

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

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по развитию  
регионального  
здравоохранения и  
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«27» августа 2025 г.



## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

Наименование: **Государственная итоговая аттестация**

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

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград- 2025

**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 кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО	д.м.н., профессор	Педиатрии и неонатологии Института НМФО

Рабочая программа дисциплины «Государственная итоговая аттестация» обязательной части основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Аллергология и иммунология»

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО протокол № 6 от «27» 06 2025 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,  
д.м.н., доцент \_\_\_\_\_ /И.Н. Шишиморов/

**Рецензент:** главный врач ГУЗ «КДП № 2», д.м.н., доцент А.А. Панина

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «26» 08 2025 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ / Н.И. Свиридова /

Начальник отдела учебно-методического сопровождения  
и производственной практики \_\_\_\_\_ /М.Л.Науменко/

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.26 «Аллергология и иммунология», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ от 02.02.2022 г. №106 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.03.2022 N 67697)

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;

- Профессиональным стандартом врача аллерголога-иммунолога (Код 02.023) (Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 №138н).

- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России от 27.08.2025 №1480-КО

1.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация (далее – ИГА) осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком.

1.3 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.26 Аллергология и иммунология очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология, и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

1.4 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.

1.5 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

1.6 Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговых (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

1.7 Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

## **2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Целью** итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология.

### **Задачи государственной итоговой аттестации:**

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);

2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности;

3. Определить степень готовности выпускника к осуществлению трудовых действий врача аллерголога-иммунолога, уровень овладения необходимыми умениями и знаниями для осуществления трудовых функций врача аллерголога-иммунолога.

## **3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ)**

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим

функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

**общепрофессиональные компетенции (ОПК):**

Деятельность в сфере информационных технологий:

- ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности;

Организационно-управленческая деятельность:

- ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Педагогическая деятельность:

- ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

Медицинская деятельность:

- ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;
- ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность;
- ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;
- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;
- ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала;

- ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен быть готов к исполнению трудовых действий врача аллерголога-иммунолога, обладать необходимыми умениями и знаниями для осуществления **трудовых функций**:

- А/01.8 проведение обследования пациентов в целях выявления аллергических заболеваний и (или) иммунодефицитных состояний, установления диагноза
- А/02.8 назначение лечения пациентам с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями, контроль его эффективности и безопасности
- А/03.8 проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при аллергических заболеваниях и (или) иммунодефицитных состояниях, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов
- А/04.8 проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров, диспансерного наблюдения в отношении пациентов с аллергическими заболеваниями и (или) иммунодефицитными состояниями
- А/06.8 проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
- А/07.8 оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

### **3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология отводится 108 академических часа (3 ЗЕ).



#### **4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОМ ГОДУ**

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология в 2025-2026 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 27.08.2025 №1480-КО

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

4.3 Состав государственной экзаменационной комиссии создается по основным профилям подготовки не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации, утверждается приказом ректора университета и действует в течение календарного года.

4.4 Государственная экзаменационная комиссия формируется из профессорско-преподавательского состава и научных работников Университета, а также лиц, приглашаемых из органов управления здравоохранением, работников медицинских организаций.

4.5 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается по представлению ВолгГМУ Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения Государственной итоговой аттестации.

4.6 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора, либо являющихся руководителем органов управления здравоохранением или медицинских организаций.

4.7. В состав государственной экзаменационной комиссии включается не менее 5 человек, из которых 50% являются ведущими специалистами в области аллергологии и иммунологии и (или) представителями органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ВолгГМУ, и (или) иных организаций и (или) научными работниками



Университета и (или) иных организаций, имеющими государственное почетное звание.

4.8. Основной формой деятельности комиссии являются заседания. Заседание комиссии правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Управления подготовки в ординатуре Института НМФО ФНБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология;

- принятие решения о присвоении квалификации «врач-аллерголог-иммунолог» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

4.11 Не позднее, чем за 30 календарных дней до проведения первого этапа государственного аттестационного испытания, организация утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных

комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

4.12 При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

4.11 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший индивидуальный учебный план в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программой, разработанной на основе федерального государственного образовательного стандарта (далее - ФГОС).

4.12 Обучающимся и лицам, привлекаемым к итоговой (государственной итоговой) аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.13 Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение государственной итоговой аттестации.

4.14 Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

4.15 Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации – по программам ординатуры.

4.16 Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", отчисляются из организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

4.17 Лицо, не прошедшее итоговую (государственную итоговую) аттестацию, может повторно пройти итоговую (государственную итоговую) аттестацию не ранее чем через один год и не позднее чем через пять лет после срока проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации, которая не пройдена обучающимся.

4.18 Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для итоговой (государственной итоговой) аттестации по соответствующей образовательной программе.

4.19 Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд,

транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения Государственной итоговой аттестации. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

4.20 Ординаторам, не сдавшим итоговую (государственную итоговую) аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

4.21 По результатам Государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию (далее - Комиссия) письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения Государственной итоговой аттестации.

4.22 Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

4.23 Состав Комиссии утверждается приказом ректора Университета. Комиссия формируется в количестве не менее 4 человек из числа профессорско-преподавательского состава медицинского института Университета, не входящих в состав государственной экзаменационной комиссии.

4.24 Председатель Комиссии утверждается приказом ректор Университета из числа лиц, включенных в состав Комиссии.

4.25 Апелляция подлежит рассмотрению не позднее двух рабочих дней со дня ее подачи.

4.26 Апелляция рассматривается на заседании Комиссии с участием не менее половины состава Комиссии. На заседание Комиссии приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

4.27 Для рассмотрения вопросов, связанных с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, в Комиссию направляется протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, экзаменационные листы обучающегося.

4.28 Решение Комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель Комиссии обладает правом решающего голоса.

4.29 Оформленное протоколом решение Комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения подавшего апелляцию обучающегося (под роспись) в течение трех рабочих дней со дня заседания Комиссии.

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

4.31 Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

## **5. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.**

5.1 Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры – Аллергология и иммунология, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

5.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация ординаторов в Университете в 2025-2026 учебном году проводится в форме государственного экзамена в форме трех государственных аттестационных испытаний:

- Тестового контроля (I этап);
- Оценки практических навыков (II этап);
- Заключительного собеседования (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

5.3 Первый этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, второй и третий этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа,

5.4 I этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат I этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов. Протокол результатов прохождения I этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

5.5 II этап – оценка практических навыков: оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой:

- общий уровень теоретической и практической подготовки ординатора непосредственно в процессе собеседования);
- умение обследовать больного;

- умение применить специальные инструментальные и лабораторные методы обследования пациента и интерпретировать результаты;
- установление основного и сопутствующего диагноза, осложнений;
- проведение дифференциального диагноза;
- знание методов экстренной и неотложной медицинской помощи, владение методами интенсивной терапии;
- назначение комплексного лечения;
- определение прогноза и дальнейшей тактики ведения больного;
- составление плана диспансерного наблюдения;

5.6 III этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам). Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

5.7 Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

5.8 Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

- **«Отлично»** – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

**«Хорошо»** – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

**«Удовлетворительно»** - дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

**«Неудовлетворительно»** – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами

дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

## **6. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.**

### **6.1 Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.**

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой Итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы электронной информационно-образовательной среды ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию, утвержденному распорядительным актом Университета, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта

высшего образования по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

## **6.2 Перечень основных разделов дисциплины:**

- Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии
- Клиническая аллергология
- Клиническая иммунология

## **6.3 Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)**

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (30)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

### **6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология**

АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А хлорпирамин**
- Б левоцитиризин
- В цетиризин
- Г эбастин

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- А на поверхности Т-лимфоцитов**
- Б на поверхности В-лимфоцитов
- В в плазме крови
- Г в секреторных жидкостях организма



ОБОСТРЕНИЕ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИИ ПРИ  
ГРИБКОВОЙ/ПЛЕСНЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ МОЖЕТ  
ОТМЕЧАТЬСЯ В ПОМЕЩЕНИЯХ

**А сырых с плесенью**

Б теплых сухих

В с животными

Г после ремонта

ОБРАТИМАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

**А бронхиальной астмы**

Б хронической обструктивной болезни лёгких

В тромбоэмболии лёгочной артерии

Г обструктивной эмфиземы лёгких

ПРИ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ СОРНЫХ ТРАВ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ  
ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ НА

**А семена подсолнечника**

Б фундук

В какао бобы

Г щавель

К САМЫМ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ  
СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ ОТНОСЯТ

**А импетиго**

Б рожистое воспаление

В акнеформные высыпания

Г гриппоподобные симптомы

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕ МОЖЕТ  
РАССМАТРИВАТЬСЯ КАК НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА

**А отказ от госпитализации**

Б явка на прием врача в состоянии опьянения

В отказ от направления на МСЭ

Г выезд в другую местность

К ИНТРАНАЗАЛЬНЫМ АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ  
ОТНОСИТСЯ

**А азеластин**

Б оксиметазолин

В флутиказона фураат

Г фенилэфрин

КРИТЕРИЕМ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) ПРИ  
РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

СНИЖЕНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА \_\_\_\_\_ % ОТ ИСХОДНОГО  
СИСТОЛИЧЕСКОГО АД

- А 30**
- Б 20
- В 15
- Г 10

КЛИНИКА ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

- А усиливается в сухую, ветреную погоду**
- Б не зависит от метеорологических условий
- В усиливается в дождливую погоду
- Г усиливается в холодное время года

К АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ ОТНОСЯТСЯ

- А В-лимфоциты**
- Б нейтрофилы
- В Т-лимфоциты
- Г НК-клетки

ТОРМОЖЕНИЕ СИНТЕЗА IgE ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОД  
ДЕЙСТВИЕМ

- А ИЛ-4**
- Б ИЛ-12
- В ИЛ-6
- Г ИЛ-13

ОДНИМ ИЗ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ  
МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С РАЗЛИЧНЫМИ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ КОМПАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРЕТ НА

**А получение от компании, представителя компании образцов  
лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения  
пациентам**

- Б создание формулярных комиссий в медицинской организации
- В участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций
- Г участие в научно-практических конференциях

ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ ДЕРЕВЬЕВ  
ИЗ ПИТАНИЯ ИСКЛЮЧАЮТ

- А фундук**
- Б халву
- В апельсин
- Г шоколад

ВЫСЫПАНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А отцветанием**
- Б эрозиями
- В остаточной гиперпигментацией
- Г трещинами

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 иммунокорригирующих
- Г рекомбинантных интерферонов

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

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

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

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ

- А атопической бронхиальной астмой средней степени тяжести**
- Б острой пневмонией
- В системной красной волчанкой
- Г Х-сцепленной агаммаглобулинемией

МНС АНТИГЕНЫ I КЛАССА МОГУТ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНЫ В

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

МОЛЕКУЛЯРНЫЙ ВЕС БОЛЬШИНСТВА ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ СОСТАВЛЯЕТ (В KDA)

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

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

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

ТКАНИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ ВИДОВ ЯВЛЯЮТСЯ

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКАРИФИКАЦИОННЫХ КОЖНЫХ ПРОБ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА

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

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

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

СКОЛЬКО АНТИГЕН-СВЯЗЫВАЮЩИХ УЧАСТКОВ У  
ИММУНОГЛОБУЛИНА E?

