стимуляцию местной иммунной системы энтеротоксином. Высокий уровень общего IgE и увеличение IgE к СЭ свидетельствуют о текущей активности суперантигена (золотистого стафилококка), а также помогает проводить дифференциальную диагностику с атопией, которая может сосуществовать или предшествовать. Таким образом, принимая во внимание высокий уровень IgE и отсутствие глистных инвазий можно предположить наличие выраженного воспалительного процесса. Таким образом, данному пациенту показано проведение системной антибиотикотерапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Назовите состояния, сопровождающиеся экстремально высоким уровнем общего IgE.
Э	-	Атопический дерматит и пищевая аллергия Паразитарные болезни Первичные иммунодефициты – гипер-IgE синдром, синдром

		Нетертона Вич- инфекция IgE-миелома, лимфо-ретикулярная опухоль.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	040
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К аллергологу в конце мая обратился пациент 14 лет с жалобами на зуд глаз, светобоязнь с конца марта по конец июня в течение последних 2 лет. Зуд усиливается к вечеру. Ухудшение пациент отмечает в сухую ветреную солнечную погоду. Антигистаминные препараты с кратковременным эффектом. Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды первые, срочные, самостоятельные. Вес при рождении 3050 гр, длина 51,0 см. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевую аллергию отрицает. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям неотягощена. Бытовые условия: квартира, сухо, тепло, ковров, цветов – нет, домашних животных нет, постель – синтетика. Простудными заболеваниями болеет редко. Объективно: верхние веки отечны, утолщены с обеих сторон. На слизистой верхнего и в меньшей степени нижнего века отмечается выраженная гипертрофия сосочков до 8 мм в диаметре (эффект «булыжной мостовой»), утолщенные железообразные разрастания. Слезная жилкость тягучая и липкая. Под верхним веком – спиралевидные скопления. Выявлено изъязвление роговицы. При осмотре у окулиста в слезной жидкости выявлены эозинофилы до 9%. Рекомендована консультация аллерголога
В	1	Ваш предположительный диагноз
Э	-	Учитывая отсутствие отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям, каких-либо аллергических заболеваний в анамнезе, отсутствие терапевтической активности антигистаминных препаратов, сезонность заболевания, данные

		объективного осмотра («буллезная мостовая») можно думать о весеннем катаре. Наличие выраженной фолликулярной реакции отличает весенний катар от других поражений конъюнктивы.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	2	Какова причина развития «весеннего катара»?
Э	-	Причина весеннего катара или весеннего кератоконъюнктивита до настоящего времени не выяснена. Предполагают, что в основе лежит псевдоаллергическая фолликулярная реакция в конъюнктиве, которая возникает в ответ на неспецифические раздражители (ультрафиолетовые лучи при повышенной чувствительности к ним). Чаще всего это заболевание поражает мальчиков, возраст от 4 до 20 лет. Наибольшая выраженность симптомов весной и летом в областях с жарким сухим климатом. Увеличенные фолликулы могут механически повреждать роговицу, что приводит к развитию точечного кератита или изъязвления роговицы.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	3	Какова терапия весеннего кератоконъюнктивита?
Э	-	Показано применение базисной терапии – стабилизаторов тучных клеток: лекролин, кромогесал, в более тяжелых случаях – задитен или Опатанол, или в сочетании с сосудосуживающими компонентами - Полинадим, Бетадрин, Диабенил. Действуют не сразу. Антигистаминные глазные капли (левокабастин, азеластин) начинают действовать быстрее. В более тяжелых случаях – применение местных кортикостероидов или глазных капель с содержанием 0,5-2,0% циклоспирин А, или системных кортикостероидов. Для купирования зуда могут применяться и системные неседативные антигистаминные препараты.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Следует ли проводить аллергологическое обследование данному пациенту?
Э	-	Следует провести также и аллергологическое обследование для исключения аллергического конъюнктивита. По европейским стандартам всем пациентам с подозрением на аллергию сначала проводят первичный качественный скрининг с помощью специфических аллерготестов на атопию Фадиотоп ImmunoCAP, который содержит самые распространенные ингаляционные аллергены. В случае положительных результатов скрининговых тестов затем пациенту назначают определение специфических IgE для выявления аллергенов для каждого конкретного пациента.

P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	При обследовании пациента в конце марта специфических IgE к различным группам небактериальных аллергенов не было выявлено. Содержание общего IgE 110 Кг/л. Как часто следует проводить аллергологическое обследование пациентам с подозрением на аллергическое заболевание? Каковы могут быть причины триггетных результатов IgE?
Э	-	Аллергологическое обследование следует проводить ежегодно. Причиной отрицательных результатов могут быть: 1. В случае аллергенов, активных время о времени 2. Сезонных или круглогодичных аллергенов с недостаточной экспозицией 3. Если сенсibilизация только начала развиваться и еще относительно слаба.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	041
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар после осмотра участкового врача поликлиники с направляющим диагнозом: детская экзема. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, угрозы прерывания во втором триместре, лечение стационарное, обострение хронического пиелонефрита в третьем триместре, в терапии антибактериальные препараты цефалоспоринового ряда, уроантисептики, фитотерапия, витаминотерапия. Роды вторые, срочные, оперативные (кесарево сечение). Масса тела при рождении 3000 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-ые сутки, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2.5 месяцев, далее переведен на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями на основе интактного белка коровьего молока, по причине гипогалактии у матери. Вакцинация по индивидуальному графику, поствакцинальные реакции и

	осложнения не отмечались. Лекарственная аллергия – отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по atopическим заболеваниям отягощена: мать – 29 лет, страдает экземой; отец – 31 год, страдает поллинозом, старший брат – 7 лет, до 3 лет – проявления atopического дерматита. ЖБУ: квартира, влажно, ковры, цветы, домашние животные – кот, постель – хлопок. ОРИ однократно в 3 месяца, осложненная обструктивным синдромом. Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями на основе интактного белка коровьего молока (смесь «Нутрилон 1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Нутрилак Соя», «НАН», «НАН кисломолочный», «Симилак»), на фоне чего кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств (гормональные кремы, мази; травяные ванны) и антигистаминных препаратов (фенистил, зиртек) давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша на коровьем молоке, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваarenными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит, беспокоит выраженный зуд. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами гнойными корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, ягодичных складок мокнутие, выраженная гиперемия и крупнопластинчатое шелушение. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 125 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваarenными комочками и слизью. Общий анализ крови: НЬ – 97 г/л, Эр – $3,7 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,78, Лейк – $11,2 \times 10^9/л$, п/я – 7%, с – 33%, э – 9%, л – 41%, м – 10%, СОЭ – 12 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочеви́на – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л. Натрий -139 ммоль/л, железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л,
--	--

		железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л, IgE – 830 МЕ/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Атопический дерматит, экссудативная форма, младенческая стадия, тяжелой степени тяжести, распространенный, период обострения, осложненный вторичной инфекцией. Аллергическая энтеропатия. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока, белок пшеницы). Железодефицитная анемия легкой степени, гипохромная, обменно-алиментарная.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены степень тяжести атопического дерматита, анемии; неверно оценена форма и период основного заболевания; диагноз пищевой аллергии (ПА) выставлен без учета патогенетического принципа (EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines, 2014).
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Атопический дерматит поставлен на основании наличия хронического воспалительного процесса и рецидивирующего течения заболевания, на что указывает клиническая картина кожного синдрома (с 2.5 месяцев – на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. В настоящее время на момент госпитализации в стационар – на волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами гнойными корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, ягодичных складок мокнутие, выраженная гиперемия и крупнопластинчатое шелушение), также на основании генетической предрасположенности к атопии (мать – 29 лет, страдает экземой; отец – 31 год, страдает поллинозом, старший брат – 7 лет, до 3 лет – проявления атопического дерматита), возрастные особенности клинических проявлений (Экзематозный характер поражения кожи; преобладание островоспалительных явлений (эритематозные, мокнущие бляшки, покрытые корочками), локализация: лицо, шея, лоб, щеки, ягодицы, туловище, разгибательные поверхности конечностей, распространенные поражения, у 30% может протекать с шелушением и инфильтрацией (эритематосквамозная форма), манифестация – с 7-8 нед жизни до 2-3 лет: дебют в первые 6 мес жизни – 45% случаев, на 1 году жизни – 60%), и повышение уровня сывороточного IgE,

