

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 07.09.2023 11:02:20
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c59c0f12a00bb02446

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего
образования
«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
« 5 » 09.09.2023 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО № 1 от « 09 » 09
2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплинам

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.26 Аллергология и иммунология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-аллерголог-иммунолог**

Кафедра: **Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Шишиморов И.Н	Зав. кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО	д.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
2.	Перминов А.А.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО	к.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
3.	Магницкая О.В.	Профессор	д.м.н., профессор	Педиатрии и неонатологии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам обучающихся по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.

Фонд оценочных средств обсужден на заседании кафедры протокол № 4 от «29» апреля 2023 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,
д.м.н., доцент


/И.Н. Шишиморов/

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Председатель УМК


/М.М. Королева/

Отдел учебно-методического сопровождения и производственной практики.

/М.Л.Науменко/

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29»августа 2023 года

Секретарь Ученого совета


/В.Д.Заклякова/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Аллергология и иммунология»

1. Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Организация амбулаторной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.2. Организация стационарной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.3. Организация работы аллергологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре.4. Иммунный ответ - первая линия иммунной защиты.5. Адаптивный иммунитет – вторая линия защиты.6. Фазы адаптивного иммунного ответа.7. Современные представления об аллергии; определение понятия "аллергия", взаимоотношения аллергии и иммунитета.8. Аллергические реакции немедленного типа.9. Аллергическое воспаление. Реакции типа феномена Артюса10. Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые)
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none">11. Алгоритм постановки диагноза, элиминация аллергена, специфическая терапия аллергического ринита12. Распространенность пищевой аллергии. Этиология пищевой аллергии. Наиболее распространенные пищевые аллергены. Антигенные свойства наиболее распространенных пищевых аллергенов.13. Этиология и патогенез анафилаксии. Профилактика анафилактического шока.14. Тяжелые токсико-аллергические реакции: этиология, патогенез15. Группы риска развития латексной аллергии. Медицинские состояния, имеющие высокий риск развития латексной аллергии. Аллергены латекса.16. Этиология инсектной аллергии. Пути сенсibilизации. Механизмы инсектной аллергии. IgE-опосредованные реакции. Не IgE-опосредованные реакции.17. Классификация, основные клинические проявления, диагностические критерии бронхиальной астмы18. Классификация, диагностические критерии атопического дерматита19. Классификация, диагностические критерии крапивницы20. Понятие об аллергических и неаллергических осложнениях при иммунизации. Пути профилактики аллергических осложнений при вакцинации.

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. Первичные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика 22. Первичные иммунодефициты: классификация, клинические проявления 23. Приобретенные иммунодефициты: формы вторичных иммунодефицитов, клинические проявления; 24. Приобретенные иммунодефициты: иммунопатогенез, диагностика. 25. Возрастные особенности иммунной системы. 26. Синдром приобретенного иммунодефицита. 27. Основы иммунотерапии иммуномодуляторы – определение, классификация. 28. Оценка иммунной системы человека (иммунодиагностика) 29. Гуморальное звено врожденного иммунитета: система комплимента, цитокиновая сеть
--	--

2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные положения организации аллергологической и иммунологической службы. 2. Типы иммунного ответа: клеточный иммунный ответ (клеточная цитотоксичность, воспалительный иммунный ответ) и гуморальный ответ. 3. Классификация аллергических реакций (типы - I, II, III, IV, V типов (по Gell. Coombs) 4. Аллергены и их классификация. 5. Классификации и патогенез аллергических реакций. 6. Клетки-мишени 1-го и 2-го порядка; ранняя и поздняя фаза аллергических реакции 7. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика аллергических болезней 8. Анализ и интерпретация результатов современных диагностических технологий 9. Роль генетических факторов в формировании аллергии 10. Основные синдромы и симптомы аллергических болезней
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Клиника. Диагностика. Фармакотерапия аллергического ринита. 12. Основные клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика пищевой аллергии. Фармакотерапия. 13. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов; осложнения. Неотложная терапия 14. Тяжелые токсико-аллергические реакции: клинические проявления, терапия.

	<p>15. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий при аллергии на латекс.</p> <p>16. Клинические проявления инсектной аллергии. Лечение и профилактика инсектной аллергии, специфическая терапия.</p> <p>17. Алгоритм лечебных и профилактических мероприятий; показания для госпитализации больного с бронхиальной астмой.</p> <p>18. Основные клинические проявления, тактика терапии atopического дерматита</p> <p>19. Основные клинические проявления, тактика терапии крапивницы</p> <p>20. Виды аллергических реакций при вакцинации. Особенности вакцинации больных аллергическими заболеваниями</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>21. Наследственный ангионевротический отёк диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>22. Синдром тяжелого комбинированного иммунодефицита, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>23. Синдром Вискотта-Олдрича и синдром атаксии-телеангиэктазии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>24. Синдром Ди Джорджи, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>25. Синдром аутоиммунной полиэндокринопатии, иммунопатогенез, клиника, диагностика</p> <p>26. Общая переменная иммунная недостаточность, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>27. Селективный дефицит иммуноглобулина А, диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>28. Гипер-IgE синдром (синдром Йова), диагностические критерии и тактика терапии</p> <p>29. Аутовосполительные синдромы, клинические формы</p>

3. Банк тестовых заданий (с ответами);

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Задачами врача аллергологического кабинета являются все перечисленные, за исключением<ol style="list-style-type: none">а. консультаций больных аллергическими заболеваниямиб. специфической диагностикив. специфической иммунотерапииг. вакцинопрофилактики 2. Организация оказания помощи пациентам с иммунологическими заболеваниями осуществляется на основании:<ol style="list-style-type: none">а. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"б. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология"в. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗг. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" 3. К центральным органам иммунной системы человека относятся:<ol style="list-style-type: none">а. селезенкаб. вилочковая железав. лимфатические узлыг. костный мозгд. миндалины 4. Антиген – это вещество, обладающее следующими свойствами: (ПК5)<ol style="list-style-type: none">а. чужеродностьб. антигенностьв. иммуногенностьг. специфичность 5. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет: (ПК1,5)<ol style="list-style-type: none">а. сенсibilизация к аллергенамб. наличие Ig E – антителв. наличие IgG- антителг. повышение эозинофилов
--	--

6. Антитела одной специфичности принадлежат
- к одному классу иммуноглобулинов
 - к разным классам иммуноглобулинов
 - не принадлежат к белкам глобулиновой фракции
7. Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций
- формирует немедленные аллергические реакции**
 - участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций
 - участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа г) участвует в цитотоксических иммунных реакциях
8. Гиперглобулинемия Е характерна
- для атопии**
 - для гельминтозов**
 - для некоторых вирусных заболеваний
 - для гипоплазии тимуса**
 - для аллергических заболеваний
 - для хронических гранулематозов у детей
9. Роль системы комплемента
- не участвует в аллергических реакциях
 - участвует в немедленных аллергических реакциях
 - участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях**
 - участвует в замедленных аллергических реакциях
10. К собственно аллергическим заболеваниям относятся:
- поллиноз**
 - инфекционно-аллергический миокардит
 - идиопатический фиброзирующий альвеолит
 - миастения
 - наследственный ангиоотек
11. Для псевдоаллергических заболеваний характерно:
- отсутствие специфических иммуноглобулинов класса Е**
 - проявление реакций непереносимости после приема различных по химической структуре веществ
 - возникновение реакций после первого приема препарата**
 - наличие периода сенсибилизации
12. Минимальная продолжительность периода активной

сенсibilизации у человека составляет:

- а. 2-3 часа
- б. 24 часа**
- в. 4 дня
- г. 7-8 дней
- д. 30-50 дней

13. Реагиновый механизм лежит в основе следующих заболеваний:

- а. сывороточной болезни
- б. атопический бронхиальной астмы**
- в. контактного дерматита
- г. экзогенного аллергического альвеолита**

14. Максимальное содержание IgE наблюдается в возрасте:

- а. до 4 лет
- б. от 5 до 6 лет**
- в. от 12 до 14 лет
- г. от 20 до 40 лет
- д. от 60 до 80 лет

15. Реагинам присущи биологические свойства

- а. пассивно сенсibilизировать плод
- б. проникать через гематоплацентарный барьер
- в. пассивно сенсibilизировать кожу здорового человека
- г. все перечисленное**

16. К клеткам-мишеням аллергии 1 порядка относятся:

- а. эозинофилы**
- б. тучные клетки**
- в. нейтрофилы
- г. гладкомышечные клетки
- д. базофилы
- е. тромбоциты

17. Примерами клеток-мишеней аллергии 2 порядка являются:

- а. тучные клетки
- б. базофилы
- в. эозинофилы
- г. тромбоциты
- д. нейтрофилы**

18. Участие гистамина в аллергических реакциях обусловлено:

- а. способностью повышать сосудистую проницаемость и сокращать гладкую

мускулатуру

- б. способностью привлекать в зону аллергической реакции клетки-мишени 2 порядка
- в. способностью понижать сосудистую проницаемость и расслаблять гладкую мускулатуру
- г. **всем перечисленным**

19. Сколько известно типов гистаминовых рецепторов

- а. 1 тип
- б. 2 типа
- в. 3 типа
- г. **4 типа**

20. Из основных патогенетических механизмов при персистирующей форме бронхиальной астме ведущая роль принадлежит:

- а. бронхиальной гиперреактивности
- б. **бронхиальному воспалению**
- в. рефлексу через n.vagus.
- г. обструкции, связанной с необратимой перестройкой стенки бронхов

21. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:

- а. бронхоальвеолярного лаважа
- б. **спирографического исследования**
- в. биопсии слизистой бронхов
- г. цитологического исследования мокроты

22. Механизмом действия теофиллина является:

- а. стимуляция β 2- адренорецепторов
- б. **ингибирование фосфодиэстеразы**
- в. ингибирование фосфолипазы A2

23. Особенности иммунной системы следующие:

- а. она строго ограничена от других органов и систем
- б. **она генерализована по всему телу**
- в. **ее клетки постоянно рециркулируют через кровотоки по всему телу**
- г. она обладает уникальной способностью вырабатывать специфические антитела

24. Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+):

- а. **играют ключевую роль в реакциях гиперчувствительности замедленного типа**
- б. участвуют в реакциях контактной гиперчувствительности

в. осуществляют реакции трансплантационного иммунитета

г. осуществляют противовирусный иммунитет

д. осуществляют противоопухолевый иммунитет

е. осуществляют реакции немедленного типа

25. Т-лимфоциты помощники (CD4+):

а. обеспечивают реакции гиперчувствительности немедленного типа

б. стимулируют В-лимфоциты к пролиферации и дифференцировке в антителообразующие клетки

в. тормозят выработку пнтител

г. обеспечивают стремление и поддержание иммунологической толерантности

26. Макрофаг:

а. обеспечивает защиту от облигатных и внутриклеточных микроорганизмов

б. разрушает и удаляет неметаболизируемые органические материалы

в. является активно секретирующей клеткой

г. является антитело-продуцирующей клеткой

д. является антиген-презентирующей клеткой

е. участвует в противоопухолевом и противовирусном иммунитете

27. Т-зависимые реакции вызываются

а. корпускулярными антигенами

б. растворимыми антигенами

в. внутриклеточно-расположенными антигенами

г. комплексными антигенами

28. Функция Т-системы иммунитета связана с:

а. синтезом иммуноглобулинов

б. фагоцитозом

в. цитотоксической функцией

г. всем перечисленным

29. Иммуноглобулины синтезируются и секретируются:

а. Т-лимфоцитами

б. нейтрофилами

в. плазматическими клетками

г. макрофагами

д. всеми перечисленными клетками

30. IgG способны:

а. связывать комплемент

	<p>б. связывать токсины в. проходить через плаценту г. участвовать в противоинфекционной защите д. все перечисленное верно</p> <p>31. IgM участвуют в: а. первичном иммунном ответе б. связывании комплемента в. нейтрализации бактерий г. все перечисленное верно д. все перечисленное неверно</p> <p>32. IgA участвуют в: а. местном иммунитете б. нейтрализации бактерий в. местном иммунитете и нейтрализации бактерий г. все перечисленное верно</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>33. Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению (ПК5) а. Клемастин (Тавегил) б. Лоратадин (Кларитин, Кларотадин) в. Цетиризин (Зиртек) г. Хлоропирамин (Супрастин) д. Фексофенадин (Телфаст)</p> <p>34. Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения (ПК5) а. Высокое сродство к H1 рецепторам б. Высокая проходимость через гематоэнцефалический барьер в. Отсутствие седативного эффекта г. Отсутствие тахифилаксии д. Блокада других типов рецепторов е. Все из перечисленного</p> <p>35. Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом является (ПК6) а. Домашняя пыль б. Клещ домашней пыли в. Пыльца комнатных растений г. Пищевые продукты</p> <p>36. Какова тактика врача при возникновении анафилактического шока у ребенка после подкожного введения лекарств на дому? (ПК 1,6) а. Поручить кому-либо из присутствующих позвонить по 03 и вызвать спец. мед. бригаду. б. Начать повторные инъекции адреналина (под</p>

контролем показателей АД).

- в. Ввести в/м преднизолон или гидрокортизон.**
- г. Ввести в/м мочегонные препараты для предупреждения отека мозга.
- д. Положить ребенка с опущенным головным концом, голову повернуть на бок, очистить дыхательные пути, ингаляции кислорода, массаж живота и конечностей. Согреть ребенка.**

37. Укажите симптомы, характеризующие острый экзогенный аллергический альвеолит: (ПК5)

- а. Кашель.**
- б. Одышка.**
- в. Рассеянные сухие хрипы.
- г. Лихорадка.**
- д. Крепитирующие («целлофановые») хрипы в легких.**

38. Какая срочная мед. помощь должна быть оказана больному с асфиктическим синдромом при бронхиальной астме? (ПК6)

- а. Парентеральное введение селективного адреномиметика короткого действия.
- б. В/в капельное введение эуфиллина**
- в. Парентеральное введение преднизолона.**
- г. Назначение антигистаминных препаратов II-го поколения.
- д. Антибактериальная терапия.**

39. Какие растения имеют пыление в середине лета? (ПК5)

- а. Берёза, орешник
- б. Полынь, Амброзия
- в. Овсяница, Мятлик**

40. Какие элементы сыпи характерны для крапивницы? (ПК5)

- а. папула**
- б. пустула
- в. волдырь**
- г. отек**

41. Причины атопического дерматита: (ПК5)

- а. Пищевая сенсibilизация**
- б. Кишечный дисбиоз**
- в. Контактная аллергия**
- г. Пиодермия

42. Какие специальные исследования необходимы для диагностики пищевой аллергии? (ПК5)

- а. Кожные пробы с пищевыми аллергенами.**
- б. Определение содержания общего IgE в крови.**
- в. Определение специфических IgE-антител к пищевым аллергенам.**
- г. Определения уровня IgM.
- д. Аллергоanamнез.

43. Назовите наиболее тяжелые формы аллергодерматозов: (ПК5)

- а. Синдром Стивенса-Джонсона.**
- б. Токсидермия.**
- в. Дерматит Дюринга.
- г. Синдром Лайела.**
- д. Строфулюс.