- А** 2
- Б 4
- В 1
- Г 3

ВЫВЕДЕНИЕ МАКРОФАГОМ ОТДЕЛЬНЫХ ЭПИТОПОВ НА  
ПОВЕРХНОСТЬ МЕМБРАН НАЗЫВАЮТ

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

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

- А** 6
- Б 0
- В 2
- Г 12

ДЕФИЦИТ ЙОДА В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К  
ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ  
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БАЛЬНАЯ ШКАЛА

- А** UAS 7
- Б UAS 3
- В DLQI

Г АЕ-QoL

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

**А заместительная терапия иммуноглобулиновыми  
препаратами**

Б применение препаратов тимуса

В переливание эритроцитарной массы

Г витаминотерапия

К АКТИВНЫМ МЕТАБОЛИТАМ СРЕДИ АНТИГИСТАМИННЫХ  
ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

**А цетиризин**

Б лоратадин

В эбастин

Г клемастин

НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

**А обучение пациентов**

Б санаторно-курортное лечение

В применение ионизаторов воздуха

Г Иглорефлексотерапия

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ГРИБКОВОЙ  
ИНФЕКЦИИ К АТОПИЧЕСКОМУ ДЕРМАТИТУ ЯВЛЯЕТСЯ

**А поражение гениталий**

Б вульгарное импетиго

В остиофолликулит

Г фолликулит

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТ

**А плазматические клетки**

Б макрофаги

В Т-лимфоциты

Г тучные клетки

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

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

РАННЯЯ ФАЗА АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

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

К ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУБЛИНГВАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ, ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АЛЛЕРГИИ, ОТНОСЯТ

- А орофарингеальные инфекции, гингивиты, периодонтиты, язвы и раны в полости рта, хирургические манипуляции в полости рта
- Б вазомоторный ринит, ношение шин, исправляющих прикус, применение фторсодержащих зубных паст
- В наличие атопического дерматита, сопутствующей пищевой аллергии, глистной инвазии
- Г наличие сопутствующей бронхиальной астмы инфекционно-аллергической, аллергического ринита

ВЕТV1-ПОДОБНЫЕ БЕЛКИ СОДЕРЖАТСЯ В \_\_\_\_\_ ФРУКТОВЫХ РАСТЕНИЙ

- А мякоти
- Б пыльце
- В корнях
- Г листьях

К ОДНОМУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОАЛЛЕРГЕННЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ОТНОСИТСЯ

- А цельное коровье молоко
- Б капуста брокколи
- В кабачок
- Г белокочанная капуста

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БРОНХОРАСШИРЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)



- А 3-5**
- Б более 12
- В 7-9
- Г 11-12

**В-ЛИМФОЦИТАРНАЯ ЗОНА В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ РАСПОЛАГАЕТСЯ В**

- А корковой зоне**
- Б переходной зоне
- В подкапсульном синусе
- Г медуллярной зоне

**В ГЕРМЕНАТИВНОМ ЦЕНТРЕ ПЕЙЕРОВОЙ БЛЯШКИ ПРОИСХОДИТ ВЫРАБОТКА**

- А иммуноглобулинов**
- Б эстрогенов
- В интерферона
- Г макрофагов

**ПРЕДИКТОРОМ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А отсутствие реакции при диагностическом введение минимальных доз молока**
- Б IgE-опосредованная форма аллергии
- В преобладание кожных проявлений аллергии по сравнению с гастроинтестинальными
- Г развитие аллергических реакций на другую пищу

**ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А сезонный аллергический ринит**
- Б гнойный конъюнктивит
- В бронхиальная астма тяжёлого течения
- Г полипозный риносинусит у больных аспириновой бронхиальной астмой

**БАЗОФИЛИЯ В КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- А бронхиальной астме**
- Б псориазе
- В гельминтозах
- Г пневмонии

**В ПАТОГЕНЕЗЕ ФЕНОТИПА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЬШАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ**

- А иммуноглобулинам Е**

- Б иммуноглобулинам М
- В иммуноглобулинам А
- Г иммунным комплексам

У БОЛЬНЫХ С ОБЩЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СНИЖЕНЫ

- А **иммуноглобулины G**
- Б CD3+-лимфоциты
- В иммуноглобулины D
- Г тромбоциты

ОДНОВРЕМЕННО МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ПРОВОКАЦИОННЫХ КОЖНЫХ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ МОЖНО ПОСТАВИТЬ ВЗРОСЛОМУ БОЛЬНОМУ С \_\_\_\_\_ АЛЛЕРГЕНАМИ

- А **10-12**
- Б 1-2
- В 25-30
- Г 3-4

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ  $\beta$ 2-АГОНИСТОВ В КАЧЕСТВЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БЕЗ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ

- А **высокого риска летального исхода астмы**
- Б отсутствия формы для небулайзерной терапии
- В низкой эффективности
- Г меньшей продолжительности действия

МАРКЕРОМ Т-ЛИМФОЦИТОВ ХЕЛПЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А **CD 4**
- Б CD 19
- В CD 3
- Г CD 8

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ СИСТЕМНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

- А **storage proteins – белки запаса**
- Б CCD – перекрёстно-реагирующие карбогидратные детерминанты
- В PR-10 белки
- Г профиллины

РЕБЕНКУ 3 МЕСЯЦЕВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛКИ КОРОВЬЕГО МОЛОКА, НАХОДЯЩЕМСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- А грудное молоко и соблюдение мамой безмолочной диеты**
- Б смесь на основе частичногидролизованного молочного белка
- В адаптированную молочную смесь с пребиотиками
- Г смесь на основе высокогидролизованного молочного белка

У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ТАКРОЛИМУС В ВИДЕ \_\_\_\_\_% МАЗИ

- А 0,03**
- Б 0,25
- В 0,02
- Г 0,1

В ПАТОГЕНЕЗЕ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ УЧАСТВУЮТ АНТИТЕЛА КЛАССА

- А IgG + IgE**
- Б IgE + IgM
- В только IgE
- Г только IgM

У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 8 ЛЕТ ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ CD4+ БОЛЕЕ

- А 200 в 1 мкл**
- Б 500 в 1 мкл
- В 50 в 1 мкл
- Г 100 в 1 мкл

ИНФОРМАТИВНЫМ ПАРАМЕТРОМ БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕСТРИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А общая емкость легких (ОЕЛ)**
- Б бронхиальное сопротивление (БС)
- В остаточный объем легких (ОО)
- Г диффузионная способность легких

Задачами врача аллергологического кабинета являются все перечисленные, за исключением

- А вакцинопрофилактики**
- Б консультаций больных аллергическими заболеваниями
- В специфической диагностики
- Г специфической иммунотерапии

РАЗМЕР ЧАСТИЦ, СПОСОБНЫХ ВЫЗВАТЬ ЭКЗОГЕННЫЙ  
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ, СОСТАВЛЯЕТ (В МКМ)

- А до 5**
- Б 10-15
- В 15-20
- Г 5-10

ПОКАЗАТЕЛЬ ОХВАТА РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ  
МЕРОПРИЯТИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ  
ЛЕЧЕНИЕМ, ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ,  
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О КАЧЕСТВЕ

- А диспансерного наблюдения**
- Б диспансеризации
- В противоэпидемической работы
- Г проведения профилактических медицинских осмотров

ПРИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А антигистаминных препаратов II поколения)**
- Б топических антигистаминных средств
- В иммунодепрессантов (циклоспорин А, метотрексат
- Г системных глюкокортикостероидов

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ НАИЛУЧШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ  
СКОРОСТИ ВЫДОХА (ПСВ) У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В ХОДЕ  
ЕЖЕДНЕВНОГО МОНИТОРИНГА В ТЕЧЕНИЕ \_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ

- А 2-3**
- Б 1-2
- В 6-8
- Г 4-5

ПОСОБИЕ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ  
НАЗНАЧАЕТСЯ, ЕСЛИ ОБРАЩЕНИЕ ЗА НИМ ПОСЛЕДОВАЛО НЕ  
ПОЗДНЕЕ \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ СО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ  
ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- А 6**
- Б 7
- В 16
- Г 12

КОМБИНАЦИЯ ВИЛАНТЕРОЛА+ФЛУТИКАЗОНА ФУРОАТА ДЛЯ  
БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ  
РАЗРЕШЕНА С \_\_\_\_\_ ЛЕТ

- А 12**
- Б 6
- В 16

ОТЁКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У БОЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫМ АНГИООТЁКОМ, КУПИРУЮТСЯ

- А **введением плазмы**
- Б внутривенным введением преднизолона
- В цитостатиками
- Г антигистаминными препаратами 1 поколения

К ОСНОВНОМУ АЛЛЕРГЕНУ У БОЛЬНЫХ КРУГЛОГОДИЧНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ОТНОСЯТ

- А **домашнюю пыль**
- Б пыльцу ветроопыляемых растений
- В пищевые продукты
- Г пыльцу комнатных растений

В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТ 21.11.2011 Г. № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ГРАЖДАНЕ, НАХОДЯЩИЕСЯ НА ЛЕЧЕНИИ, ОБЯЗАНЫ СОБЛЮДАТЬ РЕЖИМ ЛЕЧЕНИЯ И

- А **правила поведения пациента в медицинских организациях**
- Б правила обязательного медицинского страхования
- В этический кодекс
- Г условия договора со страховой медицинской компанией

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ IgE-АНТИТЕЛ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ

- А **4-8**
- Б 12
- В 18
- Г 10

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ РАЗРЕШАЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛЛЕРГЕНА ЧЕРЕЗ

- А **несколько секунд**
- Б 24 часа
- В 20-40 минут
- Г 6 часов

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНИН МОЖЕТ ВЫБИРАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ \_\_\_\_ В ГОД

- А **1 раз**
- Б 3 раза

- В 2 раза
- Г 4 раза

МОНТЕЛУКАСТ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ 1 РАЗ В СУТКИ В ДОЗИРОВКЕ (В МГ)

- А 10**
- Б 4
- В 20
- Г 5

ПРОВОКАЦИОННЫЙ ИНГАЛЯЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ КОЭФФИЦИЕНТ БРОНХОСПАЗМА СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_ % И БОЛЕЕ

- А 12**
- Б 8
- В 20
- Г 15

РЕЦИДИВ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ВОЗМОЖЕН В СЛУЧАЕ

- А продолжения работы в прежних условиях**
- Б бактериально-вирусной инфекции
- В перерыва в работе и отсутствии патогенетической терапии
- Г интеркуррентных заболеваний

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫМ ПОЛЛИНОЗОМ (СЕЗОННЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛЛЕРГИИ, ВЕСНА-ЛЕТО) НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ

- А фитотерапию**
- Б анальгин
- В аспирин
- Г сульфаниламиды

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А экстрактами аллергенов**
- Б антигистаминными препаратами
- В противовоспалительными препаратами
- Г глюкокортикостероидами

СОДЕРЖАНИЕ IgE В СЫВОРОТКЕ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- А не превышает 0,5 кЕ/л**
- Б находится в пределах 5-10 кЕ/л
- В в норме отсутствует

Г составляет более 10 кЕ/л

ВО ВЗРОСЛОМ ПЕРИОДЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА  
ВЫСЫПАНИЯ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- А в локтевых сгибах
- Б на лице
- В на волосистой части головы
- Г на коже туловища

МОЛЕКУЛА CD34 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ

- А клеток-предшественников гемопоэза
- Б зрелых моноцитов
- В наивных Т-клеток
- Г зрелых нейтрофилов

В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И  
ОТЕКА КВИНКЕ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ  
ИММУНОГЛОБУЛИНЫ

- А Е
- Б G1
- В М
- Г G4

ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ  
ПНЕВМОНИИ НА РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ  
КЛЕТКИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А двусторонние обширные инфильтраты
- Б несегментарные, облаковидные инфильтраты в области верхушек легких
- В характерные признаки картины «сотового легкого»
- Г инфильтративные изменения, занимающие только одну долю

КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ  
ВЫСЫПАНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- А 6
- Б 8
- В 2
- Г 4

ПО ДАННЫМ ПИКФЛОУМЕТРИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ  
АСТМОЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А пиковой скорости выдоха
- Б объема форсированного выдоха за 1 секунду
- В индекса Тиффно
- Г форсированной жизненной емкости легких



К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА ОТНОСЯТ

- А**    **пыльцу цветущих растений**
- Б    химические средства
- В    грибки
- Г    вирусы

СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОГО ПЕРИОДА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А**    **наличие папуло-везикулезных высыпаний**
- Б    пигментация век
- В    симптом грязной шеи
- Г    ангулярный хейлит

ТРАНЗИТОРНАЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ  
ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМΙΑ НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ДО  
(В ГОДАХ)

- А**    **3**
- Б    2,5
- В    2
- Г    1,5

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО  
СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- А**    **всей жизни**
- Б    месяца
- В    года
- Г    недели

БОЛЕЕ ВЫСОКОЙ АБСОРБЦИОННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ  
ОБЛАДАЕТ КОЖА В ЗОНЕ

- А**    **гениталий**
- Б    кистей
- В    стоп
- Г    голеней

ПЯТЫЙ КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ ИММУННОЙ  
СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ (В ГОДАХ)

- А**    **12-13**
- Б    9-10
- В    6-8
- Г    15-16

К ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ СИНДРОМЕ  
ГИПЕРИММУНОГЛОБУЛИНЕМИИ Е ОТНОСЯТ

**А** повышение содержания сывороточного Ig E свыше 2000 МЕ/мл

**Б** повышение количества В-лимфоцитов, нарушение функциональной активности нейтрофилов

**В** отсутствие или снижение Ig A и Ig E

**Г** снижение содержания сывороточного Ig M

КОЛИЧЕСТВО ЕЖЕГОДНЫХ ОСМОТРОВ ВРАЧА-ПУЛЬМОНОЛОГА (ВРАЧА-АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА) В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ЧАСТИЧНО КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОСТАВЛЯЕТ

**А** 4

**Б** 3

**В** 1

**Г** 2

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

**А** дисфония

**Б** гипергликемия

**В** остеопороз

**Г** Ожирение

НАИБОЛЕЕ СОЛИДНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРЕДСТАВЛЕНА ДЛЯ