	гиперчувствительность к специфическим (аллергенным) и неспецифическим раздражителям (IgE – 830 МЕ/л; пищевая аллергия – АБКМ, белок пшеницы, ЖБУ: влажно, ковры, цветы, домашние животные – кот); Экссудативная форма – характеризуется гиперемией, отеком, экссудацией (мокнутием) кожи, образованием корок, зудом; Младенческая форма – выставлена на основании возрастной периодизации от 2 месяцев до 2-х лет; Тяжелая степень тяжести – определена с использованием системы SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) (Тяжелому течению АД свойственны множественные и обширные очаги поражения с выраженной экссудацией, стойкой инфильтрацией и лихенификацией, с глубокими трещинами, эрозиями. Зуд сильный пароксизмальный или постоянный. Наблюдается увеличение практически всех групп лимфатических узлов до размеров «лесного ореха». Частота обострений – 5 и более раз в год. Ремиссия непродолжительная от 1 до 1,5 месяцев и, как правило, неполная. В крайне тяжелых случаях АД может протекать без ремиссий, с частыми обострениями, нередко с развитием эритродермий.) Распространенный или диффузный характер течения – в патологический процесс вовлекаются все участки тела Осложненный вторичной инфекцией - интенсивный зуд кожи наиболее часто приводит к вторичному бактериальному инфицированию. Поскольку доминирующим инфекционным микроорганизмом, определяемым на пораженных участках кожи, почти у всех больных атопическим дерматитом является <i>S. Aureus</i>, осложнения проявляются в виде таких бактериальных инфекций, как фолликулит, фурункул, псевдофурункулез, карбункул, везикулопустулез. Чаще всего инфекционные микроорганизмы осложняют течение атопического дерматита и являются причиной обострений заболевания. Кроме того, современные исследования подтверждают роль инфекционных микроорганизмов в развитии и поддержании тяжелой формы атопического дерматита, рефрактерной к традиционной терапии; Аллергическая энтеропатия – комплекс заболеваний кишечника, которые были вызваны пищевыми аллергенами, установлен на основании клинической картины (Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью); Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока, белок пшеницы), кожно-интестинальный вариант – установлен на основании анамнеза (использование в питании ребенка адаптированных молочных смесей на основе интактного белка коровьего молока, а в последствии введение зернового глютенсодержащего прикорма, приготовленного с использованием неадаптированных молочных продуктов) и клинической картины заболевания (кожный и гастро-интестинальный синдромы); Железодефицитная анемия легкой степени, гипохромная, обменно-алиментарная – установлена на основании данных пищевого
--	--

		анамнеза (ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание и использование в питании неадаптированных молочных смесей) лабораторной диагностики (Общий анализ крови: НЬ – 97 г/л, Эр – 3,7х10 ¹² /л, Ц.п, - 0,78). Биохимический анализ крови: железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л)
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.
B	3	Что в себя включает диагностика пищевой аллергии (ПА).
Э	-	1. Анамнез (основная составляющая диагностики). Должны быть оценены: • причинно-значимые аллергены; • характер реакции (немедленного или замедленного типа); • характер клинических симптомов и их тяжесть; • воспроизводимость реакции; • наличие кофакторов; • семейный анамнез; • сопутствующая патология, включая аллергические заболевания 2. Определение сенсibilизации к пище (используются стандартизированные методы) • IgE – сенсibilизация не всегда сопровождается клинической картиной ПА, соответственно, результаты обследования должны рассматриваться в контексте анамнестических данных • Кожное тестирование и оценка уровня специфических IgE могут быть методами выбора в зависимости от наличия или отсутствия противопоказаний к скарификационным пробам • IgE – сенсibilизация к аэроаллергенам, определенная при кожном тестировании и по уровню специфических IgE, используется как дополнительная информация • В случае анамнестических данных в пользу ПА и отрицательных результатов кожного тестирования, а также низких уровней специфических IgE, дается заключение о не-IgE- опосредованной ПА 3. Диагностическая элиминационная диета • Продукты, исключаемые из рациона, выбираются на основании данных анамнеза, клинических симптомов и аллергологического обследования (уровень специфических IgE и/или результаты кожного тестирования) Оценка эффективности диагностической элиминационной диеты проводится в течение 2-4 недель
P2	-	План диагностики пищевой аллергии (ПА) составлен верно.
P1	-	План диагностики пищевой аллергии (ПА) составлен верно, однако

		нет обоснования. Или Не названы один или два дополнительных метода диагностики из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы два и более дополнительных метода диагностики. Или Обоснование назначения двух и более методов диагностики дано неверно. Или План дополнительного диагностического обследования составлен полностью неверно.
B	4	Перечислите небезопасные/неадекватно восполняющие питание детей с аллергией к белку коровьего молока (БКМ) смеси. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	1. Смеси на основе частично (умеренно) гидролизованного белка. Предназначены для искусственного вскармливания детей из группы риска по развитию аллергической патологии (в Европейских странах используются, как стартовые при переводе ребенка на искусственное вскармливание не зависимо от наследственной предрасположенности по атопии), по своему назначению являются профилактическими и не могут применяться у детей с подтвержденной аллергией на БКМ. 2. Смеси на основе козьего молока / молока других млекопитающих. Смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизованных) белков молока – козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих - не рекомендуются детям с аллергией к БКМ из-за высокой перекрестной реактивности. 3. Напитки, приготовленные из сои, риса, миндаля, кокоса или каштана. Неправомочно называть «молоком», так как они не соответствуют потребностям грудных детей и не должны использоваться в их питании в качестве смеси для искусственного вскармливания.
P2	-	Все небезопасные/неадекватно восполняющие питание детей с аллергией к белку коровьего молока (БКМ) смеси перечислены и обоснованы верно.
P1	-	Все небезопасные/неадекватно восполняющие питание детей с аллергией к белку коровьего молока (БКМ) смеси перечислены верно, однако не обоснованы или обоснованы неверно.
P0	-	Все небезопасные/неадекватно восполняющие питание детей с аллергией к белку коровьего молока (БКМ) смеси перечислены неверно.
B	5	При проведении теста Фадиотоп Инфант ImmunoCAP получен отрицательный результат. При обследовании в другой лаборатории были получены положительные результаты: IgE к молоку ++, к арахису++. В коммерческом центре предложили сдать анализ, чтобы определить IgG на 90 аллергенов.
Э	-	Лаборатории должны указывать, какие тест-системы и какой

		лабораторный тест они применяют. Даже при предоставлении данных в одинаковых единицах измерения, не означает, что эти данные точные, коррелируют и заменяют друг друга. Их нельзя сравнивать с аналогичными результатами, полученными разными методами, на других приборах, с реактивами других фирм и партий изготовления. Эксперты США и Евросоюза в согласительных документах по atopическому дерматиту не рекомендуют использовать IgG и его субклассов при аллергологическом обследовании пациентов, так как отсутствует клиническая информативность их определения.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	042
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, работающий парикмахером, обратился к аллергологу впервые в августе с жалобами на зуд и заложенность носа, ринорею, приступообразное чихание круглогодичного характера в течение 3-х лет. Длительно лечился у отоларинголога: оперирован по поводу искривления перегородки носа, постоянно применял интраназальные ГКС, антигистаминные препараты. Результаты кожного тестирования с небактериальными аллергенами: D. pteronissinus +2; D. farinae +2, с другими небактериальными аллергенами результаты отрицат. Диагноз: Круглогодичный персистирующий аллергический ринит, бытовая сенсibilизация.
В	1	Показано ли пациенту проведение специфической иммунотерапии, если методом ImmunoCAP выявлены специфические IgE: rDer f2 (D. Farinae) — 4,79 kUA/l, nDer p1 (D.pteronissinus) — 1,55 kUA/l; rDer p 10 — 0,01 kUA/l. Определите прогноз эффективности АСИТ.
Э	-	Результат исследования выявили специфические IgE к мажорным аллергокомпонентам клещей домашней пыли D. Farinae (rDer f2)—положительный уровень, для nDer p1 D.pteronissinus — низкий уровень, при этом не выявлены IgE к перекрестно реагирующему минорному аллергокомпоненту — rDer p 10 (тропомиозину). Таким образом, АСИТ с аллергенами клещей домашней пыли