44. Какие мероприятия стоит проводить при анафилактическом шоке лекарственного генеза? (ПК6)

- а. Прекратить введение лекарства, наложить жгут выше места инъекции.**
- б. Немедленно ввести 0,1% р-р адреналина 0,3-0,5 мл п/к.**
- в. В/м ввести глюкокортикостероиды.**
- г. В/в ввести хлористый кальций.
- д. В/м ввести тавегил.

45. Кожные прик-тесты оптимально поставить с:

- а. 3-4 аллергенами**
- б. с 18-20 аллергенами
- в. с 10-12 аллергенами
- г. количество аллергенов не имеет значения

46. Кожное тестирование с неинфекционными аллергенами можно проводить:

- а. на фоне приема антигистаминных препаратов
- б. в первый день после отмены антигистаминных препаратов
- в. на второй день после отмены антигистаминных препаратов
- г. через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов**

47. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:

- а. клинический анализ крови
- б. степень изменений ОФВ1**
- в. рентгенография органов грудной клетки
- г. анализ мокроты

48. Причиной развития астматического статуса могут быть:
- а. обострение воспалительного процесса в бронхолегочной системе
 - б. отмена длительно применявшихся глюкокортикоидов
 - в. прием препаратов, к которым имеется аллергия
 - г. **все перечисленное**
49. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:
- а. сальбутамол, сальметерол, формотерол.
 - б. будесонид, фликсотид,
 - в. Спирива, атровент
 - г. **Симбикорт, серетид, фостер**
50. Клиническими показаниями для применения H₁-антигистаминных препаратов является наличие у больных
- а. **поллиноза**
 - б. неаллергической (неатопической) формы бронхиальной астмы
 - в. астматического состояния
 - г. всего перечисленного
51. Оптимальная продолжительность применения ингаляционных глюкокортикостероидов составляет:
- а. 2 недели
 - б. 1 месяц
 - в. 2 месяца
 - г. **3-4 месяца**
52. Побочными эффектами для β₂-агонистов являются:
- а. кардиостимуляция
 - б. токсическое действие на миокард
 - в. синдром "рикошета"
 - г. расширение сосудов подслизистого слоя бронхов
 - д. **все перечисленные**
53. К β₂-агонистам длительного действия относятся:
- а. бриканил
 - б. **салметерол**
 - в. вентолин
 - г. орципреналин
 - д. **формотерол**
54. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:
- а. неэффективности препаратов кромогликата и

- недокромила натрия
- б. легком персистирующем течении (II ступень терапии)
- в. средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)
- г. тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии)
- д. **все перечисленное**

55. Характерными признаками для аллергизации пыльцевыми аллергенами являются:
- а. высокая эозинофилия
 - б. **сезонность с частыми обострениями весной и летом**
 - в. **аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома**
 - г. аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов
 - д. обострения провоцируются гипервентиляцией

56. Аллергический ринит чаще бывает обусловлен сенсibilизацией:
- а. **пыльцой растений**
 - б. солями тяжелых металлов
 - в. антигенами бактериальных капсул
 - г. **бытовой пылью**
 - д. пищевыми аллергенами

57. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при аллергическом рините:
- а. легкое течение
 - б. **среднетяжелое течение**
 - в. **тяжелое течение**
 - г. отсутствие сезонности

58. Показания для СИТ при аллергическом рините:
- а. **круглогодичном течении**
 - б. **сезонном течении при наличии поливалентной сенсibilизации**
 - в. **совпадении аллергических проб и клинических данных**
 - г. длительности заболевания не более 6 лет
 - д. отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

59. Проявления пищевой аллергии:
- а. **не зависят от количества продукта**
 - б. зависят от количества продукта
 - в. зависят от сочетания продуктов
 - г. **зависят от вида кулинарной обработки**

60. Типичными проявлениями кожной аллергии являются:

	<p>а. кожный зуд б. крапивница в. дерматит г. все перечисленное д. кожный зуд и крапивница</p> <p>61. Для синдрома Леффлера характерно: а. умеренная интоксикация б. кашель с отделением мокроты канареечного цвета в. субфебрильная температура тела г. все перечисленное</p> <p>62. Характерными клиническими признаками ангиоотека в области гортани являются а. осиплость голоса б. отек губ в. “лающий” кашель г. затрудненное, стридорозное дыхание д. отек лица</p> <p>63. Признаки тяжелого астматического приступа: а. цианоз б. боли при глотании в. PCO₂ более 40 г. величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной д. заложенность носа и слезотечение</p> <p>64. При астматическом статусе обязательно назначается: а. внутривенное введение эуфиллина б. кислородотерапия в. блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов г. седативные препараты д. гормоны парентерально</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>65. Вирус иммунодефицита человека поражает: (ПК1,5) а. T- хелперы б. T- супрессоры в. В-лимфоциты</p> <p>66. Какие классы иммуноглобулинов обладают способностью фиксировать комплемент? (ПК1) а. IgM б. IgG в. IgA г. IgE д. IgD</p> <p>67. Какой основной класс иммуноглобулинов человека обладает цитотоксичностью и обеспечивает реакцию гиперчувствительности</p>

немедленного типа? (ПК5)

- а. IgM
- б. IgG
- в. IgA
- г. **IgE**
- д. IgD

68. Клинические проявления общей вариабельной иммунной

недостаточности: (ПК5)

- а. Желтуха.
- б. **Хронический гнойный бронхит.**
- в. **Гнойные синуситы.**
- г. Диарея.
- д. Приступы удушья.

69. При наследственном ангионевротическом отеке имеется дефицит: (ПК5)

- а. С3 компонента комплемента
- б. **С1 ингибитора**
- в. С9 компонента комплемента
- г. С5 конвертазы

70. К иммуномодуляторам бактериального происхождения относятся: (ПК5)

- а. имунофан
- б. **биостим**
- в. тактивин
- г. **рибомунил**
- д. **ИРС-19**
- е. полиоксидоний

71. К препаратам иммуноглобулина для парентерального введения относят: (ПК5)

- а. **пентаглобин**
- б. **октагам**
- в. **биавен**
- г. лейкинферон
- д. ронколейкин
- е. галавит

72. Клиническими масками ИДС являются: (ПК5)

- а. **Повторные пневмонии**
- б. **Диарейный синдром**
- в. **Протозойные инфекции**
- г. **Генерализованный кандидоз**
- д. Бронхиальная астма

73. Увеличение IgG в сыворотке крови наблюдается при:

- а. хронических воспалительных заболеваниях
- б. подостром и хроническом вирусном гепатите
- в. СПИД г) коллагенозах

г. все перечисленное верно

74. Увеличение IgM в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. острые воспаления
- б. паразитарные заболевания
- в. муковисцидоз
- г. после удаления селезенки**

75. Увеличение IgA в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:

- а. хроническое воспаление
- б. бронхиальная астма
- в. алкоголизм
- г. лечение иммунодепрессантами, цитостатиками**

76. Вторичный иммунодефицит может характеризоваться следующими признаками:

- а. дисфункция Т- системы
- б. дисфункция В- системы
- в. дисфункция моноцитарно-макрофагальной системы
- г. все перечисленное верно**

77. Какие клетки продуцируют антитела?

- а. мастоциты
- б. В-лимфоциты
- в. Т-лимфоциты
- г. плазматические клетки**
- д. эозинофилы

78. Образование антител в организме угнетается при:

- а. дефиците натуральных киллеров
- б. дефиците CD8⁺ лимфоцитов
- в. дефиците Т-хелперов 1 типа
- г. дефиците Т-хелперов 2 типа**
- д. В-иммунодефицитах

79. В диагностике каких заболеваний наиболее важно определить количество Т и В лимфоцитов в крови?

- а. острые инфекционные заболевания
- б. иммунодефицитные состояния**
- в. лимфопролиферативные заболевания**
- г. аллергические заболевания
- д. СПИД

80. Укажите время появления первых признаков ВИЧ-инфекции при внутриутробном заражении:

- а. уже внутриутробно
- б. сразу после рождения
- в. через 1 месяц после рождения
- г. **через 6 месяцев после рождения**
- д. через 1 год после рождения

81. Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:

- а. **цитомегаловирусная инфекция**
- б. иерсиниоз
- в. риккетсиоз
- г. **кандидоз слизистых**
- д. саркома Капоши

82. Причиной наследственного ангиоотека является

- а. дефицит С1-эстеразы
- б. **дефицит ингибитора С1-эстеразы**
- в. дефицит С5
- г. дефицит С3

83. В терапии наследственного ангиоотека эффективны

- а. нативная плазма
- б. антигистаминные препараты
- в. **лиофилизированный С1-ингибитор**
- г. **ε-аминокапроновая к-та**
- д. ингибиторы протеиназ
- е. стероиды с низкой андрогенной активностью (даназол)
- ж. глюкокортикоиды

84. Какие патологические процессы могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний?

- а. **дистрофии**
- б. **авитаминозы**
- в. **нефротический синдром**
- г. **экссудативная энтеропатия**
- д. атопический дерматит

85. К каким инфекциям более чувствительны больные иммунодефицитом с преимущественной недостаточностью антител:

- а. снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции
- б. **снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам**
- в. **снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце**
- г. **снижена устойчивость к синегнойной палочке**
- д. снижена устойчивость к рикетсиям

86. Какие из перечисленных заболеваний характерны для иммунодефицита с преимущественной

недостаточностью антител:

- а. возможны аутоиммунные синдромы**
- б. рецидивирующие заболевания ЛОР органов**
- в. склонность к вирусным заболеваниям
- г. рецидивирующие заболевания органов дыхания**

87. Какие клинические проявления характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- а. чаще болеют девочки
- б. гипоплазия тимуса
- в. гнойничковые поражения кожи**
- г. склонность к гипертермическим реакциям**
- д. панцитопения

88. Какие из перечисленных клинических проявлений более характерны для болезни Брутона:

- а. болеют мальчики**
- б. болеют девочки
- в. гипоплазия лимфатических узлов и миндалин**
- г. гипоплазия тимуса
- д. Витилиго

89. Какие из перечисленных заболеваний характерны для болезни Брутона:

- а. склонность к вирусному гепатиту**
- б. склонность к грибковым заболеваниям
- в. часто развивается волчаночный синдром**
- г. частые лимфомы и лейкозы**
- д. высокий риск заболевания туберкулезом

90. Что из перечисленного характерно для синдрома «избирательного дефицита Ig A»:

- а. склонность к инфекционным поражениям оболочек мозга
- б. склонность к рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных путей**
- в. склонность к бронхиальной обструкции**
- г. склонность к инфекционным поносам**
- д. склонность к инфекционным заболеваниям мочеполовой системы**

91. Какие из перечисленных проявлений более характерны для тяжелых комбинированных иммунодефицитов:

- а. склонность к острому тяжелому течению условно-патогенных инфекций**
- б. склонность к хроническому прогрессирующему течению условно-патогенных инфекций**
- в. склонность к гипертермическим реакциям

г. **склонность к онкопатологии**

д. склонность к ожирению

92. Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:

а. **анергия при кожных алерготестах**

б. **гиперэргические местные реакции при введении антигена**

в. повышенный риск реакции «трансплантат против хозяина»

г. **вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание**

д. вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга

93. Какие из перечисленных лабораторных проявлений более характерны для болезни Брутона:

а. повышен уровень плазматических клеток

б. повышен уровень Ig E и Ig M

в. **снижено содержание Ig всех классов**

г. снижен уровень Т-хелперов 1-го типа

д. **практически отсутствуют В-лимфоциты**

94. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Вискотта- Олдрича:

а. склонность к грибковым заболеваниям

б. **экзематозный дерматит**

в. **склонность к системной герпетической инфекции**

г. **склонность к лимфопролиферативной неоплазии**

д. склонность к гноеродной инфекции

95. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Ди Джорджи (гипоплазия тимуса):

а. **декстрапозиция сердца**

б. **тетания**

в. снижение эозинофилов

г. **снижение Т-лимфоцитов**

д. снижение Ig M и повышение Ig A

96. Какие из перечисленных проявлений более характерны для синдрома Луи-Бар:

а. **атаксия**

б. тетания

в. **кожно-глазные формы телеангиоэктазии**

г. ускоренное половое созревание

д. **склонность к онкопатологии**

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии- иммунологии»</p>	
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>1. Задача № 1. Больной К, 43 года, поступил с жалобами на кашель, одышку с затрудненным выдохом, приступы повторялись 2-3 раза в неделю, ночные приступы 3 раза в месяц. Больной страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Постоянно лекарственные препараты не применяет, пользуется «по требованию» ингаляционными ГКС (сальметерол), небулайзером (ингаляции с беродуалом). Объективно: со стороны органов дыхания: в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Лабораторные данные: эритроциты – $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $236 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 7%, СОЭ – 10 мм/ч. Аллергологическая проба: положительная к клещу домашней пыли, пыльцевым аллергенам.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз 2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты) 3. Какую терапию необходимо провести <p>2. Задача № 2. Больная М поступила в стационар с жалобами на приступы удушья 1-2 раза в месяц с дистанционными свистящими хрипами, на заложенность носа, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 7 лет, когда впервые на фоне ОРВИ развился приступ бронхиальной астмы - одышка, затруднение выдоха, сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии. После чего обратились в стационар, было проведено лечение (препараты не помнит), в результате лечения наступило улучшение. Приступы возникают 1-2 раза в месяц, которые купируются Сальбутамолом, в межприступный период принимает будесонид. Аллергоанамнез: в ходе обследования путем постановки кожных проб была обнаружена аллергия на домашнюю пыль, домашнего клеща, шерсть кошек. Аллергические реакции на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины, сыворотки и другое отрицает. Настоящее ухудшение самочувствия связано с проводимым ремонтом в квартире. Госпитализирована для снятия обострения. Из лабораторных и инструментальных данных известно повышение уровня Ig E до 356,0 МЕ/мл.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз

2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
3. Какую терапию необходимо провести

3. Задача № 3 (аллергический ринит).

Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери - постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больного на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

4. Задача № 4 (экзогенный аллергический альвеолит).

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий,

безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия. Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Нв-140г/л, лейко- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. План лечения.

5. Задача № 5 крапивница, вероятнее реакция на иАПФ).

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбо-асс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалина не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Рс-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Перитониальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания

6. Задача № 6 (синдром Лайелла).

Больная Э., 18 лет, на фоне приема анальгина по поводу головных болей почувствовала резкое ухудшения

самочувствия. Усилились головные боли, возникли насморк, слезотечение, светобоязнь поднялась t- до 38 0 С, появились высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, отмечалось поражение слизистых носа, ротовой полости, глаз. На второй день от появления симптомов – сонливость, спутанность сознания, жажда, отечность лица, t- до 40 0 С, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей. Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5 . Кожа и слизистые с желтоватым оттенком. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, на животе, бедрах множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта, носа, конъюнктивы глаз, резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД -100/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, чистые, В легких дыхание везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Пастозность лица.

1. Предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления

7. Задача № 7 (анафилактический шок).

Больной Р, 22 года, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6 . Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. Больной очень торопился и сразу же был отпущен на занятия. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, , сердцебиение, чувство жара во всем теле, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика ведения больного.
3. Неотложная терапия
4. Какие ошибки были допущены при проведении АСИТ?

8. Задача № 8 (бронхиальная астма atopическая пыльцевая

сенсibilизация).

Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от сальбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день. Дочери 3 года – атопический дерматит. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь). Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне жесткого с удлинением выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

9. Задача № 9 (атопический дерматит).

На прием к дерматологу обратилась девушка, 22 лет, с жалобами на незначительный зуд, шелушение, чувство стягивания и сухости кожи, потемнение ее в области локтей. Симптомы возникли и прогрессируют около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдались явления экземы (лицо, кисти рук) на пищевые аллергены (молоко). Свое состояние связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Объективно: процесс распространенный, локализуется преимущественно на коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, затылочной области и области декольте. Представлен в виде, слившихся в очаги, папул с экскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированы, инфильтрированы с элементами лихенификации и выраженным белым дермографизмом. Кожа сухая. На коже нижних век гиперпигментация и дополнительная складка Денни-Моргана. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-

60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Составьте план обследования.
4. Назовите принципы лечения.

10. Задача № 10 (холинергическая крапивница).

Больной А., 18 лет, студент, обратился к врачу в связи с появлением в течение последнего года высыпаний. Сыпь обычно возникает через 5-7 минут после физической нагрузки (бег, ходьба по лестнице, занятия в спортзале и пр.), в виде красных пятен и мелких волдырей, локализуется на лице, верхней половине груди и спины, иногда распространяется на живот, ягодицы, бедра, сопровождается сильным зудом и проходит через 1-3 часа после прекращения нагрузки.

Накануне обращался к врачам скорой помощи в связи с впервые возникшим эпизодом головокружения с сильным слюнотечением, тошнотой, однократной рвотой, болями в животе, на фоне вышеописанных высыпаний. Связывает это состояние с сильными эмоциональными и физическими нагрузками (опаздывал на важный экзамен). Самочувствие улучшилось после внутривенного введения глюкокортикостероидов. На момент осмотра жалоб нет.

Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет.

Вредные привычки – отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-56 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз. Что за эпизод ухудшения самочувствия имел место накануне?
2. Составьте план обследования.
3. Какие тесты являются основными для подтверждения диагноза.
4. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
5. Назовите принципы лечения.

11. Задача № 11 (холодовая крапивница).

Больная С., 37 лет, предъявляет жалобы на высыпания в виде зудящих волдырей, появляющихся на лице, кистях после контакта с холодом (холодный ветер, дождь, снег) при согревании, несколько раз в течение последнего месяца

(февраль) отмечала ангиоотёки лица (веки, губы), что значительно ограничивало работоспособность. Однократно - через 15-20 минут после употребления холодной колы (в гостях у подруги) появилась осиплость голоса, кашель, затрудненное дыхание, в связи с чем обращалась в «скорую помощь». Врач диагностировал начинающийся отек гортани, от госпитализации отказалась, после проведенного лечения отек постепенно прошел. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. На момент осмотра высыпаний нет (на холоде не была, приехала на консультацию на такси). Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дункан-тест – положительный.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Опишите методику постановки дункан- теста.
4. Какие еще тесты могут быть использованы для подтверждения диагноза, если дункан-тест отрицательный.
5. Назовите принципы лечения.

12. Задача 12 (синдром Стивенса – Джонсона с поражением кожи и слизистой ротовой полости, вероятно медикаментозной этиологии (пенициллин, ибупрофен).

Ребенок 12 лет заболел лакунарным тонзиллитом, лечился пенициллином, ибупрофеном с положительным эффектом. На 5 сутки лечения на красной кайме губ, слизистой оболочке преддверия полости рта появились мелкие эрозии, покрытые налетом желтоватого цвета. На различных участках кожи появились пятна гиперемии округлой формы, в области некоторых из них образовались пузыри, заполненные мутноватым содержимым.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

13. Задача 13 (пищевая аллергия к белкам куриного яйца (вероятно в леветину желтка). Атопический дерматит, локализованная форма, легкого течения, обострение)
Ребенок 4 года, жалобы на высыпания на щеках после употребления в пищу яйца всмятку. Из анамнеза известно, что ребенок часто ест яйца. Высыпания у него периодические в заушных областях в виде мокнутия (используют бепантен).

	<p>Ребенок готовится к посещению детского дошкольного учреждения, необходимо решить вопрос о проведении вакцинации против гриппа, привит по возрасту, без осложнений.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 4. 2. Назначьте необходимое обследование. 5. 3. Рекомендации по лечению и вакцинации.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>14. Задача № 14 (наследственный ангиоотек). Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин 1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет. Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица – губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от здоровых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Pс-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. Тактика ведения больной на данном этапе. 3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения. <p>15. Задача № 15 Больная В., 37 лет, поступила в Институт иммунологии г. Москвы для уточнения диагноза. Жалобы при поступлении: общая слабость, боли в конечностях, спине, мышцах, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, непостоянная колющая боль в области сердца, постоянный субфебрилитет. В анамнезе: наблюдение у ревматолога и нерегулярные курсы бициллинотерапии. Ухудшение самочувствия в течение последних двух лет выражалось выше указанными симптомами. В этот же период отмечалось ускорение СОЭ до 30 мм/ч, повышение γ-глобулинов в крови до 28,5%. Проводились курсы антибактериальной терапии без эффекта, после чего получала далагил также без существенного эффекта. Диагноз ревматизма или заболевания из группы системных ревматологических при консультации и Институте</p>

ревматологии был снят. В период пребывания в отделении характер жалоб больной не менялся. При обследовании: кожные покровы чистые, пальпируются мягкие безболезненные подчелюстные лимфатические узлы, другие группы лимфатических узлов не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Со стороны других внутренних органов при осмотре также без патологии. ЧСС 108 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки и почек патологических изменений не выявлено. Общий анализ крови, мочи, мокроты, биохимический анализ крови – без особенностей. Со стороны внутренних органов – без особенностей. Мазок из зева – рост гноеродного стрептококка. Посев кала выявил выраженный дисбиоз: снижение общего количества кишечной палочки до $19 \cdot 10^8$, увеличение кокковой флоры до 46% в общей сумме микробов (норма до 25%), бифидобактерии на нижней границе нормы 10^7 . При иммунологическом обследовании: Е-РОК 82%, М-РОК 7%; Ig A – не определяется, Ig M – 220 мг%, Ig G – 3300 мг%.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

16. Задача №16

Больная К., 15 лет поступила в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что девочка в течение жизни часто болеет ОРВИ, бронхитами. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови (лимфопения), анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Бактериология кала: снижение общего количества кишечной палочки до 56 млн/г (норма 300 – 400 млн/г). В иммунограмме: Ig A – 45 мг%, Ig M – 125 мг%, Ig G – 420 мг%. Е-РОК 70%, М-РОК 6%. Теоф. резист. – 67%, Теоф. чувств. – 13 %. Бронхоскопия: двусторонний катаральный эндобронхит 1-2 ст. Рентгенография органов грудной клетки: явления пневмосклероза н/доли справа. Консультация ЛОР-врача: гипоплазия лимфоидной ткани небных миндалин. Общее состояние девочки за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Отмечался редкий влажный кашель, слизистые выделения из носа. Получала 1% диоксидин в нос, гентамицин и кефзол в/м, мукалтин, нистатин, тавегил, колибактерин. Проводилась заместительная терапия иммуноглобулином.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

17. Задача №17

Больной Н., 5 лет поступил в отделение иммунодефицитных состояний у детей. Из анамнеза известно, что мальчик с годовалого возраста почти ежемесячно болеет ОРВИ,

неоднократно переносил бронхиты. В этом возрасте был выявлен дисбиоз. При иммунологическом обследовании было выявлено снижение уровня иммуноглобулинов (А-50, М-64, G-540 мг%). Общее состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. В соскобе на энтеробиоз обнаружены яйца остриц. В иммунограмме: Ig А – 60 мг%, Ig М – 68 мг%, Ig G – 760 мг%. Нейтрофильный фагоцитоз – 36%. Е-РОК 68%, М-РОК 17%. Теоф. резист. – 50%, Теоф. чувств. – 8%. Анализ кала на дисбиоз: отсутствие бифидумбактерий, резкое снижение количества кишечной палочки, высеивается кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами (более 90%). Рентгенография органов грудной клетки: ограниченный пневмофиброз н/доли справа. Явления хронического бронхита. Консультация ЛОР-врача: хронический катаральный назофарингит. Общее состояние мальчика за время нахождения в отделении было удовлетворительное. Получал пирантел однократно, 1% диоксидин в нос, тимоген по 50 мкг в/м 1 р/д. Выписан в удовлетворительном состоянии.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

18. Задача №18

Больной Р., 1 год 10 месяцев. Роды с наложением щипцов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см. С 4 мес гнойный конъюнктивит, пиодермия, гайморит, пневмония, абсцесс. Данные бактериальные процессы плохо поддаются антибактериальной терапии. Не перенес никаких детских инфекций. Вакцинирован АКДС. Вводилась полиомиелитная вакцина. В РСК не обнаружено антител против вводимых при вакцинации антигенов. Ребенок отстает в массе и росте, плохо переносит коровье молоко. Семейный анамнез без особенностей. Лабораторные исследования: количество лимфоцитов в пределах возрастной нормы, Влимфоцитов нет, Т-лимфоциты 60 %, Ig А – 0 мг%, Ig М – 0 мг%, Ig G – 0 мг%. Биопсия лимфатического пахового узла – мало клеток, небольшое количество фолликулов с зародышевыми центрами. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии. ЗАДАЧА №5 Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При осмотре

кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

19. Задача №19

Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Не перенес никаких детских инфекций. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы - бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и гамма-глобулина. При смотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины отсутствуют.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

20. Задача №20

Больной Д. родился на 3 недели раньше положенного срока. Вес при рождении 2400 г, рост 44 см. С 3 месяцев коклюшеподобный кашель, постоянная пиодермия, ринит, молочница, гнойный конъюнктивит обоих глаз, отиты. Привит БЦЖ. Семейный анамнез: две сестры умерли на первом году жизни от болезней с подобными признаками. Семь дочерей двоюродной бабушки умерли в грудном возрасте. Дочери сводной сестры матери умерли в возрасте 6 месяцев вследствие муковисцедоза. Объективно: возраст 6 месяцев, масса тела 4250 г, рост 54 см, мальчик бледный с большим животом, малым количеством подкожной жировой клетчатки, лицо старца. Язык обложен белым налетом. Хронический гнойный ринит, двусторонний средний отит. Температура тела 39°C. Дефицит массы 2200 г и роста 7 см. Лимфатические узлы не пальпируются, чрезвычайно малые миндалины. Данные лабораторных исследований: количество лейкоцитов $1,5 \times 10^9$ /л. Абсолютное количество лимфоцитов 127. Т- и В-лимфоциты не дифференцируются. Иммуноглобулины: Ig M, Ig G, Ig E – отсутствуют, Ig A – в следовых количествах. Внутрикожная проба с туберкулином отрицательная. Рентгенологическое исследование: тени тимуса и селезенки не обнаружено. Отсутствует лимфатическая ткань в носоглотке.

Ребенок умер в возрасте 8 месяцев от пневмонии.

1. Предположительный диагноз.

21. Задача №21

Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51 см. 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 8,5 %, лимфопения. Иммуноглобулины: Ig M - нет, Ig G 295 мг%, Ig A 37 мг%. Клеточный иммунитет: внутрикожные пробы – анергия, резко снижена реакция лимфоцитов на ФГА.

1. Предположительный диагноз.

2. Тактика ведения на данном этапе.

22. Задача №22

Больная А, 12 лет. родилась от нормальной беременности, вес при рождении 3400 г, рост 52 см. С 6 мес – пиодермия, конъюнктивиты, отиты, бронхиты, гастроэнтерит. В 2,5 года перенесла коклюш, осложненный пневмонией. С этого времени – постоянные инфекции: перенесла свыше 30 пневмоний (лобэктомия), 18 гнойных ангин, несколько гнойных отитов. Детские инфекции – корь, краснуха, ветряная оспа протекали без осложнений. Умерла от перитонита при наличии амилоидоза почек. Семейный анамнез собрать не удалось. Лабораторные исследования: общий анализ крови – лейкоцитоз с явлениями лимфопении. В иммунограмме – содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах нормы, Ig A, Ig G – следы, Ig M – 50 мг%. Не выявлены антитела к бактериям, вирусам и токсинам после прививок АКДС и полиомиелитной

вакциной. Биопсия лимфатических узлов – незрелые плазматические клетки, к кортикальной зоне – мало клеток.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

23. Задача № 23 (ПИД с поздним дебютом – ОВИН.

Рецидивирующий фурункулез, обострение)

Пациент 26 лет жалуется на появление фурункулов на коже различных анатомических областей. Считает себя больным в течение 3 лет, за этот период отмечалось более 10 фурункулов в области туловища, нижних конечностей, лица, требующих хирургического лечения и антибактериальной терапии. 2 года назад – нагноение гематомы левой голени после травмы; полгода назад – абсцесс ягодичной области после внутримышечной инъекции анальгина. Настоящее ухудшение около недели, появилась болезненная припухлость правой подмышечной области, осмотрен хирургом, 2 дня назад выполнено вскрытие, дренирование правостороннего гидраденита; принимает цiproфлоксацин внутрь.

Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены; хронические заболевания отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Среднего физического развития, без дефектов. Кожные покровы обычной окраски, множественные рубцы в области ягодиц, спины, ног.

Вскрытый абсцесс правой подмышечной области под повязкой. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По внутренним органам без особенностей. ОАК: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты $10,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, СОЭ 25 мм/ч. Иммунограмма: СД3 50%, СД4 55%, СД8 15%, СД20 6%; ИРИ 3,5; ФАН 40%, ФЧ 6, показатель завершенности фагоцитоза в норме, НСТ тест повышен; IgM 0,1 г/л, IgA 1,8 г/л, IgG 3 г/л.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сделайте клинико-иммунологическое заключение.
3. Лечебная тактика.

24. Задача № 24 (ПИД- Атаксия – телеангиоэктазия (синдром Луи-Бар).

Ребенок 5 лет. Жалобы на частые простудные заболевания (отиты, бронхиты, рино-синуситы). На момент осмотра переносит внебольничную пневмонию. Наблюдается у невролога с задержкой умственного развития. Мать отмечает у ребенка наличие неустойчивой походки (часто падает, теряя равновесие), перестал кататься на самокате. Объективно:

Состояние средней тяжести. На коже лица и конъюнктивах сосудистые «звездочки». При аускультации в левых отделах грудной клетки ослабление дыхания, влажные хрипы. В ОАК: лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, п/я-10 %, СОЭ-40 мм/ч.

Рентгенограмма грудной клетки: левосторонняя нижнедолевая пневмония. Бронхо-альвеолярный лаваж: выявлена *Haemophilus influenzae*. В иммунограмме: снижение

количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности, снижение в плазме крови иммуноглобулинов IgA, IgG, IgE.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Принципы терапии.

25. Задача № 25 (Синдром гиперпродукции IgE (синдром Иова). Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл.

Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное.

Гипотрофия, отставание в нервно-психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез неотягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?
2. План обследования.
3. Возможности иммунологической коррекции.