**А** наружных кортикостероидных препаратов

**Б** антигистаминных препаратов

**В** эмолиентов

**Г** ингибиторов фосфодиэстеразы

СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА ПРОДОЛЖАЕТСЯ (В НЕДЕЛЯХ)

**А** менее 6

**Б** более 7

**В** более 6

**Г** менее 4

В СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ ПРОИСХОДИТ ВЫРАБОТКА ДО \_\_\_\_\_% ВСЕХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ

**А** 80

**Б** 20

**В** 40

**Г** 50

АНТИТЕЛА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ \_\_\_\_ КЛАССА  
ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПЕРВИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ

- А М
- Б D
- В G
- Г A

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ИММУННОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А **инфекционный**
- Б нефротический
- В анемический
- Г неврологический

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА II СТАДИИ  
ИСПОЛЬЗУЮТ

- А **преднизолон**
- Б препараты кромоглициевой кислоты
- В антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- Г муколитики

ДЛЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА  
ХАРАКТЕРНО

- А **наличие симптомов поражения миокарда**
- Б отсутствие симптомов поражения почек
- В отсутствие симптомов поражения нервной системы
- Г отсутствие симптомов поражения печени

СИНДРОМ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ВКЛЮЧАЕТ  
НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ АСПИРИНА/АНАЛЬГИНА, ПОЛИПОЗНЫЙ  
РИНОСИНУСИТ И

- А **бронхиальную астму**
- Б гипертоническую болезнь
- В синдром обструктивного апноэ сна
- Г хронический гломерулонефрит

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРИСВОЕНИЮ  
КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ МЕДИЦИНСКИМ  
РАБОТНИКАМ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ СТАЖ РАБОТЫ

- А **по специальности**
- Б во вредных (опасных) условиях труда
- В непрерывный
- Г медицинский

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЛЁГОЧНОЙ ЭОЗИНОФИЛИИ ОТВОДИТСЯ

- А **эозинофилам**
- Б тучным клеткам
- В альвеолярным макрофагам
- Г плазматическим клеткам

АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ ПАЦИЕНТАМ С \_\_\_\_\_ ОПОСРЕДОВАННЫМ МЕХАНИЗМОМ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А **IgE**
- Б IgA
- В IgG
- Г IgM

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВИСКОТТА – ОЛДРИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- А **трансплантация костного мозга от HLA-идентичного донора**
- Б сочетание триметоприма-сульфаметоксазола с фторхинолонами и противогрибковыми препаратами
- В назначение преднизолона в дозе 2 мг/кг массы тела
- Г применение аттенуированных антител

ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ – ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ

- А **нарушением бактерицидной функции нейтрофилов**
- Б снижением или отсутствием экспрессии молекул HLA I класса на поверхности клеток
- В отсутствием иммуноглобулина А
- Г нарушением адгезии моноцитов

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЁКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А **угроза жизни, неэффективность амбулаторного лечения, отёк дыхательных путей, отёк языка**
- Б снижение диастолического давления ниже 200 мм рт. ст., отёк кишечника
- В отёк кишечника, губ, носа, ушей, боли в животе, затруднение дыхания
- Г снижение систолического артериального давления ниже 70 мм рт. ст., отёк губ, носа

ДИФФЕРЕНЦИРОВКЕ Т-ХЕЛПЕРОВ 2 ТИПА СПОСОБСТВУЕТ

- А **интерлейкин-13**
- Б интерлейкин-18

- В интерферон-γ
- Г интерлейкин-23

ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ИНТЕРМИТТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ НАБЛЮДАЮТСЯ

- А менее 2 раз в месяц**
- Б более 2 раз в месяц
- В каждую ночь
- Г более 1 раза в неделю

КОЖНЫЕ ПРИК-ТЕСТЫ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНАМ

- А клещей дерматофагов**
- Б плесневых грибов рода Кладоспориум
- В промышленным
- Г бактериальным

ПРИЧИНОЙ СЕЗОННОГО РИНИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А пыльца сорных и луговых трав, пыльца деревьев**
- Б аллергены эпидермальные, грибковые
- В домашняя пыль, грибковые, пищевые
- Г клещ домашней пыли, пищевые

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПОДОСТРОЙ ФОРМЫ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А образованием эпителиоидноклеточных неказеозных гранулем в легких**
- Б интерстициальным и внутриальвеолярным фиброзом
- В склерозированием крупных бронхов с обеих сторон
- Г инфильтрацией альвеол и интерстиция тучными клетками

ПРИ ДИФФУЗНОМ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ПЛОЩАДЬ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ %

- А 50**
- Б 80
- В 70
- Г 60

СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ \_\_\_\_\_ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

- А принципов**
- Б критериев
- В факторов
- Г индикаторов

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ВКЛЮЧАЕТ

- А грудное вскармливание ребенка как минимум до 4-6 месяцев
- Б назначение матери пробиотиков во время беременности
- В прием детьми витамина D
- Г исключение из питания беременных цитрусовых и коровьего молока

АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕТЯМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ \_\_\_\_\_ МЕХАНИЗМА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А **IgE-зависимого**
- Б эозинофильного
- В иммунокомплексного
- Г аутоиммунного

ПРОВОКАЦИОННЫЙ ИНГАЛЯЦИОННЫЙ ТЕСТ С КАРБАХОЛИНОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А **бронхиальной астмы**
- Б инфекционно-аллергического альвеолита
- В аллергического конъюнктивита
- Г аллергического ринита

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ

- А **объемы соответствующих видов медицинской помощи**
- Б стандарты медицинской помощи
- В протоколы ведения пациентов
- Г порядки оказания медицинской помощи

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ

- А **усредненные показатели частоты предоставления медицинских услуг и кратности применения лекарственных препаратов**
- Б информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике конкретного заболевания
- В рекомендуемое штатное расписание структурных подразделений медицинской организации
- Г план диспансерного наблюдения пациента с указанием кратности осмотра врачами-специалистами, выполнения лабораторных и инструментальных исследований

Организация оказания помощи пациентам с иммунологическими заболеваниями осуществляется на основании:

- 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 от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"**
- Г** **Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ**

К центральным органам иммунной системы человека относятся:

- А** **костный мозг**
- Б** **вилочковая железа**
- В** **селезенка**
- Г** **лимфатические узлы**
- Д** **миндалины**

Антиген – это вещество, обладающее следующими свойствами:

- А** **чужеродность**
- Б** **антигенность**
- В** **иммуногенность**
- Г** **специфичность**

В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

- А** **сенсibilизация к аллергенам**
- Б** **наличие Ig E – антител**
- В** **наличие IgG- антител**
- Г** **повышение эозинофилов**

Антитела одной специфичности принадлежат

- А** **к одному классу иммуноглобулинов**
- Б** **к разным классам иммуноглобулинов**
- В** **не принадлежат к белкам глобулиновой фракции**

Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций

- А** **формирует немедленные аллергические реакции**
- Б** **участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций**
- В** **участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа**
- Г** **участвует в цитотоксических иммунных реакциях**

Гиперглобулинемия Е характерна

- А для атопии**
- Б для гельминтозов**
- В для гипоплазии тимуса**
- Г для некоторых вирусных заболеваний
- Д для аллергических заболеваний
- Е для хронических гранулематозов у детей

Роль системы комплемента

- А участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях**
- Б не участвует в аллергических реакциях
- В участвует в немедленных аллергических реакциях
- Г участвует в замедленных аллергических реакциях

К собственно аллергическим заболеваниям относятся:

- А поллиноз**
- Б инфекционно-аллергический миокардит
- В идиопатический фиброзирующий альвеолит
- Г миастения
- Д наследственный ангиоотек

Для псевдоаллергических заболеваний характерно:

- А отсутствие специфических иммуноглобулинов класса Е**
- Б возникновение реакций после первого приема препарата**
- В проявление реакций непереносимости после приема различных по химической структуре веществ
- Г наличие периода сенсибилизации

Минимальная продолжительность периода активной сенсибилизации у человека составляет:

- А 24 часа**
- Б 2-3 часа
- В 4 дня
- Г 7-8 дней
- Д 30-50 дней

Реагиновый механизм лежит в основе следующих заболеваний:

- А атопический бронхиальной астмы**
- Б экзогенного аллергического альвеолита**
- В сывороточной болезни
- Г контактного дерматита

Максимальное содержание IgE наблюдается в возрасте:

- А от 5 до 6 лет**



- Б до 4 лет
- В от 12 до 14 лет
- Г от 20 до 40 лет
- Д от 60 до 80 лет

Реагинам присущи биологические свойства

- А пассивно сенсibilизировать плод**
- Б проникать через гематоплацентарный барьер**
- В пассивно сенсibilизировать кожу здорового человека**

К клеткам-мишеням аллергии 1 порядка относятся:

- А эозинофилы**
- Б тучные клетки**
- В нейтрофилы
- Г гладкомышечные клетки
- Д базофилы
- Е тромбоциты

Примерами клеток-мишеней аллергии 2 порядка являются:

- А нейтрофилы**
- Б тучные клетки
- В базофилы
- Г эозинофилы
- Д тромбоциты

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**

Сколько известно типов гистаминовых рецепторов

- А 4 типа**
- Б 1 тип
- В 2 типа
- Г 3 типа

Из основных патогенетических механизмов при персистирующей форме бронхиальной астмы ведущая роль принадлежит:

- А бронхиальному воспалению**
- Б бронхиальной гиперреактивности
- В рефлексу через n.vagus.

- Г обструкции, связанной с необратимой перестройкой стенки бронхов

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

- А **спирографического исследования**
- Б бронхоальвеолярного лаважа
- В биопсии слизистой бронхов
- Г цитологического исследования мокроты

Механизмом действия теофиллина является:

- А **ингибирование фосфодиэстеразы**
- Б стимуляция  $\beta$  2- адренорецепторов
- В ингибирование фосфолипазы A2

Особенности иммунной системы следующие:

- А **она генерализована по всему телу**
- Б **ее клетки постоянно рециркулируют через кровоток по всему телу**
- В она строго ограничена от других органов и систем
- Г она обладает уникальной способностью вырабатывать специфические антитела

Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+):

- А **играют ключевую роль в реакциях гиперчувствительности замедленного типа**
- Б **осуществляют противоопухолевый иммунитет**
- В **осуществляют реакции трансплантационного иммунитета**
- Г участвуют в реакциях контактной гиперчувствительности
- Д осуществляют противовирусный иммунитет
- Е осуществляют реакции немедленного типа

Т-лимфоциты помощники (CD4+):

- А **обеспечивают реакции гиперчувствительности немедленного типа**
- Б стимулируют В-лимфоциты к пролиферации и дифференцировке в антителообразующие клетки
- В тормозят выработку антител
- Г обеспечивают стремление и поддержание иммунологической толерантности

Макрофаг:

- А **является антиген-презентирующей клеткой**
- Б обеспечивает защиту от облигатных и внутриклеточных микроорганизмов

- В разрушает и удаляет неметаболизируемые органические материалы
- Г является активно секретирующей клеткой
- Д является антитело-продуцирующей клеткой
- Е участвует в противоопухолевом и противовирусном иммунитете

Т-зависимые реакции вызываются

- А растворимыми антигенами**
- Б корпускулярными антигенами
- В внутриклеточно-расположенными антигенами
- Г комплексными антигенами

Функция Т-системы иммунитета связана с:

- А цитотоксической функцией**
- Б синтезом иммуноглобулинов
- В фагоцитозом
- Г всем перечисленным

Иммуноглобулины синтезируются и секретируются:

- А плазматическими клетками**
- Б Т-лимфоцитами
- В нейтрофилами
- Г макрофагами
- Д всеми перечисленными клетками

IgG способны:

- А связывать комплемент**
- Б связывать токсины**
- В проходить через плаценту**
- Г участвовать в противоинфекционной защите**

IgM участвуют в:

- А первичном иммунном ответе**
- Б связывании комплемента**
- В нейтрализации бактерий**

IgA участвуют в:

- А местном иммунитете и нейтрализации бактерий**
- Б местном иммунитете
- В нейтрализации бактерий
- Г все перечисленное верно

Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению

- А Клемастин (Тавегил)**
- Б Хлоропирамин (Супрастин)**

- В Лоратадин (Кларитин, Кларотадин)
- Г Цетиризин (Зиртек)
- Д Фексофенадин (Телфаст)

Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения

- А Высокое сродство к H1 рецепторам**
- Б Отсутствие седативного эффекта**
- В Отсутствие тахифилаксии**
- Г Высокая проходимость через гемато-энцефалический барьер
- Д Блокада других типов рецепторов
- Е Все из перечисленного

Основными аллергенами у больных аллергическим ринитом является

- А Домашняя пыль**
- Б Клещ домашней пыли**
- В Пыльца комнатных растений
- Г Пищевые продукты

Какова тактика врача при возникновении анафилактического шока у ребенка после подкожного введения лекарств на дому?