		является адекватным лечением. Прогноз эффективности — высокий
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	Пациент не может регулярно посещать врача для проведения инъекций, так как работает по свободному графику. Какой метод лечения аллергенами будет в данном случае наиболее предпочтительным?
Э	-	Так как пациент не может посещать врача в определенное время для проведения инъекций, наиболее предпочтительным методом введения аллергенов будет сублингвальная иммунотерапия либо таблетированными аллергенами, либо сублингвальными каплями.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	При начале проведения сублингвальной иммунотерапии у пациента появился зуд в полости рта, сухость, ощущение дискомфорта в полости рта, которые не проходят в течение 1 часа после аппликации аллергена.
Э	-	Умеренно выраженные местные побочные реакции чаще всего возникают в первые 3 дня при наборе дозы и не требуют изменения протокола. При сохранении симптомов следует приостановить лечение до исчезновения симптомов и снова возобновить. Если симптомы не проходят при остановке лечения, рекомендуется возобновить терапию совместно с применением фармакотерапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	Пациент хочет привиться против гриппа. Есть ли у него противопоказания для вакцинации?
Э	-	Поскольку у пациента идет этап наращивания дозы, в это время вакцинация не проводится. Этап наращивания дозы при применении сублингвальной терапии продолжается 9 – 11 дней. При переходе на 2 этап поддерживающей терапии (в режиме «без остановки») вакцинация возможна при соблюдении определенных правил: Для проведения вакцинации требуется временное прерывание в приеме аллергенного препарата: за 3 дня до предполагаемой вакцинации, в день вакцинации и в течение 10-14 дней после вакцинации. Поскольку перерыв в лечении бьедт от 2 недель до 1 месяца, то следует возобновить прием препарата с одного нажатия той же самой концентрации, на которой было прервано лечение, и увеличивать набор дозы согласно схеме начального этапа терапии.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный

P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Принимая во внимание, что пациент работает парикмахером, а также, что симптомы (зуд и заложенность носа, чихание) беспокоят круглогодично, можно предположить и профессиональную аллергию. Каким методом еще можно обследовать данного пациента?
Э	-	Можно провести обследование методом ISAC ImmunoCAP – высокоспецифичный метод скринингового определения антител со встроенной матрицей рекомбинантных аллергенов и иммунофлюоресцентной детекцией к IgE, а также IgG1 IgG4. Чипы способны распознать пищевые, бытовые, профессиональные, лекарственные аллергены, к которым с помощью прик-тестов или других методом исследования были получены отрицательные результаты.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	043
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент обратился с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2-х раз в неделю, возникают и ночью. Также беспокоит периодически заложенность носа, больше по утрам, чихания, проходят самостоятельно или после приема антигистаминных препаратов. Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации

		безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено. В анализах крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. В риноцитогамме: эозинофилы 15%. Результаты кожного тестирования с небактериальными аллергенами: D. pteronissinus ++; D. farinae +++, с другими небактериальными аллергенами результаты отрицат.
В	1	Показано ли пациенту проведение специфической иммунотерапии, если методом ImmunoCAP выявлены специфические IgE: rDer f2 (D. Farinae) — 44,79 kUA/l, nDer p1 (D.pteronissinus) — 1,55 kUA/l; rDer p 10 — 10,0 kUA/l. Определите прогноз эффективности АСИТ.
Э	-	Результат исследования выявили специфические IgE к мажорным аллергокомпонентам клещей домашней пыли D. Farinae (rDer f2)—положительный высокий уровень, для nDer p1 D.pteronissinus — низкий уровень, при этом выявлены IgE к перекрестно реагирующему минорному аллергокомпоненту — rDer p 10 (тропомиозину). Таким образом, АСИТ с аллергенами клещей домашней пыли является адекватным лечением. Прогноз эффективности — средний
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	2	Пациенту предложена базисная терапия ингаляционными кортикостероидами. Пациент хочет лечиться препаратами аллергоидов домашней пыли и считает, что базисная терапия будет излишней.
Э	-	Как сублингвальная, так и подкожная иммунотерапия применяются у пациентов с легкой и среднетяжелой бронхиальной астмой. У пациента бронхиальная астма легкая интермиттирующая, ассоциированная с аллергическим ринитом, поэтому ему показано и возможно проведение АСИТ. Однако согласительными документами подчеркивается, что сублингвальная и подкожная иммунотерапия проводятся при условии, что бронхиальная астма контролируется фармакотерапией. В этом случае ожидается умеренный клинический эффект в отношении симптомов астмы и стероид –спаринговый эффект.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Какие стандартизованные аллергены для проведения сублингвальной иммунотерапии разрешены в настоящее время в

		России?
Э	-	Весенняя смесь ранняя (аллергены пыльцы деревьев), микст деревьев 1 и 2, смесь трав (аллергены пыльцы луговых трав), осенняя смесь (аллергены пыльцы сорных трав), микст полыней, смесь клещей домашней пыли, смесь плесеней (грибковые аллергены), а также домашняя пыль, еж, тимopheевка, одуванчик, овсяница, амброзия, конопля, лебеда, райграс, береза, тополь.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	4	Пациент выбрал лечение сублингвальными аллергоидами. Пациент хочет привиться в рамках календаря. Есть ли у него противопоказания для вакцинации?
Э	-	Поскольку у пациента идет этап наращивания дозы, в это время вакцинация не проводится. Этап наращивания дозы при применении сублингвальной терапии аллергоидами продолжается 4 дня. При переходе на 2 этап поддерживающей терапии (в режиме «без остановки») вакцинация возможна при соблюдении определенных правил: иммунотерапия приостанавливается за неделю до вакцинации и возобновляется через 2 недели после вакцинации. Поскольку перерыв в лечении будет более 2 недель, то следует врачу – аллергологу провести корректировку схемы терапии. Разрешается врачу отступить от схем дозировок клинических или терапевтических целях (в соответствии с инструкцией).
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Какие диетические рекомендации будут даны пациенту?
Э	-	Принимая во внимание наличие специфических IgE к перекрестно реагирующему минорному аллергокомпоненту — rDer p 10 (тропомиозину) у данного пациента может быть кросс-реактивность к ракообразным (креветкам, langустам, лобстерам, крабам, кальмарам, улиткам), тараканам и аскаридам, рыбам. Также следует избегать применения косметических средств, а также лекарств, содержащих хитин (препараты для снижения веса, улучшения перистальтики кишечника, улучшения холестеринового обмена). Также следует избегать употребления в пищу продуктов или косметических и лекарственных средств, содержащих продукты жизнедеятельности насекомых (прополис, мед, маточное молочко и др.). Обращать внимание на наличие в пищевых продуктах красителя кармина E120, который получают из насекомых – червецов. Не рекомендуется купаться в водермах со стоячей водой (может развиваться бронхоспазм и конъюнктивальный синдром).
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.

P0	-	Ответ дан неправильный.
H	-	044
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа. Наследственность: сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. Болеет на фоне высокой температуры. Для снижения температуры принимает аспирин. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием диклофенака в анамнезе - заложенность носа, слезотечение, сыпь; на дыни, ежевику, вишню и клубнику - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Наблюдается у невролога с синдромом вегетативной дисфункции, часто беспокоят головные боли, для купирования которых пациентка часто принимает цитрамон. Последнее ухудшение связывает с назначением кардиомагнила, который был назначен в связи с диагностированным атеросклерозом. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Аллергологом не наблюдалась, но получала базисную терапию Серетидом, назначенную пульмонологом. Для обследования, установления клинического диагноза и подбора терапии больная поступила в клинику. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД – 22 в минуту. Кожные покровы чистые. Носовое дыхание резко затруднено. При перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС – 96 в минуту. АД – 110/70 мм 193а. Ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

		В общем анализе крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты -4,5 млн, ЦП – 0,79, лейкоциты – 8,0 тыс. (с/я – 63%), лимфоциты -21%, эозинофилы – 13%, моноциты – 3%, СОЭ – 10 мм/ч. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены, определяется уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани, утолщение стенок бронхов. Содержание общего IgE 950 КЕ/л. Результаты кожного тестирования с небактериальными аллергенами – отрицат.
В	1	Установить предварительный диагноз, обоснуйте его.
Э	-	Респираторное заболевание, индуцированное нестероидными противовоспалительными препаратами (NERD). Чаще всего проявляется триадой: бронхиальная астма, гиперчувствительность к нестероидным противовоспалительным средствам, полипозный риносинусит, который характеризуется упорным течением. Чаще всего возникает у женщин в возрасте 20-40 лет. Обострения заболевания связывают с триггерным воздействием респираторных инфекций, приемом нестероидных противовоспалительных препаратов на фоне ОРВИ или по каким-либо другим причинам. Заподозрить NERD можно у пациентов, у которых бронхиальная астма становится неконтролируемой несмотря на проводимую базисную терапию.
P2	-	Предварительный диагноз установлен верно
P1	-	Предварительный диагноз установлен неполностью
P0	-	Предварительный диагноз установлен неверно
В	2	Что такое синдром NERD?
Э	-	Синдром NERD относится к варианту неиммунологической ГЧ, связанной с нарушением метаболизма арахидоновой кислоты (АК).
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	3	Какова роль инфекций в патогенезе NERD?
Э	-	В последнее время интенсивно изучается роль суперантигенов <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) в патогенезе NERD; обнаружена высокая степень колонизации <i>S. aureus</i> слизистой дыхательных путей. Подавление активности рецепторов простогландинов E2 может быть вызвано энтеротоксином В <i>S. aureus</i> . Кроме того, выявлено, что уровень сывороточных иммуноглобулинов Е (IgE) к энтеротоксинам А и В (SEA/SEB) значительно выше у пациентов с АБА, чем у больных atopической БА. У пациентов с высоким содержанием IgE к SEA также отмечается более выраженная бронхиальная гиперреактивность. В ткани назальных полипов обнаруживаются IgE к суперантигенам <i>S. aureus</i> , уровень которых коррелирует с активностью эозинофилов. Эти факты свидетельствуют о вовлечении специфического IgE-ответа на суперантигены <i>S. aureus</i> при развитии эозинофильного воспаления