26. Задача № 26 (Наследственный ангиоотек, вызванный дефицитом ингибитора 1 компонента комплемента).

Пациент 19 лет поступил на стационарное лечение с жалобами на выраженный отек верхних век обоих глаз. Заболел остро после перенесенной неделю назад ОРВИ легкого течения. При осмотре определялся отек верхних век обоих глаз с почти полным смыканием глазных щелей. Конъюнктивы розового цвета, патологических выделений из глаз нет. Аллергологический и наследственный анамнез неотягощены. Осмотрен аллергологом, диагностирован «ангионевротический отек верхних век», назначено лечение кортикостероидами и антигистаминными препаратами внутрь и парентерально. В общем анализе крови воспалительной реакции и эозинофилии не выявлено, уровень общего IgE 10 МЕ/мл. На фоне проводимого лечения положительной динамики в течение 10 суток не наблюдалось. Через 2 недели отеки верхних век спонтанно разрешились.

1. Сформулируйте предположительный диагноз, назовите причину и триггеры данного заболевания.
2. Укажите характерные клинические проявления заболевания.

	3. Неотложная помощь.
--	-----------------------

Формируемые компетенции по ФГОС		T – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
У	1	1-96	1-26	1-29	1-29	
	2	2	-	1	1-3	
ПК	1	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-96	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26-28	
	2	1,2	1-26	1,11-29	1,3, 11-24	
	4	1,2	-	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	5	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-96	1-26	11-29	8-24, 26	
	6	21,22,33-38,44,47,49-54,57-59,63,64,70,71,83,85,87	1-26	11-29	11-24, 26	
	8	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26	
	9	47,59	1-26	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	10	1,2	-	1	1-3	

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ БЛОКА 1
«АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа
Формы контроля – рефераты, устный доклад (1 раз в неделю)**

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»	84
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Клиническая аллергология»	204
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Клиническая иммунология»	36

Вопросы и задания для самоконтроля:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности строения и функционирования иммунной системы. 2. Клетки врожденного иммунитета. 3. Гуморальные компоненты врожденного иммунитета. 4. Клеточные и гуморальные компоненты приобретенного иммунитета. 5. Субпопуляции и фенотип Т-клеток. 6. Виды и характеристика В-клеток. 7. Характеристика системы цитокинов (ЦК). Классификация цитокинов. 8. Свойства цитокинов. Роль ЦК в регуляции иммунного ответа.
--	---

<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>9. Организационные принципы помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунопатологией.</p> <p>10. Методы диагностики и лечения аллергических заболеваний.</p> <p>11. Аллергенспецифическая иммунотерапия.</p> <p>12. Неотложные состояния в аллергологии: анафилактический шок, отек Квинке.</p> <p>13. Пищевая аллергия.</p> <p>14. Аллергодерматозы. Атопический дерматит.</p> <p>15. Лекарственная аллергия.</p> <p>16. Принципы ступенчатой терапии бронхиальной астмы.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>17. Оценка иммунного статуса, формирование иммунологического диагноза.</p> <p>18. Иммунодиагностика заболеваний иммунной системы.</p> <p>19. Иммунотерапия. Иммуномодулирующие препараты, иммунодепрессанты, их использование при различных видах патологии.</p> <p>20. Врожденные иммунодефициты: этиопатогенез, классификация.</p> <p>21. Врожденные иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</p> <p>22. Приобретенные иммунодефициты: клинические и лабораторные критерии диагностики.</p> <p>23. Роль медико – генетического консультирования в пре- и постнатальной диагностике иммунодефицитных состояний.</p>

	24. Роль генетических факторов в развитии иммунной патологии.
--	---

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные представления о врожденном иммунитете. 2. Современные представления о строении и функционировании цитокиновой сети, её значение в развитии аллергопатологии. 3. Вакцинопрофилактика в 21 веке. 4. Вакцинация беременных. 5. Проблемы иммунотерапии. 6. Лихорадка неясного генеза: дифференциально - диагностический алгоритм.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Особенности терапии аллергопатологии у беременных. 8. Проблемы диагностики синдрома перекрёста БА-ХОБЛ. 9. Нарушение микробиоты организма при atopическом дерматите. 10. Роль элиминационной диеты мамы в пре- и постнатальной профилактики atopического дерматита. 11. Принципы выбора молочной смеси для профилактики и лечения пищевой аллергии. 12. Инъекционные и пероральные методы АСИТ: преимущества и недостатки.

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>13. Ятрогенные иммунодефициты: проблемы диагностики и лечения.</p> <p>14. Биология ВИЧ.</p> <p>15. Первичные иммунодефициты у взрослых.</p> <p>16. Вторичные иммунодефициты у детей, понятие «часто болеющий ребёнок».</p> <p>17. Оценка иммунного статуса у «часто болеющих детей», возрастные особенности иммунограммы.</p> <p>18. Таргетная терапия: моноклональные антитела в лечении аллергических заболеваний.</p>
--	---

Темы рефератов

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эпидемиология аллергических болезней в России и за рубежом. 2. Современные представления о врожденном иммунитете. 3. Воспаление как основа патологического процесса различного генеза. 4. Система комплемента, методы ее оценки, клиническое значение. 5. Цитокины и антицитокиновая терапия в клинической практике. 6. Системные и топические глюкокортикостероиды: дифференцированный подход к применению. 7. Особенности применения антигистаминных препаратов у детей.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Подходы к использованию глюкокортикостероидов в терапии аллергопатологии у детей. 9. АСИТ как новый шаг в лечении атопического дерматита. 10. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость. 11. Тяжелые токсико-аллергические реакции. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Терапия.

	<p>Профилактика. Прогноз.</p> <p>12. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов.</p> <p>13. Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>14. Эфферентная терапия аллергических заболеваний (плазмаферез, гемосорбция, специфическая иммуносорбция): показания к их применению, механизм действия, осложнения и их профилактика.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>15. Иммунопрофилактика: за и против.</p> <p>16. ВИЧ-инфекция: современное состояние проблемы.</p> <p>17. ВИЧ-инфекция: современные достижения в диагностике и лечении.</p> <p>18. Биологическая терапия в иммунологии.</p> <p>19. Возрастные особенности иммунного ответа.</p> <p>20. Молекулярные механизмы активации лимфоцитов. Апоптоз.</p> <p>21. Дефекты продукции антител; комбинированные иммунодефициты; дефекты фагоцитоза; дефекты системы комплемента.</p>

Фонд оценочных средств по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя	УК-1, ПК-1, ПК-

	спасателями на фантоме	5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. БОЛЬНОМУ ПРИ РЕЗКОМ СНИЖЕНИИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
 - А стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения
 - Б стандартных иммуноглобулинов для внутримышечного введения
 - В иммунокорректирующих
 - Г рекомбинантных интерферонов

2. ОБОСТРЕНИЕ ГРИБКОВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
 - А при прогулке в хвойном лесу
 - Б в новом деревянном доме
 - В в морских прибрежных зонах
 - Г в речных прибрежных зонах

3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ПОДРАЗУМЕВАЕТ
 - А оценку иммунного ответа по стадиям развития
 - Б оценку иммунного статуса на разных стадиях заболевания
 - В выявление патогенов и оценку ответа на них
 - Г оценку иммунных подсистем

4. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 - А наличие аллергических заболеваний у родственников раннее
 - Б низкий уровень иммуноглобулина Е
 - В наличие хронических заболеваний
 - Г введение в прикорм высокоаллергенных продуктов

5. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ
 - А атопической бронхиальной астмой средней степени тяжести
 - Б острой пневмонией
 - В системной красной волчанкой
 - Г X-сцепленной агаммаглобулинемией

6. МНС АНТИГЕНЫ I КЛАССА МОГУТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНЫ В

- А серологическом тесте
- Б реакции агглютинации
- В реакции связывания комплемента
- Г реакции розеткообразования

7. МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВЕС БОЛЬШИНСТВА ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ СОСТАВЛЯЕТ (В КДА)

- А от 10 до 70
- Б от 80 до 100
- В от 2 до 10
- Г от 150 до 200

8. В ГИСТОТИПЕ У БОЛЬНЫХ ПРИ УВЕИТЕ НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ АНТИГЕН

- А HLA-B27
- Б HLA-B13
- В HLA-B16
- Г HLA-B17

9. ТКАНИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ВИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А ксеногенными
- Б сингенными
- В аллогенными
- Г изогенными и аутогенными

10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИФИКАЦИОННЫХ КОЖНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

- А атопического дерматита в стадии обострения
- Б круглогодичного аллергического ринита
- В перенесённой пневмонии
- Г бронхиальной астмы легкого течения

11. ПРОТЕИНОМ, МАРКЕРОМ ПЕРЕКРЕСТНЫХ РЕАКЦИЙ МЕЖДУ РАКООБРАЗНЫМИ, КЛЕЩАМИ И ТАРАКАНАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А Pen a 1- тропомиозин
- Б Bos d 8 - казеин
- В Gad c 1-парвальбумин
- Г Ara h 1,2,3,6-белок запаса

12. АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (I ТИПА)
ОПОСРЕДОВАНА

- А образованием IgE и выбросом активных молекул из тучных клеток
- Б активированными макрофагами под влиянием лимфоцитов, сенсibilизированных к антигену
- В иммунными комплексами, фиксирующимися в тканях и вызывающими их повреждение
- Г антителами класса IgG к антигенам клеточной поверхности и внеклеточного матрикса

13. СКОЛЬКО АНТИГЕН-СВЯЗЫВАЮЩИХ УЧАСТКОВ У
ИММУНОГЛОБУЛИНА E?

- А 2
- Б 4
- В 1
- Г 3

14. ВЫВЕДЕНИЕ МАКРОФАГОМ ОТДЕЛЬНЫХ ЭПИТОПОВ НА
ПОВЕРХНОСТЬ МЕМБРАН НАЗЫВАЮТ

- А процессингом
- Б трансформацией эпитопа
- В расщеплением эпитопа
- Г рекомбинацией эпитопа

15. БУДЕСОНИДА СУСПЕНЗИЯ В НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНА
С (В МЕСЯЦАХ)

- А 6
- Б 0
- В 2
- Г 12

16. ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К
ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А щитовидной железы
- Б надпочечников
- В поджелудочной железы
- Г дыхательной системы

17. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БАЛЬНАЯ ШКАЛА

- А UAS 7
- Б UAS 3
- В DLQI
- Г AE-QoL

18. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А заместительная терапия иммуноглобулиновыми препаратами
- Б применение препаратов тимуса
- В переливание эритроцитарной массы
- Г витаминотерапия

19. К АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ СРЕДИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- А цетиризин
- Б лоратадин
- В эбастин
- Г клемастин

20. НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А обучение пациентов
- Б санаторно-курортное лечение
- В применение ионизаторов воздуха
- Г Иглорефлексотерапия

21. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ К АТОПИЧЕСКОМУ ДЕРМАТИТУ ЯВЛЯЕТСЯ

- А поражение гениталий
- Б вульгарное импетиго
- В остиофолликулит
- Г фолликулит

22. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТ

- А плазматические клетки
- Б макрофаги
- В Т-лимфоциты
- Г тучные клетки

23. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СОДЕРЖАНИЯ В-ЛИМФОЦИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ РЕАКЦИЮ

- А иммунолюминесценции с помощью моноклональных антител против CD19, CD20 или CD21
- Б агглютинации лимфоцитов анти-HLA-сывороткой
- В розеткообразования с эритроцитами барана
- Г преципитации в агаре

24. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ (ОСЛОЖНЕНИЙ) У ПАЦИЕНТОВ С ГУМОРАЛЬНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ ТРЕБУЕТСЯ ПРЕТРАНСФУЗИОННЫЙ УРОВЕНЬ IGG (В Г/Л)

- А 6-8
- Б 9-10
- В 4-5
- Г 3-4

25. РАННЯЯ ФАЗА АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- А первых 20 минут
- Б 6 часов
- В 36 часов
- Г 12 часов

Банк ситуационных клинических задач

27. Задача № 1.

Больной К, 43 года, поступил с жалобами на кашель, одышку с затрудненным выдохом, приступы повторялись 2-3 раза в неделю, ночные приступы 3 раза в месяц. Больной страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Постоянно лекарственные препараты не применяет, пользуется «по требованию» ингаляционными ГКС (сальметерол), небулайзером (ингаляции с беродуалом). Объективно: со стороны органов дыхания: в легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие свистящие хрипы. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Лабораторные данные: эритроциты – $4,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 148 г/л, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $236 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 7%, СОЭ – 10 мм/ч. Аллергологическая проба: положительная к клещу домашней пыли, пылевым аллергенам.

4. Ваш предварительный диагноз
5. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
6. Какую терапию необходимо провести

28. Задача № 2.

Больная М. поступила в стационар с жалобами на приступы удушья 1-2 раза в месяц с дистанционными свистящими хрипами, на заложенность носа, общую слабость. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 7 лет, когда впервые на фоне ОРВИ развился приступ бронхиальной астмы - одышка, затруднение выдоха, сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы, выслушиваемые на расстоянии. После чего обратились в стационар, было проведено лечение (препараты не

помнит), в результате лечения наступило улучшение. Приступы возникают 1-2 раза в месяц, которые купируются Сальбутамолом, в межприступный период принимает будесонид. Аллергоанамнез: в ходе обследования путем постановки кожных проб была обнаружена аллергия на домашнюю пыль, домашнего клеща, шерсть кошек. Аллергические реакции на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины, сыворотки и другое отрицает. Настоящее ухудшение самочувствия связано с проводимым ремонтом в квартире. Госпитализирована для снятия обострения. Из лабораторных и инструментальных данных известно повышение уровня Ig E до 356,0 МЕ/мл.

4. Ваш предварительный диагноз
5. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)
6. Какую терапию необходимо провести

29. Задача № 3.

Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери - постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалин не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Рс-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

4. Предположительный диагноз.
5. Тактика ведения больного на данном этапе.
6. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

30. Задача № 4.

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля

отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия.

Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10¹²/л, Hb-140г/л, лейко- 8*10⁹/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

5. Предположительный диагноз.
6. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
8. План лечения.

31. Задача № 5.

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромбо-асс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера

разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитониальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

4. Предположительный диагноз.
5. Составьте алгоритм диагностического поиска
6. Укажите возможные причины заболевания

11.2 ПРИЛОЖЕНИЕ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	12
	Экстренная медицинская помощь	12
	Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача	6
	Физикальное обследование пациента (определение состояния дыхательной системы)	12
	Проведение и оценка скарификационных тестов с аллергенами	12

Вопросы и задания для самоконтроля:

<ol style="list-style-type: none">1. Неотложная помощь при ОНМК2. Неотложная помощь при гипогликемии3. Неотложная помощь при гипергликемии4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК)8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС)9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--

Перечень дискуссионных тем :

1. Техника проведения сердечно-легочной реанимации

Темы рефератов

1. «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики»
2. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в эндокринологии»
3. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в гастроэнтерологии».
4. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиальной астмы (БОС)»
5. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с ОКС».
6. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при спонтанном пневмотораксе»
7. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при ОНМК».
8. «Проведение искусственной вентиляции легких».