- А Поручить кому-либо из присутствующих позвонить по 03 и вызвать спец. мед. бригаду.**
- Б Начать повторные инъекции адреналина (под контролем показателей АД).**
- В Ввести в/м преднизолон или гидрокортизон.**
- Г Положить ребенка с опущенным головным концом, голову повернуть на бок, очистить дыхательные пути, ингаляции кислорода, массаж живота и конечностей.**
- Д Ввести в/м мочегонные препараты для предупреждения отека мозга.

Укажите симптомы, характеризующие острый экзогенный аллергический альвеолит

- А Кашель.**
- Б Одышка.**
- В Лихорадка.**
- Г Крепитирующие («целлофановые») хрипы в легких.**
- Д Рассеянные сухие хрипы.

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

- А В/в капельное введение эуфиллина**
- Б Парентеральное введение преднизолона.**
- В Антибактериальная терапия.**

- Г Парентеральное введение селективного адреномиметика короткого действия.
- Д Назначение антигистаминных препаратов II-го поколения.

Какие растения имеют пыление в середине лета?

- А Овсяница, Мятлик**
- Б Берёза, орешник
- В Полынь, Амброзия

Какие элементы сыпи характерны для крапивницы?

- А папула**
- Б волдырь**
- В отек**
- Г пустула

Причины атопического дерматита:

- А Пищевая сенсibilизация**
- Б Кишечный дисбиоз**
- В Контактная аллергия**
- Г Пиодермия

Какие специальные исследования необходимы для диагностики пищевой аллергии?

- А Кожные пробы с пищевыми аллергенами.**
- Б Определение содержания общего IgE в крови.**
- В Определение специфических IgE-антител к пищевым аллергенам.**
- А Аллергоанамнез.**
- Б Определения уровня IgM.

Назовите наиболее тяжелые формы аллергодерматозов:

- А Синдром Стивенса-Джонсона.**
- Б Токсидермия.**
- В Синдром Лайела.**
- Г Дерматит Дюринга.
- Д Строфулюс.

Какие мероприятия стоит проводить при анафилактическом шоке лекарственного генеза?

- 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.

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

Кожное тестирование с неинфекционными аллергенами можно проводить:

- А через 3 дня после отмены антигистаминных препаратов**
- Б на фоне приема антигистаминных препаратов
- В в первый день после отмены антигистаминных препаратов
- Г на второй день после отмены антигистаминных препаратов

Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:

- А степень изменений ОФВ1**
- Б клинический анализ крови
- В рентгенография органов грудной клетки
- Г анализ мокроты

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**

Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:

- А Симбикорт, серетид, фостер**
- Б сальбутамол, сальметерол, формотерол.
- В будесонид, фликсотид,
- Г Спирива, атровент

Клиническими показаниями для применения H<sub>1</sub>-антигистаминных препаратов является наличие у больных

- А поллиноза**
- Б неаллергической (неатопической) формы бронхиальной астмы
- В астматического состояния
- Г всего перечисленного

Оптимальная продолжительность применения ингаляционных глюкокортикостероидов составляет:

- А 3-4 месяца**
- Б 2 недели
- В 1 месяц

Г 2 месяца

Побочными эффектами для  $\beta_2$  –агонистов являются:

- А кардиостимуляция**
- Б токсическое действие на миокард**
- В синдром "рикошета"**
- Г расширение сосудов подслизистого слоя бронхов**

К  $\beta_2$ –агонистам длительного действия относятся:

- А формотерол**
- Б салметерол**
- В бриканил
- Г вентолин
- Д орципреналин

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)**

Характерными признаками для аллергизации пыльцевыми аллергенами являются:

- А сезонность с частыми обострениями весной и летом**
- Б аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома**
- В высокая эозинофилия
- Г аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов
- Д обострения провоцируются гипервентиляцией

Аллергический ринит чаще бывает обусловлен сенсibilизацией:

- А пылью растений**
- Б бытовой пылью**
- В солями тяжелых металлов
- Г антигенами бактериальных капсул
- Д пищевыми аллергенами

Показания к назначению местных глюкокортикоидов при аллергическом рините:

- А среднетяжелое течение**
- Б тяжелое течение**

- В легкое течение
- Г отсутствие сезонности

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

Проявления пищевой аллергии:

- А не зависят от количества продукта**
- Б зависят от вида кулинарной обработки**
- В зависят от количества продукта
- Г зависят от сочетания продуктов

Типичными появлениями кожной аллергии являются:

- А кожный зуд**
- Б крапивница**
- В дерматит**
- Г кожный зуд и крапивница**

Для синдрома Леффлера характерно:

- А умеренная интоксикация**
- Б кашель с отделением мокроты канареечного цвета**
- В субфебрильная температура тела**

Характерными клиническими признаками ангиоотека в области гортани являются

- А осиплость голоса**
- Б затрудненное, стридорозное дыхание**
- В отек губ
- Г “лающий” кашель
- Д отек лица

Признаки тяжелого астматического приступа:

- А цианоз**
- Б боли при глотании**
- В PCO<sub>2</sub> более 40**
- Г величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной**
- Д заложенность носа и слезотечение

При астматическом статусе обязательно назначается:

- А внутривенное введение эуфиллина**



- Б** оксигенотерапия
- В** гормоны парентерально
- Г блокаторы H1-гистаминовых рецепторов
- Д седативные препараты

Вирус иммунодефицита человека поражает:

- А Т-хелперы**
- Б Т-супрессоры
- В В-лимфоциты

Какие классы иммуноглобулинов обладают способностью фиксировать комплемент?

- А IgM**
- Б IgG**
- В IgA
- Г IgE
- Д IgD

Какой основной класс иммуноглобулинов человека обладает цитотоксичностью и обеспечивает реакцию гиперчувствительности немедленного типа?

- А IgE**
- Б IgM
- В IgG
- Г IgA
- Д IgD

Клинические проявления общей вариабельной иммунной недостаточности:

- А Хронический гнойный бронхит.**
- Б Гнойные синуситы.**
- В Диарея. Желтуха.
- Г Приступы удушья.

При наследственном ангионевротическом отеке имеется дефицит:

- А C1 ингибитора**
- Б C3 компонента комплемента
- В C9 компонента комплемента
- Г C5 конвертазы

К иммуномодуляторам бактериального происхождения относятся:

- А биостим**
- Б рибомунил**
- В ИРС-19**
- Г имунофан

- Д тактивин
- Е полиоксидоний

К препаратам иммуноглобулина для парентерального введения относят:

- А пентаглобин**
- Б октагам**
- В биавен**
- Г лейкинферон
- Д ронколейкин
- Е галавит

Клиническими масками ИДС являются:

- А Повторные пневмонии**
- Б Диарейный синдром**
- В Протозойные инфекции**
- Г Генерализованный кандидоз**
- Д Бронхиальная астма

Увеличение IgG в сыворотке крови наблюдается при:

- А хронических воспалительных заболеваний**
- Б подостром и хроническом вирусном гепатите**
- В СПИД**

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

- А после удаления селезенки**
- Б острые воспаления
- В паразитарные заболевания
- Г муковисцидоз

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

- А лечение иммунодепрессантами, цитостатиками**
- Б хроническое воспаление
- В бронхиальная астма
- Г алкоголизм

Вторичный иммунодефицит может характеризоваться следующими признаками:

- А дисфункция Т- системы**
- Б дисфункция В- системы**
- В дисфункция моноцитарно-макрофагальной системы**

Какие клетки продуцируют антитела?

- А плазматические клетки**
- Б макроциты
- В В-лимфоциты
- Г Т-лимфоциты
- Д эозинофилы

Образование антител в организме угнетается при:

- А дефиците Т-хелперов 2 типа**
- Б В-иммунодефицитах**
- В дефиците натуральных киллеров
- Г дефиците CD8<sup>+</sup> лимфоцитов
- Д дефиците Т-хелперов 1 типа

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

- А иммунодефицитные состояния**
- Б лимфопролиферативные заболевания**
- В СПИД**
- Г острые инфекционные заболевания
- Д аллергические заболевания

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

- А через 6 месяцев после рождения**
- Б уже внутриутробно
- В сразу после рождения
- Г через 1 месяц после рождения
- Д через 1 год после рождения

Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:

- А цитомегаловирусная инфекция**
- Б кандидоз слизистых**
- В иерсиниоз
- Г риккетсиоз
- Д саркома Капоши

Причиной наследственного ангиоотека является

- А дефицит ингибитора C1-эстеразы**
- Б дефицит C1-эстеразы
- В дефицит C5
- Г дефицит C3

В терапии наследственного ангиоотека эффективны

- А** лиофилизированный С1-ингибитор
- Б** е-аминокапроновая к-та
- В** нативная плазма
- Г** антигистаминные препараты
- Д** ингибиторы протеиназ
- Е** стероиды с низкой андрогенной активностью (даназол)
- Ж** глюкокортикоиды

Какие патологические процессы могут приводить к развитию вторичных иммунодефицитных состояний?

- А** дистрофии
- Б** авитаминозы
- В** нефротический синдром
- Г** экссудативная энтеропатия
- Д** атопический дерматит

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

- А** снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам
- Б** снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце
- В** снижена устойчивость к синегнойной палочке
- Г** снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции
- Д** снижена устойчивость к рикетсиям

Какие из перечисленных заболеваний характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- А** возможны аутоиммунные синдромы
- Б** рецидивирующие заболевания ЛОР органов
- В** рецидивирующие заболевания органов дыхания
- Г** склонность к вирусным заболеваниям

Какие клинические проявления характерны для иммунодефицита с преимущественной недостаточностью антител:

- А** гнойничковые поражения кожи
- Б** склонность к гипертермическим реакциям
- В** чаще болеют девочки
- Г** гипоплазия тимуса
- Д** панцитопения

Какие из перечисленных клинических проявлений более характерны для болезни Брутона:

- А** болеют мальчики
- Б** гипоплазия лимфатических узлов и миндалин
- В** болеют девочки
- Г** гипоплазия тимуса

Д Витилиго

Какие из перечисленных заболеваний характерны для болезни Брутона:

- А склонность к вирусному гепатиту**
- Б часто развивается волчаночный синдром**
- В частые лимфомы и лейкозы**
- Г склонность к грибковым заболеваниям
- Д высокий риск заболевания туберкулезом

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

- А склонность к рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных путей**
- Б склонность к бронхиальной обструкции**
- В склонность к инфекционным поносам**
- Г склонность к инфекционным заболеваниям мочеполовой системы**
- Д склонность к инфекционным поражениям оболочек мозга

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 онкопатологии**
- Г склонность к гипертермическим реакциям
- Д склонность к ожирению

Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:

- А анергия при кожных алерготестах**
- Б гиперэргические местные реакции при введении антигена**
- В вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание**
- Г повышенный риск реакции «трансплантат против хозяина»
- Д вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга

Какие из перечисленных лабораторных проявлений более характерны для болезни Брутона:

- А снижено содержание Ig всех классов**
- Б практически отсутствуют В-лимфоциты**
- В повышен уровень плазматических клеток
- Г повышен уровень Ig E и Ig M
- Д снижен уровень Т-хелперов 1-го типа

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

- А экзематозный дерматит**
- Б склонность к системной герпетической инфекции**
- В склонность к лимфопролиферативной неоплазии**
- Г склонность к грибковым заболеваниям
- Д склонность к гноеродной инфекции

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

- А декстрапозиция сердца**
- Б тетания**
- В снижение Т-лимфоцитов**
- Г снижение эозинофилов
- Д снижение Ig M и повышение Ig A

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

- А атаксия**
- Б склонность к онкопатологии**
- В кожно-глазные формы телеангиоэктазии**
- Г тетания
- Д ускоренное половое созревание

Используя интраназальные адреномиметики при аллергическом рините, следует помнить:

- А не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд**
- Б оптимальный курс 2-4 недели
- В при затяжном течении следует давать до исчезновения симптомов болезни
- Г при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- Д показаны для профилактики обострений в период ремиссии

Специфическая гипосенсибилизация показана:

- А при аллергии на пыльцу злаковых**
- Б при аллергии на пыльцу деревьев**
- В для профилактики анафилаксии на укус осы**
- Г при аллергизации антигенами бытовых клещей**
- Д для профилактики местной реакции на укусы пчел

Что из перечисленного является прямым показанием для назначения глюкокортикоидов?