		дыхательных путей при аспириновой бронхиальной астме (АБА). Существует также гипотеза о взаимосвязи АБА с хронической вирусной инфекцией. Иммуный ответ на вирусы приводит к появлению специфических цитотоксических лимфоцитов. Их чрезмерная активация контролируется ПГЕ2, а неселективные НПВП у больных АБА блокируют продукцию ПГЕ2, следствием чего является атака цитотоксических лимфоцитов на клетки респираторного тракта, инфицированные вирусами. В процессе таких реакций высвобождаются лизосомальные ферменты и медиаторы воспаления, что приводит к персистирующему течению и обострениям АБА.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
B	4	Каковы рекомендации по исключению триггерных факторов?
Э	-	У больных NERD резистентное к терапии течение заболевания может поддерживаться различными триггерами. Наиболее важными из них считаются НПВП и природные салицилаты. Естественные салицилаты содержатся во многих растительных продуктах, но в разных концентрациях. Наблюдается дозозависимый провоцирующий эффект, поэтому пациентам рекомендуется ограничение употребления следующих продуктов: яблоки, абрикосы, апельсины, лимоны, грейпфруты, виноград, персики, дыни, сливы, финики, ежевика, малина, земляника, клубника, вишня, черная и красная смородина, крыжовник, облепиха, клюква, брусника, томаты, перец, картофель, огурцы, редис, шпинат, оливки, миндаль, арахис, кедровые, макадамия, фисташки, карри, корица, куркума, мята, розмарин, тимьян, тмин, укроп. Но полное исключение салицилатов из пищи практически невозможно, так как они обнаружены более чем в 300 видах часто употребляемых продуктов, и, кроме того, в последние годы установлено, что природные салицилаты играют важную роль в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, колоректального рака и другой патологии. Пищевые продукты с высоким содержанием салицилатов, включая специи и тартразин, используются во многих кулинарных изделиях и напитках, входят продукты длительного хранения, колбасы, сосиски, ветчина, буженина, пиво, лимонад, ликеры, кремы, пудинги, желе, марципаны и пр. Также необходимо исключить такой фактор, как респираторные инфекции. Пациенты, особенно пожилые, нуждаются в ежегодной вакцинации против гриппа, а также в защите от пневмококковой инфекции. Также может быть рекомендована вакцинация против гемофильной инфекции типа b и менингококковой инфекции. Вакцинация уменьшает частоту обострений БА и тяжелых и жизнеугрожающих обострений. Должно быть ограничено воздействие табачного дыма, других аэрополлютантов, а также профессиональных раздражителей. Необходимо тщательно проанализировать фармакологический анамнез пациента, и кроме НПВП следует обращать внимание на

		прием β-блокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Как и при других вариантах БА, эти препараты могут ухудшать контроль болезни. Так как АБА часто сочетается с атопией, после проведения аллергологического обследования должны быть даны рекомендации по обеспечению гипоаллергенных условий в быту. При инфекционном обострении NERD, с высокой вероятностью обусловленном активацией <i>S. aureus</i>, применяются антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры и индивидуального риска лекарственной гиперчувствительности: защищенные пенициллины, цефалоспорины, макролиды, респираторные фторхинолоны, фузидиевая кислота.
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Какие жаропонижающие препараты можно разрешить пациентке во время респираторных инфекций и при других ситуациях, когда требуется назначение нестероидных противовоспалительных препаратов?
Э	-	Альтернативным жаропонижающим средством является парацетамол, который в дозах не более 1000 мг обычно хорошо переносится больными NERD, хотя у 5% особо чувствительных пациентов также может вызывать реакции гиперчувствительности. При легком или умеренном болевом синдроме (зубная, головная, менструальная боль) можно использовать средние дозы парацетамола. При сильных болях – агонисты опиоидных рецепторов – наркотические анальгетики (морфин) или ненаркотические анальгетики (трамадол).
P2	-	Ответ дан правильный
P1	-	Ответ дан неполный.
P0	-	Ответ дан неправильный.
Н	-	045
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 46 лет обратился с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гнойной мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,8°C.

		Кашель с мокротой отмечает в течение 2 лет. Обострения заболевания 3-4 раза в год, преимущественно в холодную сырую погоду. Около 2 лет назад появилась одышка при физической нагрузке, мокрота стала отходить с трудом. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день. Одышки купируются ингаляцией сальбутамола. Ранее наблюдался у аллерголога с диагнозом: бронхиальная астма, средней тяжести, неконтролируемое течение. Приступы удушья появлялись после физической нагрузки, контакта с пылью. При аллергологическом обследовании сенсibilизация выявлена в клещах домашней пыли+. Базисную терапию ингаляционными кортикостероидами получал нерегулярно, но во время терапии приступов удушья не было. Наследственность: у отца – поллиноз. При осмотре: Грудная клетка бочкообразной формы. Над легочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет. Анализ крови: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч. В мокроте – э-9%. Рентгенограмма органов грудной клетки: признаки эмфиземы - легочные поля повышенной прозрачности, легочный рисунок усилен, деформирован, сосудистый рисунок усилен в центре и обеднен на периферии, корни легких расширены, выбухание ствола легочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Синдром перекреста бронхиальной астмы и ХОБЛ (СПАХ). Бронхиальная астма, неаллергическая, средней тяжести, обострение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлое течение, стадия обострения. Хроническое лёгочное сердце, компенсация. ДН II.
P2	-	Диагноз сформулирован правильно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неправильно.
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз СПАХ строится на обнаружении клинических признаков и БА, и ХОБЛ, которые подтверждаются необратимостью бронхиальной обструкции и наличием (если имеются) признаков эмфиземы. Синдромальный подход к диагнозу сочетания БА и ХОБЛ построен на том, что учитываются симптомы, характерные для астмы, и симптомы, характерные для ХОБЛ. Если имеются более чем 3 симптома, характерных для астмы, и 3 и более, характерных для ХОБЛ, то этого достаточно, чтобы заподозрить сочетание этих заболеваний и синдром перекреста БА и

		ХОБЛ. В данном случае имеют место 4 признака, характерных для астмы: 1) Наследственность, 2) появление одышек после физической нагрузки, контакта с пылью, 3) ранее диагностировалась астма, 4) эффект от ингаляционных кортикостероидов Имеют место следующие симптомы, характерные для ХОБЛ: 1) Возраст более 40 лет, 2) курение, 3) признаки эмфиземы на рентгенограмме легких, 4) хронический кашель при физической нагрузке
P2	-	Диагноз обоснован правильно
P1	-	Диагноз обоснован неполно
P0	-	Диагноз обоснован неправильно
В	3	Какова тактика фармакотерапии синдрома перекреста БА и ХОБЛ?
Э	-	Базисная фармакотерапия, включающая сочетание ИГКС с длительно действующими бронходилататорами. У пациентов с синдромом перекреста не должна проводиться монотерапия ИГКС или бронходилататорами. Всегда ИГКС должны сочетаться с длительно действующими бронхолитиками. Длительно действующим бета-2-агонистам (ДДБА) и длительно действующим холинолитикам (ДДХЛ) отдается предпочтение в терапии таких пациентов. В исследованиях было показано положительное влияние комбинации формотерола/будесонида на переносимость физической нагрузки и уровень одышки.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Какие еще стратегии лечения применяются при синдроме перекреста БА и ХОБЛ?
Э	-	Пациенты нуждаются в ежегодной вакцинации против гриппа, а также в защите от пневмококковой инфекции. Также может быть рекомендована вакцинация против гемофильной инфекции типа b и менингококковой инфекции. Вакцинация уменьшает частоту обострений БА и тяжелых и жизнеугрожающих обострений. Также важны: -отказ от курения, -легочная реабилитация, -лечение сопутствующих заболеваний.
P2	-	Стратегия лечения предложена правильная
P1	-	Стратегия лечения предложена неполностью: нет рекомендаций по вакцинации
P0	-	Стратегия лечения неправильная.
В	5	Какие особенности имеет синдром перекреста БА и ХОБЛ?
Э	-	Синдром взаимного отягощения приводит к более тяжелому течению заболевания, чем просто БА или ХОБЛ: -более частым обострениям, -более низкому качеству жизни,

		-более быстрому снижению функции легких, -более высокой смертности, -большему объему использования ресурсов здравоохранения. Это пациент старше 40 лет, характер респираторных симптомов – симптомы постоянные, но переменные. Функция легких – ограничение воздушного потока обратимо неполностью, но имеется переменность. Заболевание протекает с типичным для ХОБЛ прогрессированием, на фоне лечения симптомы купируются неполностью. Обострения частые, но уменьшаются на фоне лечения. Выделяют 2 фенотипа СПАХ: эозинофильный и нейтрофильный, которые различаются ответом на терапию ИГКС.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
H	-	046
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка обратилась к аллергологу с жалобами на зуд носа и глаз, ринорею, приступообразное чихание, слезотечение в сезон с июня по август в течение 3-х лет. Считает себя больной в течение 5 лет. В последние 2 года отмечает приступы ринореи также и в апреле-мае. При употреблении в пищу сливы, яблок, грецких орехов, персиков, арбуза, меда — отмечается отек и зуд губ, мягкого неба, после употребления в пищу арахиса и халвы – отек Квинке 2 раза. При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, палочки - 1%, сегменты - 46%, эозинофилы – 7%, лимфоциты - 40%, моноциты - 6%, СОЭ - 8 мм/ч. При кожном тестировании с небактериальными аллергенами выявлена сенсibilизация к пыльце береза ++++ с псевдоподиями, ольхи +, лещины ++, дуб а+, клена +, ясеня +, тимофеевки ++++, овсяницы ++, ежи сборная ++, мятлика ++, райграсса +, лисохвоста ++, костра+, пырея ++, подсолнечника ++, одуванчик +, полыни ++, лебеды +, амброзии +. Провокационный назальный тест с экстрактом аллергена березы

		— отрицательный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Поллиноз (аллергический ринит, аллергический конъюнктивит). Оральный аллергический синдром. Пищевая аллергия.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Наметьте план дополнительного аллергологического обследования
Э	-	По данным аллергоанамнеза выявляются сезоны цветения деревьев (ранняя весна), луговых и сорных трав (начало и конец лета). По данным кожного тестирования выявлена сенсibilизация к пыльце деревьев с максимальной реакцией на пыльцу березы, к пыльце луговых трав с максимальной реакцией на пыльцу тимopheевки и пыльце сорных трав с максимальной реакцией на пыльцу полыни. Провокационная назальная проба с березой отрицат. Поэтому необходимо определить специфические IgE к мажорным и минорным компонентам березы и тимopheевки. В данном примере выбор причиннозначимого аллергена для АСИТ затруднен в связи с полисенсibilизацией.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Методом ImmunoCAP были выявлены специфические IgE: rPhl p 1, rPhl p 5b — 3,73 kUA/l, Phl p 7 — 1,9 kUA/l, Phl p 12 — 3,29 kUA/l, Bet v 1 0,03 kUA/l, Bet v 2 — 0,03, Bet v 4 — 3,4 kUA/l. Оцените полученные результаты и прогноз эффективности АСИТ.
Э	-	По результатам тестирования аллергокомпонентов значимый уровень сенсibilизации выявлен только к мажорным аллергокомпонентам пыльцы тимopheевки (rPhl p 1, rPhl p 5b), при этом IgE к мажорному компоненту березы (Bet v 1) и к минорным компонентам березы и тимopheевки (Bet v 2, Phl p 7) не достигают клинически значимого уровня или практически не определяются. Таким образом, в данном случае АСИТ с аллергеном тимopheевки является адекватным лечением. Прогноз эффективности АСИТ средний.
P2	-	Результаты оценены правильно, прогноз правильный
P1	-	Результаты оценены неполно
P0	-	Результаты оценены неправильно или прогноз АСИТ неправильный
В	4	Объясните, с чем связаны клинические проявления орального аллергического синдрома и явления сезонности (апрель-май, август).
Э	-	Аллерген тимopheевки Phl p 7 относится к семейству кальций-связывающих белков, отвечает за перекрестные реакции между пыльцой растений (пыльцой деревьев и трав), родственен к аллергену березы Bet v 4. Компонент пыльцы тимopheевки Phl p 12 относится к профилинам,

		отвечает за перекрестные реакции между пылью растений (оливы, березы, финика, подсолнечника) и растительной пищей (банан, ананас и другие экзотические фрукты). Наличие антител как к мажорным, так и минорным алергокомпонентам тимотефки приводит к развитию анафилаксии, крапивницы и отека Квинке на арахис, томат и фрукты. В данном случае АСИТ должна дополняться строгой элиминационной диетой.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Пациенту назначена алергенспецифическая иммунотерапия алергеном пыльца тимотефки, подкожный метод. Пациенту предстоит плановая вакцинация. Возможно ли проведение вакцинации при проведении подкожного введения алергенов?
Э	-	Вакцинация возможна на этапе поддерживающей терапии при соблюдении следующих условий: в один день вакцинация и введение алергена не проводится; вакцинация проводится не ранее чем через 7-10 дней после инъекции алергена; следующая инъекция алергена вводится не ранее, чем через 3 недели после вакцинации (при отсутствии побочных реакций на введение вакцины).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
Н	-	047
Ф	A/01.8	Проведение алергологического обследования пациентов в целях выявления алергических заболеваний и/или иммунодефицитов
Ф	A/02.8	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности пациентам с алергическими 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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент по профессии конюх жалуется на приступы удушья в течение дня, насморк, чихание. Приступы удушья купируются ингаляцией сальбутамола в течение 10 минут. Базисную терапию не получает, наблюдается у терапевта по месту жительства с бронхиальной астмой, алергическим ринитом. Болен в течение 5 лет. В отпуске состояние значительно улучшается. Неоднократно после употребления в пищу свинины и кролика отмечалось ухудшение состояния: приступы удушья.

		При аллергологическом обследовании выявлена сенсibilизация к перхоти лошади++, к шерсти кошки+++. Пациент указывает, что никогда дома не было кошек. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы бледные, влажные. В легких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. Живот мягкий, б/б. Общий анализ крови: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$, Hb - 128 г/л, лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 9%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%, СОЭ – 2 мм/ч.
В	1	Ваши рекомендации по трудоустройству
Э	-	Пациенту следует сменить профессию
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	2	С аллергенами каких животных есть перекрестная реактивность у аллергена кошки?
Э	-	Сибирский тигр, лев, ягуар, леопард, собака, лошадь. Липокаины – стабильные аллергены животных. Аллергокомпоненты семейства липокаинов являются маркерами кроссреактивности.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	3	Объясните механизм реакции на свинину и кролика у данного пациента.
Э	-	Существует синдром «кошка – свинина», который опосредован перекрестной реакцией между сывороточными альбуминами этих животных. Связан с перекрестной реакцией IgE-aГ к сывороточному альбумину кошки (Fel d 2) с альбумином свинины. Аналогично существует перекрестная реакция между аллергенами кролика и лошади
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	4	Вчера он повредил ногу на сеновале – открытая рана, обработана хирургически. От проведения экстренной профилактики столбняка пациент отказался, ссылаясь на то, что у него аллергические заболевания. Прав ли он?
Э	-	Абсолютным противопоказанием для введения гетерологичных лошадиных сывороток является эпидермальная аллергия к перхоти лошади. Поэтому вводить противостолбнячную сыворотку ему было нельзя. В этом случае вводится противостолбнячный иммуноглобулин. Решение вопроса о введении АС-анатоксина и противостолбнячного иммуноглобулина зависит от прививочного

		анамнеза.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
В	5	Почему у данного пациента развилась сенсibilизация к шерсти кошки, если у него раньше не было контактов с этими животными?
Э	-	Аллергены могут переноситься на одежде в места, где нет животных. Мажорный аллерген кошки Fel d 1 легко переносится по воздуху и при попадании в дыхательные пути вызывает появление кашля/сухих хрипов у сенсibilизированных лиц. Количество аллергенов не имеет значения. Переносится на волосах, обуви, одежде владельцев. М.б. в самолетах, в автобусах, в детском саду, в школе. Около половины пациентов с аллергией к домашним животным не имеют их в квартире.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
Н	-	048
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 4 лет поступил в стационар с жалобами матери на постоянный влажный кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, затрудненное носовое дыхание. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, вторых срочных родов (ребенок от I беременности, мальчик, болеет хронической пневмонией). Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. На естественном вскармливании до 1 года. Прикорм вводился своевременно. Отмечалась плохая прибавка массы тела. Масса в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг. Болен с первых дней жизни, отмечалось затрудненное дыхание, слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, частый приступообразный кашель. В возрасте 6 месяцев впервые диагностирована пневмония. В дальнейшем отмечались частые бронхиты, повторные пневмонии в возрасте 1,5 и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит. При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный.