- А тяжелый астматический приступ**
- Б синдром Стивена-Джонсона**
- В анафилактический шок**
- Г атопический дерматит, локализованная форма

Д легочный эозинофильный инфильтрат

Какие из приведенных фактов будут верны для бронхиальной астмы:

- А если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%**
- Б конкордантность у монозиготных близнецов 100%
- В у сельских жителей возникает чаще, чем у городских
- Г если болеет только отец – риска для ребенка практически нет
- Д заболевание передается воздушно-капельным путем

Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:

- А гормональная зависимость**
- Б астматические статусы в анамнезе**
- В наличие выраженного аллергического компонента
- Г приступы провоцируются физической нагрузкой
- Д астма сочетается с тяжелым аллергодерматозом

Клинические признаки, ассоциированные с астмой:

- А аспирин может вызывать или усиливать проявления**
- Б единственным внешним проявлением может быть кашель**
- В во время приступа хрипов в легких может не быть**
- Г отсутствие хрипов в легких во время приступа – хороший прогностический признак
- Д приступы обычно сопровождаются субфебрилитетом

Признаки тяжелого астматического приступа:

- А цианоз**
- Б PCO<sub>2</sub> более 40**
- В величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной**
- Г боли при глотании
- Д заложенность носа и слезотечение

При астматическом статусе обязательно назначается:

- А внутривенное введение эуфиллина**
- Б оксигенотерапия**
- В гормоны парентерально**
- Г блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов
- Д седативные препараты

Для купирования приступа астмы у ребенка младшего возраста используют, прежде всего:

- А бета2-адреномиметики**
- Б блокаторы H<sub>1</sub>- гистаминовых рецепторов
- В оксигенотерапию

- Г блокаторы
- Д кромогликат Na

Опасность развития астматического состояния связана с:

- А астматическими статусами в анамнезе**
- Б передозировкой ингаляционных 2-адреномиметиков**
- В поздним назначением системных глюкокортикоидов**
- Г началом астмы в раннем возрасте
- Д наличием в роду больных аллергическими заболеваниями

Повышают риск развития бронхиальной астмы:

- А наличие астмы в семейном анамнезе**
- Б атопический дерматит в первые годы жизни**
- В курение в семействе**
- Г проживание в сельской местности
- Д преждевременное половое созревание

Необходимые исследования при постановке диагноза атопическая бронхиальная астма:

- А спирография**
- Б кожные пробы с аллергенами (РАС тест)**
- В бронхоскопия
- Г посев мокроты
- Д определение Т- и В-лимфоцитов в крови

Используя ингаляционные глюкокортикоиды при бронхиальной астме, следует помнить:

- А частым осложнением является кандидоз слизистой**
- Б максимальный эффект развивается через 2-3 минуты
- В частым осложнением является нарушение прорезывания зубов
- Г нельзя сочетать с адреномиметиками
- Д нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при бронхиальной астме, следует помнить:

- А длительность применения должна быть не меньше 2 месяцев**
- Б при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения**
- В оптимальный курс 2-4 недели
- Г максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- Д нельзя сочетать с глюкокортикоидами

Специфическую иммунотерапию при бронхиальной астме назначают в тех случаях, когда:



- А течение круглогодичное**
- Б течение сезонное**
- В длительность заболевания не более 3 лет
- Г длительность заболевания более 3 лет
- Д нет наследственной предрасположенности

Используя ингаляционные 2-адреномиметики при бронхиальной астме, следует помнить:

- А следует давать только при наличии бронхиальной обструкции**
- Б нельзя сочетать с глюкокортикоидами
- В не следует давать эти препараты более 3-5 дней подряд
- Г при отсутствии эффекта дозу следует плавно увеличивать
- Д показаны для профилактики обострений в период полной ремиссии

Наиболее частые осложнения при лечении детей с бронхиальной астмой системными глюкокортикоидами:

- А угнетение коры надпочечников**
- Б задержка роста**
- В остеопороз**
- Г миопия
- Д нарушение обмена меди

Показания к назначению системных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

- А астматический статус**
- Б отсутствие эффекта при применении ингаляционных глюкокортикоидов**
- В длительность заболевания более 5 лет
- Г отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

Препараты, которые усиливают обструкцию в приступный период бронхиальной астмы:

- А ингибиторы АПФ**
- Б транквилизаторы**
- В метилксантины**
- Г спазмолитики
- Д 2-адреноблокаторы

Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при бронхиальной астме, следует помнить:

- А если в течение 2-х месяцев нет эффекта, нет смысла продолжать курс**
- Б назначается больше для профилактики**

- В если в течение 2-х месяцев нет эффекта, следует увеличить дозу
- Г назначается больше для купирования приступа
- Д может усилить бронхоспазм при обострении

Для аспириновой астмы характерно:

- А частое сочетание с полипозными риносинуситами**
- Б непереносимость НПВС**
- В приступы могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда**
- Г частое сочетание с язвенной болезнью
- Д характерны ночные приступы

Для астмы с преобладанием аллергического компонента характерно:

- А кожные пробы обычно положительные**
- Б частая причина - бытовая пыль**
- В частая причина - пыльца растений**
- Г часто кожные пробы отрицательные
- Д приступы провоцируются гипервентиляцией

Необходимые исследования при постановке диагноза аспириновая астма:

- А спирография, спирометрия**
- Б сцинтиграфия легких
- В радиоаллергосорбентный тест
- Г кожные пробы с аллергенами
- Д определение Т- и В-лимфоцитов в крови

Для неаллергической бронхиальной астмы характерно:

- А часто кожные пробы отрицательные**
- Б часто приступы провоцирует острая респираторная инфекция**
- В часто приступы провоцирует гипервентиляция**
- Г снижена чувствительность дыхательных путей к влажности и температуре
- Д снижена чувствительность дыхательных путей к резким запахам

Большой риск развития аллергических заболеваний имеют дети:

- А переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни**
- Б с лимфатико-гипопластическим диатезом**
- В с экссудативно-катаральным диатезом в анамнезе**
- Г перенесшие на первом году жизни рахит
- Д из неполных семей

Наиболее частыми причинами пищевой аллергии из приведенного перечня являются:

- А рыба**
- Б молоко**
- В арахис**
- Г мясо кролика
- Д картофель

Вследствие длительного применения адреномиметиков при бронхиальной астме вероятны следующие осложнения:

- А кардиосклероз**
- Б синдром рикошета**
- В язвенная болезнь
- Г остеопороз
- Д синдром отмены

У пациента с заболеванием ЦНС, принимавшего метилдопа, развилась гемолитическая анемия, которая быстро прошла после отмены препарата. Укажите вид гиперчувствительности, по которому развилось это осложнение:

- А цитотоксический**
- Б реактивный
- В иммунокомплексный
- Г клеточный

Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии ангионевротического отёка:

- А реактивный**
- Б цитотоксический
- В иммунокомплексный
- Г клеточный

Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии крапивницы:

- А реактивный**
- Б цитотоксический
- В иммунокомплексный
- Г клеточный

Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии сывороточной болезни:

- А иммунокомплексный**
- Б реактивный
- В цитотоксический
- Г клеточный

Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии васкулитов:

- Д иммунокомплексный**
- Е реактивный
- А цитотоксический
- Б клеточный

Укажите вид гиперчувствительности, который имеет ведущее значение при развитии аллергического контактного дерматита:

- А клеточный**
- Б реактивный
- В цитотоксический
- Г иммунокомплексный

В основе большинства псевдоаллергических реакций, развивающихся в ответ на прием лекарственных средств (ЛС), лежит:

- А прямое воздействие ЛС на тучные клетки**
- Б активация системы комплемента с образованием анафилатоксинов C3a и C5a**
- В прямая активация В-лимфоцитов и усиление синтеза реактивных антител
- Г активация экспрессии МНС-II на антигенпрезентирующих клетках
- Д активация экспрессии МНС-I на антигенпрезентирующих клетках

Способствуют развитию аллергии на лекарственные средства (ЛС):

- А продолжительное лечение**
- Б высокие дозы ЛС**
- В частые прерывистые курсы приема ЛС**
- Г внутривенное введение ЛС
- Д прием ЛС без прикрытия блокаторами гистаминовых рецепторов

Немедленные генерализованные реакции по анафилактическому типу вызывают:

- А лактамные антибиотики**
- Б гетерогенные сыворотки**
- В вакцины**
- Г рентгеноконтрастные вещества
- Д нестероидные противовоспалительные

Немедленные генерализованные реакции по анафилактоидному типу вызывают:

- А рентгеноконтрастные вещества**

- Б аспирин**
- В лактамные антибиотики
- Г гетерогенные сыворотки
- Д вакцины

Общие принципы лечения лекарственной аллергии:

- А отмена подозреваемого лекарственного средства**
- Б антигистаминные препараты в течение 7-10 дней**
- В при выраженных проявлениях преднизолон в дозе 1 мг/кг в день в течение 7-14 дней**
- Г плазмаферез для удаления иммунных комплексов**
- Д интерферон для активации клеточного иммунитета

У больных, перенесших в прошлом анафилактикоидные реакции, введение антигистаминных препаратов и глюкокортикоидов, а также их комбинации с -адреностимуляторами эффективно снижает частоту и тяжесть реакций на введение:

- А йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ**
- Б миорелаксантов**
- В лактамных антибиотиков
- Г гетерогенных сывороток
- Д вакцин

Общие принципы профилактики лекарственной болезни:

- А прописывать медикаменты, строго оправданные клинической ситуацией**
- Б избегать полипрагмазии**
- В тщательно собирать лекарственный анамнез**
- Г антибиотики назначать только в комплексе с антигистаминными препаратами

**ИММУННЫЙ КОМПЛЕКС – ЭТО**

- А антиген + антитело + комплемент**
- Б комплемент + гемолизин
- В антиген + антитело
- Г эритроциты барана + гемолизин + комплемент
- Д эритроциты барана + гемолизин

**РОЛЬ NK-КЛЕТОК В ИММУННОМ ОТВЕТЕ**

- А вызывают неспецифическое разрушение чужеродных клеток (трансплантатов, опухолевых клеток, инфицированных вирусами клеток)**
- Б служат специфическим клеточным фактором иммунитета
- В не участвуют в иммунных реакциях

Г являются кроветворной клеткой

#### РОЛЬ Т-ХЕЛПЕРОВ В ИММУННОМ ОТВЕТЕ

- А участвуют при развитии цитотоксических Т-лимфоцитов и синтезе В-клетками антител, распознают антиген, ассоциированный с молекулами МНС II**
- Б затормаживают иммунные реакции
- В лизируют клетки-мишени, несущие чужеродные антигены или измененные аутоантигены
- Г фагоцитируют бактерии

#### ОСНОВНАЯ РОЛЬ В-ЛИМФОЦИТОВ В ИММУННОМ ОТВЕТЕ

- А дифференцируются в плазматические клетки – продуценты антител**
- Б вызывают лизис чужеродных антигенов
- В опсонизируют микробные клетки
- Г обеспечивают защиту организма от вирусных инфекций

#### Т-ЛИМФОЦИТЫ

- А формируются в костном мозге, созревают в вилочковой железе (тимусе)**
- Б формируются и созревают в вилочковой железе (тимусе)
- В формируются в селезенке и лимфатических узлах, созревают в тимусе
- Г формируются в тимусе, созревают в лимфатических узлах и селезенке

#### ИММУНОГЛОБУЛИН G

- А проходит через плаценту**
- Б имеет 4 подкласса**
- В обеспечивает защиту против инфекции**
- Г формирует блокирующие антитела**

#### АКТИВНЫМ ЦЕНТРОМ МОЛЕКУЛЫ АНТИТЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- А Fab – фрагмент, содержащий константную и вариабельную области полипептидных цепей**
- Б константные участки полипептидных цепей
- В вариабельные участки полипептидных цепей
- Г константные участки и вариабельные участки полипептидных цепей
- Д С-концевые участки тяжелых цепей

ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ  
КВИНКЕ ДЕФЕКТЫ СВЯЗАНЫ С

- А ингибитором первого компонента системы комплемента**
- Б четвертым компонентом системы комплемента
- В третьим компонентом системы комплемента
- Г первым компонентом системы комплемента
- Д вторым компонентом комплемента

МЕТОДОМ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А CD3**
- Б CD4**
- В CD8**
- Г CD19
- Д CD20

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА

- А антигеннеспецифический**
- Б нет памяти**
- В неспецифические факторы защиты**
- Г процессинг
- Д антиген представляющие клетки
- Е Т- и В-клетки

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНИТЕТА

- А антигенспецифический**
- Б есть память**
- В Т- и В-клетки**
- Г неспецифические факторы защиты
- Д НК-клетки
- Е фагоциты

РАЗМНОЖЕНИЕ, ДИФФЕРЕНЦИРОВКА И «ОБУЧЕНИЕ» Т-  
ЛИМФОЦИТОВ ПРОИСХОДИТ В

- А вилочковой железе**
- Б печени
- В селезенке
- Г костном мозге

КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ  
АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ

- А дендритные клетки**

- Б макрофаги**
- В плазматические клетки
- Г тромбоциты
- Д тучные клетки

ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ В-ЛИМФОЦИТОВ

- А CD 16**
- Б CD 19**
- В CD 3
- Г CD 4
- Д CD 20

ОСНОВНЫМ КЛАССОМ АНТИТЕЛ, СИНТЕЗИРУЕМЫХ ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А Ig G**
- Б Ig A
- В Ig M
- Г Ig E
- Д Ig D

РАСПОЛОЖИТЕ КЛАССЫ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПО ПОРЯДКУ ИХ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

- А Ig A**
- Б Ig M**
- В Ig G**
- Г Ig E
- Д Ig D

ПУТИ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА

- А классический, лектиновый, альтернативный**
- Б классический, гематический
- В классический, лектиновый, гематический
- Г лектиновый, инфекционный, классический

ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА

- А опсонизирующая**
- Б цитотоксическая
- В участие в воспалительных реакциях
- Г связывание Ig M, Ig G

МОЛЕКУЛА ИММУНОГЛОБУЛИНА ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ:



- А домены**
- Б цепи**
- В активный центр**
- Г Fc-фрагмент**
- Д дисульфидные связи**

АНТИТЕЛОПРОДУЦЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

- А плазмоциты**
- Б макрофаги
- В Т-киллеры
- Г эозинофилы

ПРОЦЕССИНГ И ПРЕЗЕНТАЦИЮ АНТИГЕНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- А макрофаги**
- Б дендритные клетки**
- В Т-хелперы
- Г Т-киллеры
- Д натуральные киллеры

АНТИГЕНЫ - ЭТО

- А макромолекулы, несущие генетически чужеродную информацию и способные индуцировать иммунный ответ**
- Б специфические белки, продуцируемые В- лимфоцитами
- В фракция глобулярных белков сыворотки крови
- Г белки, способствующие усилению фагоцитоза

ИММУНОГЕННОСТЬЮ, ЧУЖЕРОДНОСТЬЮ И СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ

- А полные антигены**
- Б адъюванты
- В гаптены
- Г опсоины

ПРОЧНОСТЬ СВЯЗЫВАНИЯ АНТИГЕНА И АНТИТЕЛА

- А авидность**
- Б аффинность
- В толератность
- Г гистосовместимость

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

- А Ig M**
- Б Ig E

- В Ig Д
- Г Ig G

#### МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА

- А продуцируются В-гибридомами**
- Б относятся к одному идиотипу
- В реагируют с единственным эпитопом
- Г реагируют с разными эпитопами
- Д продуцируются Т-гибридомами

#### ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГИБРИДОМЫ НЕОБХОДИМЫ

- А миеломные клетки**
- Б В-лимфоциты, активированные антигеном**
- В Т-лимфоциты
- Г макрофаги
- Д дендритные клетки

#### СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ БЛАСТТРАНСФОРМАЦИИ (РБТЛ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А снижении активности Т- или В-звена иммунитета**
- Б повышении активности Т- или В-звена иммунитета
- В повышении факторов неспецифического звена иммунитета
- Г усилении антителогенеза

#### ПОЛОЖЕНИЯ, СПРАВЕДЛИВЫЕ ДЛЯ ПОНЯТИЯ «ЦИТОКИНЫ»

- А пептиды**
- Б индуцибельность (секретируются активированными клетками)**
- В участвуют в индукции иммунного ответа**
- Г сетевой принцип функционирования**

#### ЦИТОКИНЫ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ Th1 – ТИПА

- А ФНО  $\alpha$**
- Б интерферон  $\gamma$**
- В ИЛ-2**
- Г интерфероны  $\alpha$  и  $\beta$
- Д ИЛ-1

#### ЦИТОКИНЫ, ПРОДУЦИРУЕМЫЕ Th2 ТИПА

- А ИЛ-5**
- Б ИЛ-1**
- В интерфероны  $\alpha$  и  $\beta$

- Г интерферон  $\gamma$
- Д ИЛ-2

ИММУНОГЛОБУЛИН Е УЧАСТВУЕТ В

- А формировании немедленных аллергических реакций**
- Б формировании защиты от гельминтов**
- В формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа
- Г цитотоксических иммунных реакциях
- Д все верно

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов**
- Б только поражением кожи
- В изолированным поражением слизистой оболочки полости рта
- Г изолированным поражением слизистых оболочек глаз
- Д изолированным поражением слизистой носа

ФУНКЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ

- А стимулируют клетки для деления и дифференцировки**
- Б лизируют инфицированные вирусом клетки-мишени
- В участвуют в фагоцитозе бактерий
- Г вызывают иммунную супрессию
- Д не участвуют в иммунных реакциях

ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А иммуноблот-тест**
- Б ИФА
- В РТГА
- Г РБТЛ

ГЛАВНОЙ МИШЕНЬЮ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ

- А CD4- клетки**
- Б макрофаги
- В CD8-клетки
- Г В- лимфоциты

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПРИОБРЕТЕННОГО  
ГУМОРАЛЬНОГО ИДС ЯВЛЯЕТСЯ

- А хр. и затяжная пиогенная инфекция**
- Б развитие лейкоза или опухоли
- В хроническая вирусная инфекция
- Г острая вирусная инфекция

У 5-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ ОТМЕЧАЮТСЯ ГНОЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ,  
АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК, СИНДРОМЫ СХОЖИЕ С СКВ.  
МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФАКТОРОВ

- А дефицит компонентов комплемента C1,C2,C3,C4, C5.**
- Б фагоцитарная недостаточность
- В функциональная недостаточность Т-лимфоцитов
- Г функциональная недостаточность В-лимфоцитов
- Д дефицит Ig E

ПРИМЕРОМ АССОЦИИРОВАННЫХ ВАКЦИН ЯВЛЯЮТСЯ  
ВАКЦИНЫ

- А АКДС**
- Б БЦЖ
- В против полиомиелита
- Г столбнячный анатоксин
- Д дифтерийный анатоксин

ПРИНЦИПЫ НАЗНАЧЕНИЯ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ

- А определение характера иммунных нарушений у больного**
- Б знание мишени действия иммунокорректоров**
- В учетывание побочных действий**
- Г совместимость иммунокорректоров с назначенными  
лекарственными средствами**

К ГРУППЕ ЛЕЧЕБНЫХ ВАКЦИН ОТНОСЯТСЯ

- А гонококковая вакцина**
- Б сибиреязвенная вакцина**
- В АКДС
- Г БЦЖ

АКТИВНЫЙ ЕСТЕСТВЕННО ПРИОБРЕТЕННЫЙ ИММУНИТЕТ

- А постинфекционный иммунитет**
- Б поствакцинальный иммунитет
- В возникает трансплацентарным путем
- Г воспроизводится путем введения иммуноглобулинов

## К МОНОНУКЛЕАРАМ ОТНОСЯТСЯ КЛЕТКИ

- А базофилы**
- Б тканевые макрофаги**
- В эозинофилы
- Г лимфоциты
- Д моноциты

## ФАГОЦИТОЗ – ЭТО

- А неспецифический фактор защиты, осуществляющий адгезию, поглощение, переваривание и гидролиз генетически чужеродных клеток**
- Б угнетение какого-либо процесса с помощью различных ингибиторов
- В способность организма отвечать ускоренной и усиленной иммунной реакцией
- Г реакция повышенной чувствительности к различным веществам, аллергенам

## КОМПЛЕМЕНТ – ЭТО

- А система сывороточных белков, активируемых в условиях внедрения в организм чужеродных агентов**
- Б клетки иммунной системы, подавляющие иммунный ответ
- В гидролитический фермент, обладающий растворяющим действием в отношении высокомолекулярных полисахаридов бактерий
- Г ферменты, ответственные за дефосфорилирование белков
- Д клетки иммунной системы, активизирующие иммунный ответ

### **6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.26**

#### **Аллергология и иммунология**

1. Курация пациента.
2. Проведение и оценка кожных скарификационных проб с бытовыми аллергенами.
3. Неотложная помощь при астматическом статусе.
4. Проведение пикфлоуметрии, оценка результатов.
5. Острый ангиоотёк. Неотложная помощь.
6. Укус перепончатокрылых. Неотложная помощь.
7. Оценка функции внешнего дыхания у больного с аллергическим заболеванием дыхательных путей.
8. Проведение конъюнктивальной провокационной пробы с неинфекционными аллергенами.

9. Острая крапивница. Неотложная помощь.
10. Проведение интраназальной провокационной пробы с неинфекционными аллергенами.
11. Специфическая иммунотерапия. Подготовка шестикратного разведения аллергена.
12. Проведение теста с бронхолитиком у больного с бронхиальной астмой.
13. Сбор аллергологического анамнеза, составление генеалогического дерева
14. Интерпретация данных полученных при определении аллерген-специфических IgE антител.
15. Проведение теста с бронхоконстриктором у больного с бронхиальной астмой.
16. Интерпретация показателей полученных, при проведении теста по контролю над астмой
17. Проведение пробы с дозированной физической нагрузкой. Оценка полученных результатов.
18. Интерпретация данных полученных при определении общего уровня IgE .
19. Проведение ингаляционной провокационной пробы с неинфекционными аллергенами.
20. Оценка интенсивности и распространенности кожных поражений при атопическом дерматите по индексу SCORAD.
21. Проведение и оценка кожных скарификационных проб с пыльцевыми аллергенами.
22. Аускультация легких у больного с бронхиальной астмой.
23. Проведение и оценка кожных скарификационных проб с пищевыми аллергенами.
24. Пальпация грудной клетки у больного с бронхиальной астмой.
25. Проведении и оценка результатов цитологического исследования мокроты и носового секрета на эозинофилы.
26. Физикальное обследование органов иммунной системы (состояние миндалин , кожи, слизистых, лимфатических узлов, селезенки).
27. Выбор метода ингаляционных средств доставки препарата (дозированный аэрозольный ингалятор с использованием спейсера, мультидиск, небулайзер с использованием лицевой маски, турбухайлер) с учетом возраста пациента.
28. Проведение оценки иммунного статуса (показателей гуморального и клеточного иммунитета, показателей фагоцитоза и системы комплемента).
29. Сбор иммунологического анамнеза, составление генеалогического дерева.
30. Оценка результатов внутрикожных проб.

### **6.3.3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология**

1. Основные руководящие документы правительства в области охраны здоровья и перспективы развития здравоохранения. Основные положения организации аллергологической и иммунологической службы.
2. Особенности организации педиатрического аллергологического стационара и отделения для больных иммунодефицитами. Организация работы аллергологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. Особенности организации и работы аллергологических кабинетов в педиатрических лечебно-профилактических учреждениях.
3. Иммунологическая лаборатория. Принципы организации работы. Основные нормативные документы. Оборудование и реактивы.
4. Причины инвалидности больных аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. Основы медико-социальной и военно-врачебной экспертизы. Показания к направлению на МСЭК и порядок оформления документов.
5. Содержание и основные методы медицинской реабилитации. Трудоустройство больных аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами. Санаторно-курортное лечение.
6. Современные представления об аллергии. Аллергены и их классификация.
7. Классификации и патогенез аллергических реакций.
8. Аллергические реакции немедленного типа. Клетки-мишени 1-го и 2-го порядка; ранняя и поздняя фаза реакции. Аллергическое воспаление, формирование, биологические маркеры.
9. Реакции типа феномена Артюса (сывороточная болезнь, экзогенный аллергический альвеолит).
10. Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые), клинические проявления, патогенез заболеваний, роль цитокинов.
11. Роль генетических факторов в формировании аллергии.
12. Специфическая диагностика аллергических заболеваний. Значение аллергологического анамнеза в диагностике аллергии. Особенности аллергологического анамнеза у детей грудного и раннего возраста.
13. Кожные аллергические пробы с неинфекционными аллергенами (капельная, тест-укол, скарификационные кожные пробы, внутрикожные аллергические пробы). Показания и противопоказания к постановке кожных проб. Оценка кожных аллергических проб. Особенности кожного тестирования у детей.
14. Кожные аллергические пробы с инфекционными аллергенами. Выбор метода кожного тестирования. Показания и противопоказания к постановке кожных проб. Оценка кожных аллергических проб.
15. Провокационные аллергические тесты. Значение провокационных аллергических тестов в диагностике аллергии. Показания и противопоказания.
16. Элиминационные тесты в лечении аллергических заболеваний. Показания к проведению. Диагностическое значение элиминационного теста.

17. Специфическая диагностика аллергических заболеваний *in vitro*. Роль лабораторных методов специфической диагностики в аллергологической клинике. Показания для назначения лабораторных тестов.
18. Характеристика основных методов лабораторной специфической диагностики, их преимущества и недостатки, клиническая трактовка.
19. Принципы оценки функции внешнего дыхания у больных с аллергическими заболеваниями дыхательных путей.
20. Показания, противопоказания и техника проведения бронхомоторных тестов у больных бронхиальной астмой. Особенности диагностики бронхиальной астмы у детей в возрасте до 5 лет.
21. Гиперреактивность дыхательных путей. Определение понятия, причины, методы оценки. Факторы, определяющие выраженность гиперреактивности дыхательных путей при бронхиальной астме.
22. Показания, противопоказания и техника проведения аппликационных тестов с профессиональными сенсibilизаторами.
23. Гиперреактивность дыхательных путей и методы её оценки.
24. Принципы составления элиминационных диет у больных с пищевой аллергией.
25. Принципы составления элиминационных диет у больных с поллинозами.
26. Пикфлоуметрия. Методы оценки эффективности проводимой терапии у больных бронхиальной астмой. Принципы составления дневников самоконтроля для больных бронхиальной астмой.
27. Инсектная аллергия. Этиология. Патогенез. Особенности клинических проявлений. Принципы терапии и профилактики.
28. Методы диагностики инсектной аллергии. Неотложная помощь при укусах насекомых сенсibilизированных больных.
29. Показания, противопоказания и техника проведения интраназальных провокационных проб с неинфекционными аллергенами.
30. Показания, противопоказания и техника проведения конъюнктивальных провокационных проб с неинфекционными аллергенами.
31. Показания, противопоказания и техника проведения сублингвальных тестов с пищевыми аллергенами.
32. Показания, противопоказания и техника проведения ингаляционных провокационных проб с неинфекционными аллергенами.
33. Специфическая диагностика пищевой аллергии. Аллергологический анамнез. Роль пищевого дневника в диагностике. Провокационные пробы. Кожные пробы. Лабораторные методы диагностики пищевой аллергии.
34. Диагностика и дифференциальная диагностика лекарственной аллергии. Основные методы специфической диагностики лекарственной аллергии. Роль анамнеза: оценка и клиническая интерпретация данных анамнеза.
35. Методы специфической диагностики *in vivo*. Роль кожных диагностических тестов с лекарственными аллергенами в диагностике лекарственной аллергии. Показания к проведению. Оценка результатов. Профилактика возможных осложнений.
36. Лабораторная диагностика лекарственной аллергии.



37. Принципы лабораторной диагностики иммунодефицитов.
38. Предмет и задачи иммунологии. История иммунологии. Задачи и перспективы современной иммунологии.
39. Определение иммунитета. Понятие об иммунной системе. Органы и клетки иммунной системы (основные популяции и субпопуляции, функции).
40. Механизмы индукции и регуляции иммунного ответа. Эффекторный механизм иммунного ответа. Специфическое распознавание антигена, строение антиген-распознающих рецепторов Т- и В-лимфоцитов. Молекулярные механизмы активации лимфоцитов.
41. Взаимодействие иммунокомпетентных клеток в иммунном ответе. Концепция двойного распознавания антигена и роль белков главного комплекса гистосовместимости в активации различных популяций Т- и В-лимфоцитов при первичном и вторичном иммунном ответе.
42. Иммунологическая память. Супрессия иммунного ответа. Иммунологическая толерантность.
43. Антигены: виды антигенов: полноценные антигены, гаптены, полугаптены. Антигенность и иммуногенность. Происхождение и химическая структура антигенов. Свойства антигенов. Структура, свойства, биологическая роль. Формирование иммунного ответа в зависимости от способа проникновения антигена в организм.
44. Генетический контроль иммунного ответа. Главный комплекс гистосовместимости. Строение и роль. Продукты генов МНС I и II классов. Строение, биологическая роль, распределение в тканях.
45. Неспецифические факторы защиты организма. Воспаление и его роль в иммунном ответе. Фагоцитарная система. Клетки фагоцитарной системы. Стадии фагоцитоза.
46. Система комплемента. Компоненты системы комплемента и их функции. Альтернативный и классический пути активации комплемента; регуляция системы комплемента.
47. Структура и функция иммунной системы. Иммунокомпетентные клетки и их роль в иммунном ответе. Центральные органы иммунной системы: строение, основные функции, этапы созревания клеток иммунной системы.
48. Периферические органы иммунной системы; строение, основные функции.
49. Т-клеточная система иммунитета: происхождение, дифференцировка Т-лимфоцитов. Молекулярные маркеры и рецепторы, функциональная активность различных популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов.
50. Система В-лимфоцитов человека: – происхождение, дифференцировка В-лимфоцитов в костном мозге; миграция, круговорот и распределение В-лимфоцитов в организме. Молекулярные маркеры дифференцировки и рецепторы различных популяций и субпопуляций В-лимфоцитов.
51. Иммуноглобулины. Классификация, структура и функции. Гетерогенность иммуноглобулинов. Изотипы, аллотипы, идиотипы. Биологическая активность антител разных классов и субклассов. Биосинтез и метаболизм иммуноглобулинов. Генетический контроль синтеза иммуноглобулинов и полиморфизм антител.

52. Лабораторные методы исследования иммунной системы.
53. Первичные иммунодефициты, обусловленные преимущественным дефектом в продукции антител (агаммаглобулинемия, гипер-IgM-синдром, дефицит субклассов IgG, селективный дефицит IgA). Препараты, показания и противопоказания для заместительной терапии.
54. Первичные иммунодефициты, обусловленные преимущественным дефектом Т-клеточного звена (Синдром Ди Джорджи, синдром Незелофа). Препараты, показания и противопоказания для заместительной терапии.
55. Первичные иммунодефициты, связанные с патологией фагоцитов и системы комплемента (хроническая гранулематозная болезнь, синдром Джоба, синдром Чекдиака-Хигаси). Препараты, показания и противопоказания для заместительной терапии.
56. Вторичные иммунодефициты. Факторы, способствующие их развитию, патогенез, основные клинические проявления.
57. Принципы и методы диагностики и иммунокоррекции. Иммунореабилитация.
58. Механизмы протективного иммунитета при различных инфекционных заболеваниях. Вирусные инфекции. Бактериальные инфекции. Паразитарные инфекции.
59. Инфекционные заболевания иммунной системы, вызванные вирусами Эпштейн-Барр, герпеса 6 типа, Т-клеточного лейкоза. Этиология, патогенез и иммунопатогенез, клинические проявления, принципы терапии и профилактики.
60. Клинические проявления пищевой аллергии. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость. Элиминационные диеты при пищевой аллергии. Лабораторные методы диагностики пищевой аллергии.
61. Лечение пищевой аллергии. Фармакотерапия. Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Профилактика пищевой аллергии.
62. Токсико-аллергические реакции. Классификация. Клинические проявления. Принципы терапии. Неотложная терапия при токсико-аллергических реакциях.
63. Классификация побочных реакций на лекарственные средства. Диагностика и дифференциальная диагностика лекарственной аллергии.
64. Лекарственная аллергия. Лекарственные средства как аллергены. Механизмы развития АР на медикаменты. Клинические проявления, диагностика, профилактика и лечение при АР на препараты различных групп.
65. Аллергические и псевдоаллергические реакции в хирургической практике. Латексная аллергия. Профилактика. Прогноз.
66. Сывороточная болезнь: Этиология и патогенез, клинические варианты сывороточной болезни. Диагностика. Лечение. Профилактика. Противопоказания для введения иммунных сывороток (абсолютные и относительные).
67. Этиология и патогенез анафилактического шока. Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов.

68. Неотложная терапия; реанимационные мероприятия; тактика ведения больного после острого периода анафилактического шока. Осложнения. Профилактика анафилактического шока. Прогноз.
69. Бронхиальная астма. Современные представления о патогенезе заболевания. Классификация. Критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика.
70. Бронхиальная астма. Принципы базисной терапии. Ступенчатая схема подбора противовоспалительной терапии. Задачи и принципы образования больных.
71. Тактика ведения больных при обострении бронхиальной астмы. Бронхиальная астма у больных с ИБС.
72. Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Критерии постановки диагноза, принципы лечения.
73. Аллергические риниты. Классификация, этиопатогенез, клиническое течение в зависимости от сенсибилизирующего агента. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение аллергических ринитов.
74. Специфическая диагностика и специфическая иммунотерапия аллергического ринита. Осложнения аллергических ринитов. Полипоз носа. Показания к хирургическому лечению у больных аллергическим ринитом. Профилактика и прогноз.
75. Аллергические заболевания глаз. Клиника. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению.
76. Хроническая крапивница. Определение. Классификация. Рациональная фармакотерапия.
77. Аллергический отек Квинке. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и подходы к лечению.
78. Наследственный ангионевротический отек. Классификация, клинические особенности. Подходы к лечению: базисная терапия и купирование обострения.
79. Аллергический контактный дерматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Сравнительная характеристика топических стероидов.
80. Атопический дерматит. Критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика.
81. Атопический дерматит. Современные методы лечения: базисная терапия и купирование обострения. Осложнения атопического дерматита. Особенности наружной терапии. Прогноз и профориентация. Трудовая экспертиза и реабилитация.
82. Неотложная помощь при острой крапивнице/ангиоотеке.
83. Неотложная помощь при астматическом статусе.
84. Специфическая иммунотерапия. Терминология. Показания и противопоказания. Основные схемы проведения. Мониторинг эффективности и безопасности специфической иммунотерапии.
85. Альтернативные схемы специфической иммунотерапии: сублингвальные, пероральные. Показания к назначению.

- 86.Тактика врача при развитии местных и общих реакций на введение аллергена. Неотложная помощь. Осложнения специфической иммунотерапии.
- 87.Антигистаминные препараты в лечении аллергических заболеваний. Механизм действия. Классификация. Показания и противопоказания к назначению.
- 88.Системные и топические глюкокортикостероиды. Основные механизмы действия. Лекарственные формы. Показания и противопоказания к применению. Побочные эффекты. Профилактика.
- 89.Нестероидные противовоспалительные средства для лечения аллергических заболеваний (кромоны и мембраностабилизаторы). Клиническое значение антилейкотриеновых препаратов.
- 90.Бронхорасширяющие препараты в лечении бронхиальной астмы. Классификация. Показания и противопоказания к назначению. Тактика назначения КДБА и ДДБА.

#### **6.3.4 Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология**

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 в комбинации и использует через небулайзер 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.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)

### 3. Какую терапию необходимо провести

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.

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

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, 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)

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-  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Нб-140г/л, лейко-  $8 \cdot 10^9/л$ , 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)

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 °C, 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 °C, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5 °C. 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

6)

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 °C. 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?

7)

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 удлиненным 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.



8)

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 эскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированны, 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.

9)

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.

10)

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 - 120/80 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. 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.

11)

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.

12)

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). Ребенок готовится к посещению детского дошкольного учреждения, необходимо решить вопрос о проведении вакцинации против гриппа, привит по возрасту, без осложнений.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Рекомендации по лечению и вакцинации.

13)

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, Ps-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.

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

14)

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  $\gamma$ -глобулинов в крови до 28,5 %. Проводились курсы антибактериальной терапии без эффекта, после чего получала делагил также без существенного эффекта. Диагноз ревматизма или заболевания из группы системных ревматологических при консультации и Институте 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: Ig A – не определяется, Ig M – 1,5 г/л, Ig G – 10,3 г/л.

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

15)

Мальчик, 1,5 года. Ребенок от первой беременности, родился в срок. Находился на грудном вскармливании до 6 мес. Физическое и нервно-психическое развитие отстает от возраста. Профилактические прививки не проводились. Из анамнеза известно, что ребенок в 7 месяцев перенес пневмонию. В связи с тяжестью состояния проводилась массивная антибактериальная терапия с положительной динамикой. Повторно перенес пневмонию в 12 месяцев, осложнившуюся гнойным отитом. При лабораторном исследовании выявлено значительное снижение фракции у-глобулинов в протеинограмме (1 г/л).

1. Между какими формами первичных иммунодефицитов следует дифференцировать данное состояние?

16)

Мальчик С., родился доношенным, от нормальной беременности, вес при рождении составил 3200 г. В возрасте 3 месяцев у ребёнка развился отит, а в

5 и 11 месяцев он дважды находился на стационарном лечении, где получал антибиотикотерапию по поводу развившейся пневмонии, вызванной *Haemophilus influenzae*. Анамнез больного без особенностей. При обследовании в возрасте 18 месяцев было выявлено значительное отставание в росте и весе. Кожные покровы бледные. Был проведён полный спектр плановых процедур по вакцинации: в возрасте 2, 3 и 4 месяцев ребенок был иммунизирован противостолбнячным и противодифтерийным анатоксинами, привит против коклюша, менингита и полиомиелита с использованием соответствующих вакцин; в возрасте 15 месяцев привит против кори, эпидемического паротита и краснухи. Результаты всех вакцинаций были неудовлетворительными, антитела не выявлены. Об этом свидетельствовали результаты оценки иммунологического статуса, проведённой во время пребывания ребёнка в стационаре по поводу вновь развившейся пневмонии. В частности, было выявлено значительное снижение в сыворотке общего уровня всех трёх классов антител, а также отсутствие антигенспецифических антител класса G против вышеперечисленных патогенов.