		Температура тела повышена до 38,4 °С. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в минуту. Перкуторно: над легкими участки притупления, преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правой среднеключичной линии, левая – по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент П тона над легочной артерией. ЧСС – 116 ударов в минуту. Печень +2 см из-под края левой рёберной дуги. Пальпируется край селезёнки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: Нb – 110 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $270,0 \times 10^9/л$, лейкоциты – $12,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 52%, лимфоциты – 28%, эозинофилы – 1%, моноциты – 9%, СОЭ – 16 мм/час. Рентгенограмма легких: легкие вздуты, по всем легочным полям отмечаются немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация сосудисто-интерстициального рисунка. Корни легких малоструктурны. Тень сердца смещена вправо. Куполы диафрагмы ровные. Синусы свободны. Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит. Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6,8,9,10 справа. Рентгенография гайморовых пазух: двустороннее затемнение верхнечелюстных пазух.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Первичная цилиарная дискинезия: синдром Картагенера. Полное обратное расположение внутренних органов. Хронический бронхит. Двусторонний диффузный гнойный эндобронхит. Двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6,8, 9, 10 справа. Двусторонний хронический синусит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие нарушения можно ожидать при исследовании функции внешнего дыхания у таких больных
Э	-	Нарушения при исследовании ФВД: смешанный дефект вентиляции с преобладанием обструкции
P2	-	Нарушения перечислены верно
P1	-	Нарушения перечислены неполностью
P0	-	Нарушения перечислены неверно
В	3	Дополнительные методы исследования
Э	-	1. Бактериологическое исследование мокроты с определением возбудителя и чувствительности к а/б; 2. Б/х крови;

		3. Иммунограмма; 4. Исследование ФВД; 5. ЭХО-КГ: Situs inversus totalis с инвертированными, физиологически расположенными выходящими магистральными сосудами; 6. ЭКГ с обратным наложением электродов: синусовый ритм; 7. УЗИ органов брюшной полости: обратное расположение органов брюшной полости; 8. Фазово-контрастная микроскопия биоптата слизистой носа или бронхов (говорит о функциональном состоянии ресничек, их подвижности) 9. Электронная микроскопия биоптата слизистой бронхов (установление характерного дефекта строения ресничек) 10. Консультация генетика: синдром Зиверта – Картагенера. Аутосомно – рецессивный тип наследования; 11. Консультация лор – врача; 12. Исследование спермограммы (для выявления нарушений подвижности сперматозоидов); 13. Верхне – дыхательный тест с сахаринем (скорость попадания сахара из носовых ходов в носоглотку.). В норме меньше 30 минут.
P2	-	Дополнительные методы исследования перечислены верно
P1	-	Дополнительные методы исследования перечислены неполностью
P0	-	Дополнительные методы исследования перечислены неверно
B	4	Принципы лечения
Э	-	физиопроцедуры – дренажный массаж, постуральный дренаж, ЛФК; противовоспалительная терапия и улучшение функционирования бронхов – ингаляции или бронхоскопия с муколитиками и бронхоспазмолитиками; введение антибиотиков в период обострений, которые назначаются с учетом выявленной чувствительности инфекционных агентов; ГКС; прием иммуномодуляторов и витаминов; введение плазмы и иммуноглобулинов; санация придаточных пазух носа; хирургическое удаление расширенных участков бронхов
P2	-	Принципы лечения указаны верно
P1	-	Принципы лечения указаны неполностью
P0	-	Принципы лечения указаны неверно
B	5	Ребенок должен наблюдаться у следующих специалистов. Прогноз заболевания.
Э	-	Генетик; Пульмонолог; Кардиолог; Иммунолог. Прогноз зависит от тяжести бронхо-легочного процесса. При локализованных бронхоэктазах, отсутствии ДН прогноз благоприятный. При распространенном процессе в легких формируется легочное сердце, выраженная гнойная интоксикация, инвалидность. Некоторые погибают в детском возрасте.
P2	-	Специалисты, прогноз перечислены верно
P1	-	Специалисты или прогноз перечислены неполностью

P0	-	Специалисты и прогноз перечислены неверно
H	-	049
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Иван М. 7 лет поступил в стационар с жалобами матери на сухой приступообразный кашель, одышку, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, во время которой мама дважды переболела ОРВИ, вторых срочных родов. Наследственность по аллергопатологии отягощена: мама страдает сезонным аллергическим риноконъюнктивитом, старший брат 8 лет – атопическим дерматитом, бабушка и дядя по материнской линии – бронхиальной астмой. У мальчика с 1,5 месяцев выраженные проявления распространенного атопического дерматита на коровье молоко, усиление дерматита наблюдалось при приеме сладкого, куриного яйца, картофеля, красных яблок, во время терапии антибиотиками пенициллинового ряда. В 3 года на фоне ОРВИ впервые перенес острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции. В последующем эпизоды бронхообструкции повторялись неоднократно так же на фоне ОРВИ. С 5 лет появились приступы ночного кашля, а эпизоды бронхообструкции возникали без признаков респираторной инфекции, провоцировались физической нагрузкой, резкими запахами. В последние месяцы приступы одышки отмечаются примерно 2 раза в неделю, купируются ингаляциями с Атровентом. Настоящее ухудшение родители связывают с появлением кошки в доме. Практически ежедневно по утрам, а также во время эпизодов бронхообструкций беспокоит заложенность носа, ринорея, приступы чихания, зуд носа, слезотечение. При осмотре: состояние средней степени тяжести, беспокоен, успокаивается в полусидячем положении. Температура тела нормальная. Частый сухой приступообразный кашель, одышка экспираторного характера со свистящим выдохом, с участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, раздуванием крыльев носа. Кожа бледная, умеренно влажная, чистая, цианоз носогубного треугольника. Носовое дыхание затруднено, отделяемого при осмотре нет. Грудная клетка вздута. ЧДД – 40 в минуту. Перкуторно коробочный звук, дыхание в легких ослаблено, рассеянно с обеих сторон выслушивается масса сухих «свистящих» и «жужжащих» хрипов. ЧСС – 110 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, тахикардия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный

		во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: в общем анализе крови – эозинофилия 10%. Пикфлоуметрия: определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) – 70% от должествующих цифр.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Бронхиальная астма, атопическая, средней степени тяжести, неконтролируемая, период обострения
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Составьте план дополнительного обследования пациента
Э	-	1. Цитология мокроты, цитология носового секрета 2. Рентгенограмма грудной клетки 3. Спирограмма 4. Кожные пробы (в постприступный период) или IgE специфические
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования пациента составлен неполностью
P0	-	План дополнительного обследования пациента составлен неверно
В	3	Окажите медицинскую помощь ребенку с данным заболеванием
Э	-	Терапия приступного состояния: Бронхолитик + игкс (небулайзерная терапия), по показаниям – системные гкс в/м, или в/м, или per os. После купирования приступа перевод на базисную терапию – комбинированные гкс, по показаниям при отсутствии эффективности подключение рекомбинантных гуманизированных моноклональных антител (IgG ₁).
P2	-	Медицинская помощь оказана верно
P1	-	Медицинская помощь оказана неполностью
P0	-	Медицинская помощь оказана неверно
В	4	Какие мероприятия не рекомендуется использовать при приступе этого заболевания у детей
Э	-	Антибактериальная терапия показана только при наличии рентгенологически подтвержденной пневмонии или другой бактериальной инфекции. Седативные препараты строго противопоказаны! Противопоказаны муколитики, фитопрепараты, горчичники, банки, все виды физиолечения, пролонгированные бронхолитики (метилксантины и В2-агонисты), антигистаминные препараты
P2	-	Препараты указаны верно
P1	-	Препараты указаны неполностью
P0	-	Препараты указаны не верно

В	5	Как вакцинировать пациента с бронхиальной астмой средней степени тяжести?
Э	-	Пациенту показана вакцинация в рамках календаря прививок в периоде ремиссии 2 – 4 недели, по эпидпоказаниям – сразу после купирования приступа удушья. Дополнительно показана вакцинация против гемофильной инфекции типа b и менингококковой инфекции конъюгированной вакциной.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неправильный
Н	-	050
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	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 12 лет жалобы на отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях. Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отеки. Родители ребенка связывают появление отеков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых. Из анамнеза жизни известно, что у ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты – Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отеки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД – 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких – хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острая аллергическая крапивница. Пищевая аллергия. Аллергический ангиоотек мягких тканей
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Аллергическая крапивница поставлена на основании Анамнеза жизни: отягощенный семейный анамнез: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок. У ребенка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты – Нурофен, Ацетилцистеин. Респираторными инфекциями болеет часто. Жалоб: отечность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях. На основании объективного осмотра: на коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Острая форма ставится на основании длительности рецидива - до 6 нед. Пищевая аллергия – обусловлена действием провокационного аллергена (цитрусовые). Аллергический ангиоотек мягких тканей – установлен на основании данных объективного осмотра - отечность век, отеки кистей и стоп.
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
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
Э	-	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, если врач имеет дело с хронической, рецидивирующей крапивницей, диагностический подход – иной. План дополнительного обследования пациента может включать следующее: 1) ОАК, ОАМ 2) Б/х крови

		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). 4) Кожные аллергологические тесты (только в периоде ремиссии), в периоде обострения используется альтернативный метод диагностики – определение IgE специфические 5) Показания к консультации специалистов: ·Аллерголога-иммунолога ·Дерматовенеролога–для верификации элементов сыпи, проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, биопсии кожи. ·Консультации ревматолога, онколога, паразитолога, эндокринолога, гастроэнтеролога, невролога, психиатра, гематолога, пульмонолога по показаниям необходимы при подозрении на соответствующие патологии или для их исключения
P2	-	План дополнительного обследования пациента составлен верно
P1	-	План дополнительного обследования пациента составлен неполностью
P0	-	План дополнительного обследования пациента составлен невыявлено
В	4	Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор

Э	-	Основной принцип лечения – исключение контакта с причинным, провоцирующим фактором (если он известен) и ингибция тучных клеток. Препаратами первой линии терапии являются неседативные антигистаминные средства – H1-АГ. •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. •Левосетиризин: 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. •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. •Рупатадина фумарат применяют у детей старше 12 лет, рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут. •Фексофенадин применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки. •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. 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 могут применяться в высоких дозировках.
P2	-	Терапия назначена верно, выбор обоснован
P1	-	Терапия назначена, выбор не обоснован и/или терапия назначена частично, выбор обоснован неполно
P0	-	Терапия назначена неверно
В	5	На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребенка улучшилось: отеков не стало, новых высыпаний 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. Немедикаментозная терапия: Соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением предполагаемых (анамнестически или подтвержденных лабораторно) и/или облигатных аллергенов, пищевых добавок, натуральных салицилатов, неидентифицированных ароматических субстанций в продуктах и напитках. Устранение из рациона пищевого аллергена приводит к улучшению через 24-48 ч. При псевдоаллергической реакции улучшение на фоне гипоаллергенной диеты наступает через 2-3 недели. Диета эффективна при

		хронической крапивнице. Строгую элиминационную диету отменяют в случае ее неэффективности в течение 1-2 месяцев. Обучение и информирование: Каждый врач должен информировать родителей о характере заболевания и всех рисках, связанных с обострением состояния, обеспечить индивидуальным планом и памяткой с четко разработанным, кратким алгоритмом действий. Крайне важно обучить родителей, родственников, учителей и, при возможности, ребенка, правильной тактике действий, особенно, в случае риска развития жизнеугрожающего состояния. Целесообразным является введение в практику «паспорта аллергика» с указанием краткой информации о возможных реакциях и способах их купирования, а также проведение коллективных обучающих занятий в рамках «Аллерго-школы».
P2	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана верно, обоснована
P1	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана неполностью и/или отсутствует обоснование
P0	-	Дальнейшая лечебная тактика выбрана неверно

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

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

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Аллергология и иммунология»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Сбор иммунологического анамнеза.	УК-1
2. Физикальное обследование органов иммунной системы (состояние миндалин, кожи, слизистых, лимфатических узлов, селезенки).	УК-2
3. Определение типа конституции у детей первого года жизни.	УК-3
4. Профилактика развития атопического дерматита у детей имеющих атопический диатез.	УК-4
5. Определение «группы риска» по иммунной недостаточности на основе унифицированных диагностических карт.	УК-5
6. Определение показаний, временных и абсолютных противопоказаний к проведению вакцинации живыми, инактивированными, рекомбинантными, химическими вакцинами, анатоксинами. Показания к проведению вакцинации по эпидемиологическим показателям.	ОПК- 1
7. Составление индивидуального календаря прививок для детей особых групп.	ОПК- 2
8. Диагностика транзиторной гипогаммаглобулинемии и сроки возникновения данного состояния.	ОПК-3
9. Проведение оценки иммунного статуса (показателей гуморального и клеточного иммунитета, показателей фагоцитоза и системы комплемента).	ОПК-4
10. Обоснование необходимости проведения клинко-иммунного и клинко-аллергологического обследования.	ОПК-5
	ОПК-6
	ОПК-7
	ОПК-8
	ОПК-9
	ОПК-10
	ПК-1
	ПК-2
	ПК-3
	ПК-4
	ПК-6
	ПК-7

11. Оформление медицинской документации. 12. Заместительная терапия при иммунодефицитных состояниях. Выбор иммуноглобулинового препарата, расчет дозы. 13. Сбор аллергологического анамнеза, составление генеалогического дерева. 14. Физикальное обследование органов дыхательной системы. 15. Оценка интенсивности и распространенности кожных поражений при атопическом дерматите по индексу SCORAD 16. Выявление перекрестных аллергических реакций. 17. Определение вида поллинозиса. Сбор пыльцы. Составление календаря пыления. 18. Составление карт корреляции. 19. Оценка результатов кожных скарификационных проб с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми аллергенами. Оценка результатов внутрикожных проб, прик-тестов. 20. Проведение и оценка результатов провокационных проб (конъюнктивальный, назальный, ингаляционный, сублингвальный, пероральный тесты). Определение показаний и противопоказаний к проведению провокационных проб. 21. Интерпретация данных полученных при определении аллерген-специфических IgE антител с клинической картиной заболевания. 22. Интерпретация данных полученных при определении общего уровня IgE с заболеваниями аллергической, иммунологической, паразитарной, воспалительной, неопластической и иной природы. 23. Определение показаний к назначению диагностического метода ImmunoCap при различных нозологических состояниях. 24. Участие в проведении и оценка результатов функции внешнего дыхания. Проведение пробы с физической нагрузкой, пробы с бронхолитиком. Оценка полученных результатов. 25. Выявление симптомов гастропатологии. Оценка результатов дуоденального зондирования. Участие в проведении ФГДС, УЗИ брюшной полости. Определение показаний для обследования больных на хеликобактер пилори. 26. Исследование газов крови и кислотно-основного состояния, оценка результатов. 27. Проведение пикфлоуметрии, оценка результатов. 28. Участие в проведении потовой (пилокарпиновой) пробы, оценка результатов. 29. Оценка результатов бактериологического и микроскопического исследования биоматериалов из зева, носа, бронхиального дерева, с конъюнктивы. Выбор антибактериального препарата с учетом полученных результатов. 30. Овладение техникой забора мокроты для бактериологического исследования. 31. Определение показаний для обследования больных на респираторный хламидиоз и микоплазмоз. 32. Участие в проведении и оценка результатов цитологического исследования мокроты и носового секрета на эозинофилы. 33. Подготовка больного к бронхоскопии, участие в проведении и оценка результатов исследований. 34. Интерпретация рентгенограмм легких и результатов компьютерной	
---	--

томографии легких. 35. Определение показаний для обследования больных на наличие грибковой инфекции. 36. Оценка эффективности элиминационной диеты и элиминационного быта. Принципы составления и ведение пищевого дневника. 37. Определение показаний и противопоказаний к проведению аллергенспецифической иммунотерапии. 38. Выбор аллергенов, методов введения аллергенов, выбор протокола АСИТ. 39. Терапия нежелательных реакций при проведении подкожной АСИТ адъювантными аллергенами. 40. Лечение поллинозов топическими стероидными гормонами, топическими антигистаминными препаратами, системными антигистаминными препаратами. Показания к назначению системных стероидных гормонов. 41. Базисная терапия бронхиальной астмы. Выбор медикаментозной терапии в зависимости от тяжести и фенотипа бронхиальной астмы в соответствии со ступенчатым подходом. 42. Выбор метода ингаляционных средств доставки препарата (дозированный аэрозольный ингалятор с использованием спейсера, мультидиск, небулайзер с использованием лицевой маски, турбухайлер) с учетом возраста ребенка. 43. Коррекция базисной терапии с учетом ступенчатой терапии. 44. Показания и противопоказания к назначению препаратов из группы моноклональных антител. 45. Медикаментозное лечение обострения бронхиальной астмы. Показания к госпитализации. 46. Проведение адекватной регидратации, расчет инфузионной терапии. Показания к назначению системных стероидных гормонов. 47. Укомплектование аптечки «скорой помощи» для больных бронхиальной астмой. 48. Оценка уровня контроля над бронхиальной астмой в зависимости от объема и доз проводимой терапии. Проведение теста по контролю над астмой. 49. Проведение дыхательной гимнастики, вибромассажа, лечебной физкультуры. Рекомендации по горноклиматическому лечению и спелеотерапии. 50. Терапия атопического дерматита. Выбор препарата местной терапии с учетом локализации кожного процесса и вида кожных проявлений. 51. Диагностика и лечение вторичной инфекции при атопическом дерматите. 52. Осуществление ежедневного ухода за кожей увлажняющими средствами лечебной косметики. 53. Диагностика и лечение неотложных состояний (анафилактический шок, отек Квинке, астматическое состояние, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла).	
---	--

5.1.2 Темы рефератов по дисциплине «Аллергология и иммунология»:

Темы рефератов	Код компетенции
----------------	-----------------

	(согласно РПД)
1. Бронхиальная астма, международные программы, современный подход к терапии.	УК-1
2. Школа для больных бронхиальной астмой. Цели, задачи. Методика проведения.	УК-2
3. Аллергены. Классификация, химическая природа, иммунологические свойства.	УК-3
4. Ангионевротический отек. Классификация. Дифференциальная диагностика. Терапия.	УК-4
5. Наследственный ангионевротический отек.	УК-5
6. Анафилаксия. Анафилактический шок. Патогенез. Лечение.	ОПК- 1
7. Внутритропные инфекции. TORCH-синдром.	ОПК- 2
8. Характеристика смесей для вскармливания новорожденных и детей первого года жизни. Применение смесей при аллергических заболеваниях.	ОПК-3
9. Муковисцидоз. Патогенез, клиника, ранняя диагностика, лечение.	ОПК-4
10. Вирусы группы герпеса, классификация, лечение.	ОПК-5
11. Гормоны и медиаторы клеточных взаимодействий. Интерлейкины, классификация, функции.	ОПК-6
12. Вторичные иммунодефициты, патогенез, клиника, методы иммунокоррекции.	ОПК-7
13. Аллергодерматозы. Крапивница. Клиника. Диагностика. Лечение.	ОПК-8
14. Атопический дерматит. Тяжелый атопический синдром. Клиника. Диагностика. Лечение.	ОПК-9
15. Принципы аллергологической диагностики инфекций.	ОПК-10
16. Значение молекулярной диагностики для терапии аллергических заболеваний.	ПК-1
17. Санаторно – курортное лечение пациентов с аллергическими заболеваниями.	ПК-2
18. Методы освидетельствования пациентов при аллергических заболеваниях. Диспансерное наблюдение инвалидов.	ПК-3
19. Аутоиммунные заболевания, классификация. Возможности вакцинопрофилактики.	ПК-4
20. Иммунокорректоры (классификация препаратов, показания, противопоказания).	ПК-6
21. Типы аллергических реакций, классификация и стадии.	ПК-7
22. Лимфаденопатии у детей.	
23. HLA - система. Строение, значение в иммунодиагностике и медицине.	
24. Псевдоаллергические реакции. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.	
25. Иммунологическая толерантность. Виды. Молекулярные механизмы, способы отмены.	
26. ВИЧ-инфекция. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника, лечение, иммунодиагностика. Принципы освидетельствования.	
27. Пищевая аллергия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.	
28. Хронические неспецифические заболевания легких.	
29. Глистные инвазии (аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез, описторхоз, ленточные).	
30. Иммунная система слизистых. Способы коррекции.	

31. Аллергический ринит. Диагностика. Терапия. 32. Побочные проявления после иммунизации. Классификация. Дифференциальная диагностика. Терапия. 33. Применение лечебных вакцин. 34. Возможности вакцинопрофилактики и вакцинотерапии пациентов с аллергическими заболеваниями. 35. Специфическая иммунотерапия. Показания, противопоказания. 36. Сублингвальная иммунотерапия. Показания, противопоказания. 37. Лекарственная аллергия. Классификация. Дифференциальная диагностика. Методы обследования. 38. Роль вирусных инфекций в развитии реакций на лекарственные препараты. 39. Методы введения препаратов заместительной терапии у пациентов с рожденными ошибками иммунитета. 40. Применение лечебных вакцин. 41. Роль вирусных инфекций в развитии реакций на лекарственные препараты.	
---	--

5.1.3. Деловые игры по теме «Аллергология и иммунология»

Темы рефератов	Код компетенции (согласно РПД)
Игра №1 1. 1.Тема: «Оказание неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при проведении АСИТ» (код А/07.8) 2. 2. Концепция: Оценка состояния пациента, требующего оказания неотложной медицинской помощи. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов. 3. 3. Роли: 4. Врач аллерголог - иммунолог: выявить состояние, требующее оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнить мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; оказать медицинскую помощь в экстренной форме пациенту при состоянии, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти; применить лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 5. Пациент – имитация анафилактического шока 6. 4. Ожидаемый результат. Овладение навыком сбора анамнеза, физикального обследования, оказания неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при проведении АСИТ.	УК-1 УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ОПК- 1 ОПК- 2 ОПК-3 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-6
Игра №2 1.Тема: «Оказание неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при проведении вакцинации от гриппа» (код А/07.8) 2. Концепция: Оценка состояния пациента, требующего оказания неотложной медицинской помощи. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов. 3. Роли:	ПК-7

• Врач аллерголог - иммунолог: выявить состояние, требующее оказание медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнить мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; оказать медицинскую помощь в экстренной форме пациенту при состоянии, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти; применить лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. • Пациент – имитация анафилактического шока 4. Ожидаемый результат. Овладение навыком сбора анамнеза, физикального обследования, оказания неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при проведении вакцинации от гриппа.	
Игра №3 1.Тема: «Оказание неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при постановке кожных проб» (код А/07.8) 2. Концепция: Оценка состояния пациента, требующего оказания неотложной медицинской помощи. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациентов. 3. Роли: • Врач аллерголог - иммунолог: выявить состояние, требующее оказание медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнить мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; оказать медицинскую помощь в экстренной форме пациенту при состоянии, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти; применить лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. • Пациент – имитация анафилактического шока 4. Ожидаемый результат. Овладение навыком сбора анамнеза, физикального обследования, оказания неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при постановке кожных проб.	
Игра №4 1.Тема: «Проведение медицинской экспертизы у пациента с бронхиальной астмой с преобладанием аллергического компонента» (код А/04.8) 2. Концепция: Проведение медицинского освидетельствования и медицинской экспертизы 3. Роли: • Врач аллерголог - иммунолог: Определять медицинские показания для направления пациентов на МСЭК, имеющих стойкое нарушение функций организма. Формулировать медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования. Определять показания для проведения диспансерного наблюдения пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, группу диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, предварительных, лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), с учетом состояния здоровья пациента, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).	

Пациент – имитация бронхиальной астмы тяжелой степени тяжести. 4. Ожидаемый результат. Овладение навыком сбора анамнеза, физикального обследования, определения медицинских показаний для направления пациентов МСЭК, определение группы инвалидности (взрослый пациент). Умение определять показания для проведения диспансерного наблюдения пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями	
Игра №5 1. Тема: «Разработка плана лечения пациента 2-х лет с атопическим дерматитом средней степени тяжести» (код А/02.8) 2. Концепция: Разработка плана лечения пациентов с атопическим дерматитом 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" 3. Роли: - Врач аллерголог - иммунолог: Назначить лекарственные препараты и немедикаментозную терапию, лечебное питание пациентам с атопическим дерматитом в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Пациент – имитация ребенка 6 лет с атопическим дерматитом средней степени тяжести. 4. Ожидаемый результат. Овладение навыком сбора анамнеза, физикального обследования, оказания неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке при постановке кожных проб.	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		полном объеме.	Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	ми недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенций*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

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

Дата «16» февраля 2023 г.