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

17)

Мальчик Д. родился доношенным. Не получал вакцинацию БЦЖ. Развивался нормально до 2 месяцев, после чего стали беспокоить частые простудные заболевания органов дыхания, для лечения которых получал антибиотикотерапию. В связи с частными простудными заболеваниями график проведения вакцинации был сдвинут на более поздние сроки. Из-за частого применения антибиотиков у ребёнка развился дисбактериоз, сопровождающийся диареей. Однако прекращение приёма антибиотиков не привело к исчезновению диареи. Спустя 1 месяц ребёнок был повторно госпитализирован в связи с симптомами простудного заболевания дыхательных путей. При физикальном обследовании было выявлено отставание в физическом развитии. На рентгенограмме органов грудной клетки были выявлены признаки «немой» (не выявляемой аускультативно) атипичной пневмонии. Признаков лимфаденопатии не выявлено. Тем не менее, печень при пальпации была ниже уровня правой рёберной дуги. Отмечены умеренная тахикардия и одышка. Результаты бактериологического исследования бронхо-альвеолярного лаважа выявили наличие в бронхиальном секрете *Pneumocystis carinii*. При исследовании иммунологического статуса выявили значительное снижение уровня Т-

лимфоцитов, а также некоторых видов иммуноглобулинов (несмотря на нормальные количества В-лимфоцитов).

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

18)

Мальчик., 1 год 5 мес, поступил с жалобами на кашель, одышку, повышение температуры тела до 39°C. Из анамнеза известно, что впервые в возрасте 1,4 месяца

заболел ОРЗ, получил в/м ампициллин, эффекта не было, ребенок был госпитализирован в

стационар с диагнозом: острый бронхолит, средней степени тяжести, ДН 2 степени. При

поступлении у ребенка отмечались обильные геморрагические мелкоточечные высыпания

по всему телу. В ОАК: эритроциты -  $3,3 \times 10^{12}/л$ ; Hb- 105г/л; лейкоциты -  $4,1 \times 10^9/л$ ; с/я

нейтрофилы -69%; п/я нейтрофилы- 1%; эозинофилы- 2%; моноциты - 5%; лимфоциты -

15%; СОЭ - 14 мм/час; тромбоциты-  $79 \times 10^9/л$ . Ребенок был осмотрен гематологом,

которым сделано заключение: симптоматическая коагулопатия, анемия I степени,

нормохромная, смешенной этиологии. В течение года наблюдения перенес острый

бронхит, двустороннюю внебольничную пневмонию с затяжным течением, острый

левосторонний отит. Тромбоциты в динамике от  $22 \times 10^9/л$  до  $66,7 \times 10^9/л$ .

Объективно:

Кожные покровы бледной окраски, кожа на ощупь сухая, обильные геморрагические

мелкоточечные петехиальные высыпания по всему телу, местами гематомы, элементы

шелушения и микротрещины в местах складок, экхимозы, кровь в стуле.

1. Предположительный диагноз.

19)

Мальчик 2,5 лет. Мать предъявляет жалобы на частые острые респираторные инфекции у ребенка, с частыми бронхитами, наличие пиодермии, подошвенных бородавок, герпетические высыпания на губах 1 раз в 2-3 мес. Внешний вид ребенка - «рыбообразный» рот, низко посаженные уши, монголоидный разрез глаз. В анамнезе судорожный синдром. При физикальном обследовании: врожденный порок развития сердечно-сосудистой системы - дуга аорты развернута в правую сторону (Тетрада Фалло), недоразвитие тимуса. Лабораторные данные: лейкоциты -  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоциты - абсолютное количество  $0,5 \times 10^9/\text{л}$ .

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

20)

Пациент, 13 лет обратился с жалобами на периодически возникающие отеки в области лица, мягких тканей в/ и н/конечностей, частые ОРВИ, заканчивающиеся ларингоспазмами с госпитализацией в ЛОР-отделение до 6-8 раз в год. Из анамнеза заболевания: с детства склонен к ОРВИ до 6-10 раз в год с затяжным течением. Отеки в области лица, туловища и мягких тканей конечностей возникают спонтанно. Из хронических заболеваний: хр. тонзиллит, рецидивирующий ларингит с минимальным эффектом от лечения антибиотиками, антигистаминными и глюкокортикоидными препаратами. Аллергоанамнез не отягощен. Старший брат и папа страдают рецидивирующими ангиоотеками

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

21)



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 ципрофлоксацин 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: CD3 50%, CD4 55%, CD8 15%, CD20 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.

22)

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.

23)

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.

24)

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.

25)

Ребенок 12 лет, жалобы на высыпания на распространенные уртикарные высыпания по всему телу и зуд кожи после употребления в пищу сока из фейхоа. Из анамнеза известно, что ребенок страдает atopическим дерматитом. Наследственный анамнез по аллергопатологии отягощен. Мама самостоятельно дала супрастин с незначительным улучшением.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Рекомендации по лечению.

26)

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.

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

27)

Мальчик 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.

28)

Ребенок 5 лет впервые на приеме аллерголога. Жалобы мамы на постоянную заложенность носа, чихание. В 4 года аденоотомия (3-4 степень) с временным эффектом, за год рецидив аденоидов (при осмотре ЛОР-врачом в 5 лет аденоиды 2 ст). Лечится виброцилом, сосудосуживающие препараты постоянно. Дома живет кошка, собака, много растений, старых вещей.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика лечения.

29)

Девочка Р. 5 лет. В гостях у бабушки у ребенка возник отек век, покраснение глаз. Родителями это было расценено как аллергия на рыбу, которую в тот вечер ел ребенок. Через месяц в гостях у бабушки через час после пребывания у ребенка снова отекали глаза, появилось покраснение глаз, зуд. Дома у бабушки много старой мебели, живет кошка и кролик, много зеленых растений.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения.

30)

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 ципрофлоксацин 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.

31)

Девочка М., 2 года 7 мес., жалобы на наличие в локтевых складках везикул с образованием эрозий и мокнутие, вызывающие сильный зуд. Подобные обострения отмечаются 3-4 раза в год, продолжительность ремиссии 2-3 месяца. Из анамнеза известно, что отец девочки страдает бронхиальной астмой.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Принципы терапии.

32)

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 не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

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

33)

Девочка., 15 лет. Родилась доношенной, беременность протекала нормально. Профилактическая вакцинация - в срок и без особенностей. Предъявляет жалобы на

периодический сухой кашель, подъем температуры до субфебрильных цифр. Из анамнеза известно, что до трех лет часто возникали неосложнённые острые респираторные инфекции до 8 раз в год. В возрасте 4 года поступил в стационар с диагнозом: двухсторонняя полисегментарная пневмония. Проводилась массивная антибактериальная терапия, переливание внутривенного иммуноглобулина (без определения уровня сывороточных иммуноглобулинов). За последний год отмечает острые респираторные инфекции до 1-2 раза в месяц, осложняющиеся синуситами. По поводу чего получал курсы антибактериальных препаратов широкого спектра действия до 6 раз в год. При иммунологическом обследовании: Ig A – 0,05 г/л, Ig M – 1,7 г/л, Ig G – 12,1 г/л.

1. Предположительный диагноз.

34)

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 °C, 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 °C, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5 °C. 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

35)

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 всём 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?

## **7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.26 АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИМУНОЛОГИЯ.**

### **7.1. Основная литература**

1. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии [Электронный ресурс] : учебник / Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 640 с.:



- ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429105.html>
2. Клиническая иммунология и аллергология[Электронный ресурс]: учеб. пособие / С.А. Ляликов, Н.М. Тихон - Минск : Выш. шк., 2015. - 366 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850625854.html>
  3. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Том 1. [Электронный ресурс] / Под ред. В.В. Зверева, М.Н. Бойченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429143.html>
  4. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. В 2 т. Том 2. [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.В. Зверева, М.Н. Бойченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436424.html>
  5. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 656 с. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428306.htm>
  6. Петров В. И. Противовирусные средства [Текст] : [рук.] / Петров В. И., Белан Э. Б. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 224 с. : ил. – (Библиотека врача-специалиста).

## 7.2 Дополнительная литература

1. Иммунология. Атлас [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хаитов Р.М., Ярилин А.А., Пинегин Б.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970418581.html>
2. Иммунология [Электронный ресурс] : учебник / Р. М. Хаитов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 528 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433454.html>
3. Аллергология [Электронный ресурс] / Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 256 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413104.html>
4. Аллергология и иммунология[Электронный ресурс] / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427347.html>
5. Хаитов Р. М. Иммунология [Текст] : атлас / Хаитов Р. М., Ярилин А. А., Пинегин Б. В. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2011 . - 624 с. : 600 цв. ил.
6. Ярилин А. А. Иммунология [Электронный ресурс] : учебник / Ярилин А. А. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2010 . - 752 с., цв. ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413197.html>
7. Чепель Э. Основы клинической иммунологии [Текст] = Essentials of clinical immunology : учеб. пособие / Чепель Э., Хейни М., Мисбах С.,

Сновден Н. . - 5-е изд. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2008 . - 416 с. : ил.

8. Белан Э. Б. Методы исследования в общей иммунологии [Текст] : учеб. пособие для студентов по спец. 060112 (040800) - "Мед. биохимия" / Белан Э. Б., Гумилевский Б. Ю., Петров В. И. ; под общ. ред. В. И. Петрова . - Волгоград : Изд-во ВолГМУ , 2006 . - 110 с.

### **7.3 Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):**

1. «Аллергология и иммунология»
2. «Аллергология и иммунология в педиатрии»
3. «Российский аллергологический журнал»
4. «Allergology International»
5. «Allergy»
6. «Chemical Immunology and Allergy»
7. «Clinical & Experimental Allergy»
8. «Global Journal of Immunology and Allergic Diseases»
9. «Доктор.Ру»
10. «Иммунопатология, аллергология, инфектология»
11. «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология»
12. «Медицинская иммунология»
13. Клинические рекомендации по специальности аллергология и иммунология: Первичные иммунодефициты с преимущественной недостаточностью синтеза антител

### **7.4 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

1. Электронно-библиотечная система "Консультант студента" – <http://www.studmedlib.ru/>
2. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" - <http://www.rosmedlib.ru/>
3. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе EBSCOHOST <http://www.search.ebscohost.com/>
4. Электронно-библиотечная система «Book-up» - <http://www.books-up.ru/>
5. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - <http://www.e.lanbook.com/>

6. Электронно-библиотечная система «Айбукс» -<http://www.ibooks.ru/>
7. Справочно-библиографическая база данных «Аналитическая роспись российских медицинских журналов «MedArt» <http://www.medart.komlog.ru/>
8. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования: Портал непрерывного и медицинского образования врачей <https://edu.rosminzdrav.ru/>
10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» – <http://gpfm.ru/>
11. Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей – <http://internist.ru/>
12. Медицинский видеопортал <http://www.med-edu.ru/>
13. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>
14. <http://www.allergya.ru/> Свободный доступ
15. <http://www.spbraaci.ru/> Свободный доступ
16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> Свободный доступ
17. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) Свободный доступ

## Приложение 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_

заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему  
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

(наименование специальности)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Присутствовали:**

Председатель ГЭК: \_\_\_\_\_ /ФИО/

Члены государственной  
экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: \_\_\_\_\_ /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного  
тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного  
тестирования - \_\_\_\_

Оценка \_\_\_\_\_

**Постановили:**

Признать, что ординатор \_\_\_\_\_  
сдал государственный экзамен с оценкой: \_\_\_\_\_

Председатель ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Секретарь ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Приложение 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_

заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему  
государственного экзамена по специальности подготовки  
(II этап ГИА - практические навыки)

(наименование специальности)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Присутствовали:**

Председатель ГЭК:

/ФИО/.

Члены государственной

экзаменационной комиссии: ...../ФИО/

Секретарь подкомиссии: ...../ФИО/

Экзаменационный билет № \_\_\_\_\_

Вопросы:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Постановили:**

Признать, что ординатор \_\_\_\_\_

сдал государственный экзамен с оценкой: \_\_\_\_\_

Председатель ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Секретарь ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Приложение 3

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_

заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему  
государственного экзамена по специальности подготовки  
(III этап ГИА – устное собеседование)

(наименование специальности)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Присутствовали:**

Председатель ГЭК:

/ФИО/

Члены государственной

экзаменационной комиссии:

/ФИО/

Секретарь подкомиссии:

/ФИО/

Экзаменационный билет № \_\_\_\_\_

Вопросы:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Постановили:**

Признать, что ординатор \_\_\_\_\_

сдал государственный экзамен с оценкой: \_\_\_\_\_

Председатель ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Секретарь ГЭК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

03.12.25 12:13 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA