федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

по дисциплине Аллергология и иммунология

по специальности ординатуры

31.08.26 Аллергология и иммунология

.

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности

31.08.26.Аллергология и иммунология

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1 -** готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

**ПК-1** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

**ПК-2** готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

**ПК-5** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

**ПК-6** готовность к ведению и лечению пациентов с аллергологическими и (или) иммунологическими заболеваниями

**ПК-8** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации

**ПК-9**  готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

*(приводятся при необходимости)*

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

*(приводятся при необходимости*)

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

***(обязательный раздел)***

**Раздел № 1. Аллергология и иммунология.**

**Модуль1 «Общая иммунология»**

**Тема 1.** Иммунокомпетентные клетки, Т- и В- система иммунитета.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(реферат, тестирование, устный опрос).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***1. Темы рефератов.***

1.Популяции, субпопуляции лимфоцитов. Иммунорегуляторные лимфоциты, их роль в иммунном ответе.

2.Антигеннезависимая и антигензависимая дифференцировка Т- и В-лимфоцитов.

3.Кооперация клеток в иммунном ответе.

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АКТИВНЫЙ ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ ФОРМИРУЕТСЯ:

1. при введении сыворотки
2. после введения антибиотиков
3. после перенесенного заболевания
4. рецидива инфекции

2. ПОЛУЧЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ:

1. истощением поливалентных сывороток
2. иммунизацией животных
3. иммунизацией доноров
4. гибридомной технологией

3. ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ СИНТЕЗА IgM НА IgG ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

1. Т-киллеры
2. Т-хелперы
3. макрофаги
4. естественные киллеры

4. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ИММУНИТЕТА:

1. антиген взаимодействует с антигеном
2. антиген взаимодействует с аллергеном
3. антиген взаимодействует с рецептором на поверхности клеток
4. антитело взаимодействует с рецептором на поверхности клеток

5. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

1. только антител
2. только антигенов
3. антител и антигенов
4. аллергической реакции замедленного типа

6. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ МОЛЕКУЛ МНС:

1. презентация антигенов иммунокомпетентным клеткам
2. блокирование приживления тканей
3. расщепление антигенов
4. связывание иммуноглобулинов

7. В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ОРГАНИЗМЕ ТКАНЕВЫЕ МАКРОФАГИ ФОРМИРУЮТСЯ:

1. из лимфоцитов
2. моноцитов
3. фибробластов
4. базофилов

8. ФУНКЦИИ МОЛЕКУЛ MHC I:

1. связывания с CD8 молекулой на Т-клетках
2. презентация экзогенных антигенов
3. связывания CD4- молекулой на Т-клетках
4. презентация нативных антигенов

9. СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ НАЗЫВАЮТСЯ РЕАКЦИИ, В КОТОРЫХ:

1. антитела сыворотки взаимодействуют с антигеном
2. антиген взаимодействует с аллергеном
3. антиген взаимодействует с рецептором на поверхности клеток
4. антитело взаимодействует с рецептором на поверхности клеток
5. Т-хелперы взаимодействуют с В-клетками памяти

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекционный синдром
2. аллергический синдром
3. аутоиммунный синдром
4. пролиферативный синдром

11. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МОЛЕКУЛ HLA-I:

1. на антигенпрезентирующих клетках
2. на эпителиальных клетках
3. на Т-лимфоцитах
4. на всех ядросодержащих клетках

12. ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ МАКРОФАГА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. моноцит
2. эритроцит
3. эозинофил
4. нейтрофил

13. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

1. синтез антител
2. антигеннезависимая дифференцировка лимфоцитов
3. антигензависимая дифференцировка лимфоцитов
4. пролиферация клонов лимфоцитов, распознавших антиген

14. МОЛЕКУЛА СD 8 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. NК-клеток
2. Т-цитотоксических клеток
3. Т-хелперов
4. базофилов

15. МОЛЕКУЛА СD4 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. зрелых В-лимфоцитов
2. Т-хелперов
3. нейтрофилов
4. цитотоксических лимфоцитов

16. СD19 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. NK-клеток
2. Т-хелперов
3. нейтрофилов
4. В-лимфоцитов

17. ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ ЛИМФОЦИТЫ РАСПОЗНАЮТ:

1. комплекс вирусного антигена в составе молекул МСН класса I
2. комплекс вирусного антигена в составе молекул МСН класса II
3. вирусный антиген
4. антиген МСН класса I

18. КЛЕТКИ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА:

1. макрофаги

2. Т-лимфоциты

3. естественные киллеры

4. плазматические клетки

5. большие гранулярные лимфоциты

19. Т-ХЕЛПЕРЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕННЫЕ ПЕПТИДЫ В КОМПЛЕКСЕ С:

1. МНС I класса
2. МНС II класса
3. Т-клеточным рецептором
4. МНС I и II класса

20. КАКИМ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ:

1. Е-РОК
2. ЕАС-РОК
3. НСТ-тест
4. М-РОК
5. методом проточной цитофлюориметрии

21. CD 3 ЭКСПРЕССИРУЕТСЯ НА МЕМБРАНЕ:

1. Т-лимфоцитов
2. В-лимфоцитов
3. нейтрофилов
4. эозинофилов

22. ЕСЛИ ИММУНОДЕФИЦИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И МИКОЗАМ, СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ДЕФЕКТ:

1. В-лимфоцитов
2. Т-лимфоцитов
3. фагоцитов
4. системы комплемента
5. продукции Ig

23. В КОМПЛЕКСЕ С МОЛЕКУЛАМИ МНС I КЛАССА АНТИГЕН ИНДУЦИРУЕТ АКТИВАЦИЮ:

1. В-лимфоцитов
2. эпителиальных клеток
3. макрофагов
4. CD 8- позитивных предшественников Т-киллеров

24. Т-КЛЕТОЧНО-ОПОСРЕДОВАННЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:

1. образованию грануломы
2. инфильтрату на месте введения антигена
3. отторжению трансплантата
4. все перечисленное правильно

25. ВТОРИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ИММЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПО СРАВНЕНИЮ С ПЕРВИЧНЫМ:

1. более широкую специфичность
2. преобладание Ig М антител
3. продукция комплементсвязывающих антител
4. отличается высокой скоростью и силой

26. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества Т- и В-лимфоцитов

2. определение CD4-лимфоцитов

3. определение CD8-лимфоцитов

4. верно все

27. ОСНОВНЫЕ ЦИТОКИНЫ Th-1 ЛИМФОЦИТОВ:

1. ИФН α, ИФН β, ИФН γ
2. ИФН α, ИЛ-2, ИФН γ
3. ИФН β , ИЛ-2, ИФН γ
4. ИФН γ, ИЛ-2, ФНО α

28. ОСНОВНЫЕ ЦИТОКИНЫ Th-2 ЛИМФОЦИТОВ:

1. ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10
2. ИФН γ ИФН α, ИФН β
3. ИЛ-4, ИФН γ , ФНО α
4. ИЛ-4, ИЛ-5,ФНО α

29. АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. СD8+Т-лимфоцитами
2. СD4+Т-лимфоцитами
3. В-лимфоцитами
4. макрофагами

30. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1. острые инфекционные заболевания

2. иммунодефицитные состояния

3. паразитарные заболевания

4. аллергические заболевания

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 16 | 4 |
| 2 | 4 | 17 | 1 |
| 3 | 2 | 18 | 4 |
| 4 | 3 | 19 | 2 |
| 5 | 3 | 20 | 5 |
| 6 | 1 | 21 | 1 |
| 7 | 2 | 22 | 2 |
| 8 | 1 | 23 | 4 |
| 9 | 1 | 24 | 4 |
| 10 | 1 | 25 | 4 |
| 11 | 4 | 26 | 4 |
| 12 | 1 | 27 | 4 |
| 13 | 2 | 28 | 1 |
| 14 | 2 | 29 | 1 |
| 15 | 2 | 30 | 2 |

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие об антигенпрезентирующих клетках, их виды.
2. Механизмы переработки и представления эндо-и экзоантигенов.
3. Роль молекул главного комплекса гистосовместимости классов I и II.
4. Популяции, субпопуляции лимфоцитов. Иммунорегуляторные лимфоциты, их роль в иммунном ответе.
5. Антигеннезависимая и антигензависимая дифференцировка Т- и В-лимфоцитов.
6. Кооперация клеток в иммунном ответе.
7. Цитотоксический клеточный иммунный ответ.
8. Воспалительный Т-клеточный иммунный ответ.
9. Иммунологическая память и вторичный иммунный ответ.
10. Имунные процессы в слизистых оболочках (мукозальный иммунный ответ).
11. Иммуноферментный анализ. Механизм. Практическое использование.
12. Иммунный блот. Механизм. Практическое использование.
13. Радиоиммунный анализ. Механизм. Практическое использование.
14. Применение моноклональных АТ в иммуноанализе. Гибридомная технология получения моноклональных антител.
15. Показатели иммунограммы, характеризующие адаптивный клеточный иммунный ответ.

**Тема 2.** Врожденный иммунитет, механизмы, молекулы-мишени и распознающие их рецепторы.Система комплемента.

**Формы текущего контроляуспеваемости** *(реферат, тесты, устный опрос).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1*.Темы рефератов.***

1. Понятие о системе комплемента, характеристика путей активации комплемента
2. Рецепторы комплемента, роль в иммунных процессах.
3. Врожденные дефекты системы комплемента, методы диагностики.

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. В РЕАЛИЗАЦИИ РЕАКЦИЙ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА УЧАСТВУЮТ:

1. Т-лимфоциты

2. В-лимфоциты

3.Миелобласты

4. Моноциты/макрофаги, нейтрофилы

2. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:

1. Наследуется

2. Осуществляется только миелоидными клетками

3. Не наследуется

4.Формирует клетки иммунологической памяти

3. ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПАССИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. Получения антител через плаценту от матери
2. Вакцинации
3. Введения сыворотки
4. Перенесенного заболевания
5. РЕАКЦИЯ СВЯЗЫВАНИЯ КОМПЛЕМЕНТА ВКЛЮЧАЕТ:
6. Два ингредиента
7. Три ингредиента
8. Четыре ингредиента
9. Пять ингредиентов
10. ЦИТОКИНАМИ НАЗЫВАЮТСЯ:
11. Липидные регуляторы клеточной активности
12. Небольшие белковые молекулы, секретируемые в экстрацеллюлярное пространство и регулирующие функции клеток на генетическом уровне
13. Белковые молекулы, распознающие чужеродные структуры
14. Биологически активные соединения, вызывающие цитолиз измененных клеток
15. Гормоны

6. В РЕАКЦИИ ПРЕЦИПИТАЦИИ УЧАСТВУЮТ:

1. бактериальная клетка

2. бактериальная клетка, токсин

3. бактериальная клетка, токсин, антитоксическая сыворотка

4. токсин, антимикробная сыворотка, электролит

5. токсин, антитоксическая сыворотка, электролит

7. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ – ЭТО ЦИТОКИНЫ, КОТОРЫЕ:

1. Прекращают развитие воспалительных реакций
2. Блокируют действие ингибиторов воспаления
3. Связывают микроорганизмы в очаге воспаления, обеспечивая их разрушение ферментами
4. Инициируют и поддерживают воспалительные реакции

8. ХЕМОКИНЫ – ЭТО ГРУППА ЦИТОКИНОВ, КОТОРАЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. Адекватные химические условия в зоне воспаления
2. Направленное движение клеток в организме
3. Размножение клеток
4. Остановку пролиферации и последующую гибель клеток путем апоптоза

9. РЕАКТАНТАМИ ОСТРОЙ ФАЗЫ НАЗЫВАЮТ:

1. Белки плазмы крови, содержание которых меняется при развитии воспалительной реакции
2. Антитела, реагирующие с антигеном до развития иммунной реакции
3. Гормоны, определяющие адаптацию организма к повреждению
4. Реактивы, с помощью которых можно обнаружить развитие в организме острой воспалительной реакции

10. К КЛЕТОЧНЫМ ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ОТНОСИТСЯ:

1. система комплемента
2. интерфероны
3. макрофаги
4. лизоцим
5. Т-лимфоциты
6. РЕЦЕПТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:
7. Внеклеточные (растворимые)
8. Мембранные
9. Цитоплазматические
10. Все перечисленное
11. Все перечисленное и Т-клеточные рецепторы
12. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ:
13. Тестирование биологической активности
14. Количественное определение цитокинов с помощью ИФА
15. Иммуногистохимическое внутриклеточное окрашивание
16. Иммунофлюоресценция
17. Все перечисленное
18. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПРОТЕКАЕТ:
19. С участием антител
20. Без участия антител
21. С участием фагоцитов
22. С участием натуральных киллеров
23. С участием лизоцима
24. К ОПСОНИНАМ ОТНОСИТСЯ КОМПОНЕТ КОМПЛЕМЕНТА:
25. С3
26. С4
27. С5
28. С1
29. ПУСКОВЫМ ЭТАПОМ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПО КЛАССИЧЕСКОМУ ПУТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
30. Фагоцитоз
31. Формирование иммунного комплекса с участием иммуноглобулина  IgM
32. Взаимодействие с эндотоксинами грамотрицательных бактерий
33. Образование опсонинов
34. Активация лимфоцитов
35. ПРОЯВЛЕНИЕМ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Наследственный ангионевротический отек

2. Аллергическая крапивница

3. Синдром Лайелла

4. Синдром Ди - Джорджи

1. КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ:
2. Активных форм кислорода
3. Мембраноатакующего комплекса
4. С3-конвертазы
5. С5-конвертазы
6. С1-ингибитора

18. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ЗАПУСКАЕТСЯ:

1. Комплексом АГ-АТ

2. Липополисахаридами микробов

3. Комплексом АГ- Ig М

4. активацией лимфоцитов

19. КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ЗАПУСКАЕТСЯ:

1. Комплексом АГ- IgG

2. Через пропердиновую систему

3. Через фактор В

4. активацией лимфоцитов.

20. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЁКА ХАРАКТЕРНЫ:

1. нормальный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

2. сниженный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

3. сниженный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

4. нормальный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

21. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРОВОДЯТ IN VIVO:

1. Кожные пробы, провокационные пробы, элиминационные пробы

2. Определение иммунологических показателей

3. Определение иммуноглобулинов

22. МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОСНОВОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЕФЕКТЫ:

1. На рибосомах клетки

2. На митохондриях клетки

3. На молекуле РНК

4. На молекуле ДНК

5. ничего из перечисленного

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 12 | 5 |
| 2 | 1 | 13 | 2 |
| 3 | 1 | 14 | 1 |
| 4 | 4 | 15 | 2 |
| 5 | 2 | 16 | 1 |
| 6 | 5 | 17 | 1 |
| 7 | 4 | 18 | 2 |
| 8 | 2 | 19 | 1 |
| 9 | 1 | 20 | 2 |
| 10 | 3 | 21 | 1 |
| 11 | 4 | 22 | 4 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Клеточные эффекторы врожденного иммунитета (нейтрофилы, макрофаги, дендритные клетки, естественные киллеры, эозинофилы, базофилы, тучные клетки).

2.Бактерицидные продукты нейтрофилов и макрофагов (кислородзависимые, кислороднезависимые).

3. Патогенаассоциированные молекулярные паттерны (образы патогенности, РАМР); свойства, структура, виды, роль во врожденном иммунитете.

1. Рецепторы врожденного иммунитета. Распознавание (опосредованное, прямое) патогенов клетками врожденного иммунитета (растворимые рецепторы, мембранные рецепторы, цитоплазматические рецепторы).
2. Строение Toll-подобных рецепторов, лиганды, экспрессия клетками иммунной системы. NOD-рецепторы (сайты связывания, функция).
3. Пути передачи и последствия передачи сигналов с рецепторов врожденного иммунитета.
4. Гуморальные эффекторы врожденного иммунитета (система комплемента, реактанты острой фазы, белки теплового шока, цитокины).
5. Понятие о системе комплемента. Альтернативный и классический пути активации комплемента. Рецепторы комплемента, роль в иммунных процессах.
6. Врожденные дефекты системы комплемента, методы диагностики.
7. Какие иммунологические тесты относят к I уровню?
8. Какие иммунологические тесты дают информацию о фагоцитарном звене иммунитета?

**Тема 3.** Антигены.

**Форма(ы) текущего контроляуспеваемости** *(реферат, тестирование, устный опрос).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1.*Тема рефератов***

1. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа.

*2.* Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

3. Основные качества антигенов: иммуногенность и специфичность

4. Принципы получения и очистки антигенов. Искусственные антигены, их типы, применение

2. **Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. НЕПОЛНОЦЕННЫЕ АНТИГЕНЫ ИНАЧЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. аутоантигены
2. изоантигены
3. анатоксины
4. гаптены

2. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ МЕТОД – СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ

КОТОРОЙ ИНДИКАТОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. флюоресцирующие вещества
2. радиоизотопы
3. фермент и его субстрат
4. эритроциты

3. РЕАКЦИЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЭТО СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ

РЕАКЦИЯ, В КОТОРОЙ АНТИТЕЛА МЕЧЕНЫ:

1. ферментом
2. радионуклеидом
3. флюорохромом
4. ферментом и его субстратом

4. РЕАКЦИИ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С УЧАСТИЕМ МЕЧЕНЫХ АНТИГЕНОВ

ИЛИ АНТИТЕЛ:

1. связывания комплемента
2. гемолиза
3. преципитации
4. иммунофлюоресцентная

5. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПОДСЧЕТА Т - И В - ЛИМФОЦИТОВ

ИСПОЛЬЗУЮТ ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМЫ:

1. АВО
2. СД
3. изоантигенов
4. аутоантигенов

6.КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. плазматические клетки
2. макрофаги
3. тромбоциты
4. тучные клетки

7. КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕЗЕНТАЦИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. дендритные клетки
2. плазматические клетки
3. тучные клетки
4. тромбоциты

8. ГАПТЕНЫ - ЭТО:

1. неполные антитела
2. полные антитела
3. неполноценные антигены
4. полноценные антигены

9. МАРКЕР ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-КЛЕТОК:

1. CD4
2. CD8
3. СД3
4. CD1

10. ИНГРЕДИЕНТЫ РЕАКЦИИ НЕПРЯМОЙ ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ:

1. иммунная диагностическая сыворотка;
2. антииммуноглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом;
3. исследуемый материал;
4. иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка;
5. исследуемый материал, иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом.

11. ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИЗВЕСТНЫЕ АТ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА МИКРООРГАНИЗМА:

1. бактериофаги
2. аллергены
3. иммунные диагностические сыворотки
4. диагностикумы
5. анатоксины

12. К АПК (АНТИГЕН ПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ) ОТНОСЯТСЯ:

1. эритроциты
2. тромбоциты
3. дендритные клетки
4. эпителиальные клетки

13. СВОЙСТВА ПОЛНОЦЕННЫХ АНТИГЕНОВ:

1. чужеродность
2. отсутствие детерминантных групп
3. низкий молекулярный вес

14. КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ БАКТЕРИЙ НЕСУТ ПРИЗНАКИ АНТИГЕННОЙ ЧУЖЕРОДНОСТИ:

1. жгутики
2. капсула
3. клеточная стенка
4. все перечисленное

15. К БАКТЕРИАЛЬНЫМ АНТИГЕНАМ ОТНОСЯТ:

1. О-антиген
2. гемагглютинин
3. ЛПС
4. Изоантигены

16. В СЕРОЛОГИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1. титр АГ
2. титр АТ
3. иммунные комплексы
4. титр цитокинов
5. абсолютное количество Ig

17. ДЛЯ КОЖНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С БЫТОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПРИМЕНЯЮТ ГИСТАМИН:

1. 0,001%

2. 0,01%

3. 0,0001%

4. 0,1%

18. КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. дендритные клетки.
2. плазматические клетки
3. эритроциты
4. тромбоциты

19.  Т-ЛИМФОЦИТЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕН, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЙ В АССОЦИАЦИИ С МОЛЕКУЛАМИ:

1. МНС класса I
2. иммуноглобулинов
3. белков острой фазы
4. комплемента

20. АНТИГЕНЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1. вещества, вызывающие появление специфических цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) и синтез специфических антител
2. вещества, вызывающие фагоцитоз
3. вещества, вызывающие активацию системы комплемента

21. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ, СОДЕРЖАЩИЕ АТ ТОЛЬКО К ОДНОМУ АГ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. поливалентными
2. аффинными
3. монорецепторными
4. моноклональными

5. поликлональные

22. АНТИГЕНЫ HLA II ИГРАЮТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В:

1. распознавании антигена CD4+ Т-лимфоцитами
2. ассоциации с болезнями
3. противовирусной иммунной реакции
4. контроле синтеза комплемента

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 12 | 3 |
| 2 | 3 | 13 | 1 |
| 3 | 3 | 14 | 4 |
| 4 | 4 | 15 | 1 |
| 5 | 2 | 16 | 2 |
| 6 | 2 | 17 | 3 |
| 7 | 1 | 18 | 1 |
| 8 | 3 | 19 | 1 |
| 9 | 2 | 20 | 1 |
| 10 | 5 | 21 | 3 |
| 11 | 3 | 22 | 1 |

**3. Вопросы для рассмотрения:**

1. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа.

2. Виды антигенов по степени чужеродности.

3. Основные качества антигенов: иммуногенность и специфичность

4. Антигенная детерминанта (эпитоп), структура, роль в формировании специфичности антигена.

5. Виды антигенной специфичности: видовая, групповая, типоспецифичность, гетероспецифичность.

4. Суперантигены. Аутоантигены

5. Антигены экзогенного происхождения. Антигены эндогенного происхождения.

7. Тимусзависимые и тимуснезависимые антигены. Понятие об митогене.

8. Принципы получения и очистки антигенов. Искусственные антигены, их типы, применение

9. Назовите минимальный спектр цитокинов, достаточных для определения функций

основных звеньев иммунной системы

10. Какие иммунологические тесты относят ко II уровню?

**Тема 4.**Антитела. Строение, функции.

**Формы текущего контроляуспеваемости** *(реферат, тестирование, устный опрос).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1**. Тема рефератов**

1. Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

2. Характеристика различных классов иммуноглобулинов. Секреторные IgА. Строение, роль в формировании местного иммунитета.

3. Реакция агглютинации и ее разновидности.

2. **Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КЛЕТКИ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА:

1. макрофаги
2. Т-лимфоциты
3. естественные киллеры
4. плазматические клетки

2. В – ЛИМФОЦИТЫ:

1. являются иммунорегуляторными клетками
2. обеспечивают противовирусный иммунитет
3. обеспечивают клеточный иммунитет
4. в ответ на антиген трансформируется в клетки, синтезирующие антитела

3. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК СВЯЗАН С:

1. IgM
2. sIgA
3. IgG
4. тучными клетками

4. МОЛЕКУЛА ИММУНОГЛОБУЛИНА ( IGG ) СОСТОИТ:

1. из двух тяжелых полипептидных цепей, соединенных между собой дисульфидными связями
2. из двух легких полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями
3. верно 1 и 2
4. из одной тяжелой и одной легкой полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями

5. СВОЙСТВА ИММУНОГЛОБУЛИНА G:

1. проходит через плаценту
2. имеет 4 подкласса
3. обеспечивает защиту против инфекций
4. верно все перечисленное

6. АНТИТЕЛА ОДНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРИНАДЛЕЖАТ:

1. к одному классу иммуноглобулинов
2. к разным классам иммуноглобулинов
3. не принадлежат к белкам глобулиновой фракции

7. ПРИ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. применение иммуностимуляторов

2. применение донорского иммуноглобулина

3. применение миелопида

4. верно 1

8. СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ИММУНОГЛОБУЛИНА А МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

1. атопическое заболевание
2. гепатиты
3. ангииты
4. психозы

9. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. наличия острого инфекционного процесса
2. наличия хронического воспаления
3. атопии
4. гельминтоза

10. ГИПЕРГЛОБУЛИНЕМИЯ А ХАРАКТЕРНА:

1. для атопии
2. для воспалительных процессов на слизистых оболочках
3. для анафилаксии
4. для рахита

11. СВОЙСТВАМИ IgG АНТИТЕЛ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. возможность прохождения через плаценту
2. невозможность прохождения через плаценту
3. возможность частичного прохождения через плаценту
4. невозможность частичного прохождения через плаценту

12. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕПОЛНЫХ АНТИТЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. реакция Хеддельсона
2. реакция Райта
3. реакция Кумбса
4. реакция Пирке
5. реакция Манту

13. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в первые месяцы и годы жизни;
2. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате бактериальных и вирусных инфекций;
3. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически;
4. отсутствие изменений со стороны иммунной системы.

14. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО КОНТАКТА С АНТИГЕНОМ:

1. через 10 мин
2. через 1 ч.
3. через 5-7 дней
4. через 3-5 нед.

15. ГЛАВНЕЙШИМИ ( СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ) ТИПАМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. выработка специфических антител
2. накопление ЦИК
3. фагоцитоз
4. выработка серотонина

16. Fab-ФРАГМЕНТ МОЛЕКУЛЫ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОТВЕТСТВЕН ЗА:

1. связывание комплемента
2. связывание антигена
3. связывание с Fс-рецептором
4. связывание с макрофагами
5. прохождения Ig G через плаценту

17. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ:

1. в плазматических клетках
2. в Т-лимфоцитах
3. в полиморфноядерных лейкоцитах
4. в макрофагах

18. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ В-КЛЕТОЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. трансплантация тимуса
2. введение тимических гормонов
3. введение иммуноглобулинов
4. введение антибиотиков

19. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КАКОГО КЛАССА УЧАСТВУЮТ В ЗАЩИТЕ ПЛОДА ОТ ИНФЕКЦИЙ?

1. IgM
2. IgE
3. IgG
4. IgA

20. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ПРОНИКАЮТ IG:

1. Ig G
2. Ig М
3. Ig А
4. Ig Е

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 11 | 1 |
| 2 | 4 | 12 | 3 |
| 3 | 2 | 13 | 3 |
| 4 | 2 | 14 | 3 |
| 5 | 4 | 15 | 1 |
| 6 | 1 | 16 | 2 |
| 7 | 2 | 17 | 1 |
| 8 | 1 | 18 | 3 |
| 9 | 1 | 19 | 3 |
| 10 | 2 | 20 | 1 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Строение иммуноглобулинов.

2. Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

3. Характеристика различных классов иммуноглобулинов. Секреторные IgА. Строение, роль в формировании местного иммунитета.

4.Реакция агглютинации и ее разновидности.

5. Использование антител в серологической диагностике инфекционных заболеваний.

6. Определение классов иммуноглобулинов. Реакция преципитации по Манчини.

8. Гуморальный иммунный ответ.

9. Антителозависимая клеточная цитотоксичность

11. Механизм реакции иммунофлуоресценции

12.Моноклональные антитела. Определение, характеристика, принципы получения

13. Показатели иммунограммы, характеризующие гуморальный антигенспецифический

иммунный ответ.

**МодульN2.Клиническая иммунология, аллергология**

**Тема 1**. Иммунореабилитация.Иммуномодуляторы: бактериальные, химически

чистые, индукторы интерферона, иммуноглобулины

**Формы текущего контроляуспеваемости***(*тестирование, устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ СТИМУЛИРУЮТ ТОЛЬКО Т-СИСТЕМУ ИММУНИТЕТА:

1. тимозин

2. октагам

3. иммуновенин

4. левамизол

2. ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:  
1. терапия, направленная на активацию иммунитета  
2. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло - или аутоантигены  
3. систему мер по возвращению иммунного статуса к исходному, сбалансированному состоянию

3. ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ – ЭТО:  
1. комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций иммунной системы  
2. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло- или аутоантигены  
3. терапия, направленная на активацию иммунитета

4. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРИНЦИПАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:  
1. необходимость учета побочного действия имунотропных пренаратов  
2. учет клинических признаков, свидетельствующих о наличии дефекта в работе иммунной системы  
3. по завершении курса иммунотерапии необходимо провести иммунологическое обследование пациента

4. все верно

5.НАПРАВЛЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО АГЕНТА ЗАВИСИТ:  
1. дозы препарата  
2. возраста больного

3. температуры окружающей среды

4. пола

6.ВАКЦИНАЦИЯ - ЭТО:  
1. целенаправленное введение в организм заданного АГ в неагрессивной форме в иммуногенных дозах с целью индукции защитного иммунного ответа и формирования иммунологической памяти для профилактики инфекционных заболеваний  
2. целенаправленное введение в организм бактериальных лизатов   
3. целенаправленное введение в организм бактериофага для профилактики инфекционных заболеваний

7. К ИММУННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ВАКЦИННЫМ ЭФФЕКТОМ, ОТНОСЯТСЯ:

1.комплексный иммунный препарат

2.миелопид

3.рибомунил

4. Т-активин

5.ликопид

8. ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ:  
1. всем пациентам до и после трансплантации органов  
2. пациентам только до трансплантации органов  
3. пациентам только после трансплантации органов

9.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ:  
1. использование нескольких иммуносупрессантов  
2. использование одного иммуносупрессанта  
3. использование всех иммуносупрессантов

10. К ТИМИЧЕСКИМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:  
1. бронхомунал  
2. тималин  
3. бронховаксом

11. ЛЮБОЙ ПРЕПАРАТ, ИЗБИРАТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИЙ НА СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ИММУНИТЕТА:  
1. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать и общее неспецифическое воздействие на всю иммунную систему в целом  
2. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать действие на нервную систему   
3. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать действие на кровеносную систему

12. К РАСТИТЕЛЬНЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:  
1. бронхомунал  
2. тималин  
3. иммунал

13. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:  
1. назначение с лечебной или профилактической целью при заболеваниях, связанных с нарушениями иммунитета, препаратов химической или биологической природы обладающих иммунотропной активностью   
2. назначение с лечебной или профилактической целью при заболеваниях, связанных с нарушениями иммунитета, антибиотиков  
3. назначение с лечебной или профилактической целью при инфекционных заболеваниях химиотерапевтических препаратов.

14. ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ - ЭТО:  
1. система мер по возвращению иммунного статуса к исходному, сбалансированному состоянию  
2. терапия, направленная на активацию иммунитета  
3. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло-или аутоантигены

15. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭФФЕКТ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НАПРАВЛЕН НА:  
1. ликвидацию у больного с аллергическим процессом инфекционного очага   
2. ликвидацию у больного с аллергическим процессом основной причины заболевания  
3. ликвидацию у больного с аллергическим процессом всех лейкоцитов

16. К ОЧИЩЕННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЛИЗАТАМ ОТНОСЯТСЯ:  
1. ИРС- 19  
2. бронхомунал  
3. бронховаксом

4. все вышеперечисленное

17. ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:  
1. средства, усиливающие иммунный ответ  
2. средства, подавляющие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммунотропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)  
3. лекарственные средства, обладающие иммунотропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту).

18. К МИКРОБНЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:  
1. бронхомунал  
2. тималин  
3. иммунал

19. РИБОМУНИЛ ОТНОСИТСЯ К ИММУНОКРРЕКТОРАМ:  
1. бактериального происхождения  
2. тимического происхождения  
3. костномозгового происхождения

4.производным имидазола

20. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ:  
1.микробные  
2. тимические  
3. костномозговые  
4. все верно

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 1 |
| 2 | 1 | 12 | 3 |
| 3 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 2 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 15 | 1 |
| 6 | 1 | 16 | 4 |
| 7 | 3 | 17 | 2 |
| 8 | 1 | 18 | 1 |
| 9 | 1 | 19 | 1 |
| 10 | 2 | 20 | 4 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

* + - 1. Общие принципы иммунореабилитации
      2. Классификация иммунотропных препаратов.
      3. Механизм действия иммунотропных препаратов
      4. Показания к применению иммунотропных препаратов
      5. Современные подходы к иммуносупрессивной терапии

**Ситуационная задача 1**

Девочка 1 год, жалобы со слов матери на кашель, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания: заболела остро, заболевание началось с повышения температуры тела до 37,8°С. К вечеру состояние ухудшилось: появились частый кашель.

Анамнез жизни: Девочка от первой нормально протекавшей бере­менности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддо­ма на 3-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. стала докармливаться адаптирован­ными смесями из-за гипогалактии у матери. С 1,5 мес. переведена на искусственном вскармливании. В 3 мес. впервые перенесла ОРВИ. Было проведено симптоматическое лечение. До года перенесла ОРВИ 5 раз.

Объективно: Состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,6°С. Кожный покров чистый. Зев гиперемирован. Дыхание через нос затруднено, ринорея. Грудная клетка не вздута. Перкуторно: над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, рассеянные непостоянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС120 ударов в мин. Живот при паль­пации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови:HGB- 122 г/л, RBC-4,2x1012/л, WBC- 12,0x109/л, EO - 1%, PLT – 240x109г/л, LYM% - 56%, MON - 8%, NEUT-35%, п/я - 7%, с/я - 28%, СОЭ - 15 мм/час.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Составьте план иммунореабилитации.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Острое респираторное заболевание. Острый простой бронхит.

2. Симптоматическое.

3. «Поздно стартующий» ребенок предрасположен к частым вирусно- бактериальным инфекциям. Активация супрессоров противопоказана, В – клеток - нецелесообразна ввиду возможного нарушения естественного формирования кооперативных взаимодействий различных клеточных популяций.

Показаны комбинированные бактериальные иммунокорректоры (Рибомунил) и соблюдение общих принципов оздоровления (диета, режим, прогуки на свежем воздухе, закаливание, ЛФК). Рибомунил в дозе 0,75мг/сут на 6 месяцев.

**Тема 2.** Аутоиммунные болезни. Системная красная волчанка, ревматоидный артрит.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование,устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. КАКИЕ ВАРИАНТЫ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ?

1. аутоантитела к ДНК-нативной и ДНК-денатурированной.

2. аутоантитела к РНК, коллагену, эластину.

3. антинуклеарный фактор (АНФ) и аутоантитела к органам.

2. ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ?

1.это заболевание соединительной ткани, наиболее характерное проявление которого – уплотнение или фиброз кожи.

2. хроническое аутоиммунное заболевание поперечно-полосатой мускулатуры.

3. это группа заболеваний, в основе патогенеза которых лежит воспаление сосудистой стенки.

3. ЧТО ТАКОЕ СИНДРОМ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА:

1.это системное поражение микрососудов (геморрагический васкулит), сопровождающееся геморрагиями и тромбозами.

2.это системный некротизирующий васкулит.

3. это гранулематозный ангиит.

4. ЧТО ТАКОЕ БОЛЕЗНЬ СТИЛА?

1. это форма ювенильного ревматоидного артрита.

2. это некротический лимфаденит.

3. это «сухой» синдром.

5. КАКОВА ЭТИОЛОГИЯ РЕВМАТИЗМА?

1. нуклеиновые кислоты вирусов.

2.β-гемолитический стрептококк типа А.

3. мембранные антигены E.Сoli

6. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1. нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды.

2. цитостатики, иммуномодуляторы.

3. все вышеперечисленное

4. нет правильного ответа

7. ЧТО ТАКОЕ АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1. это патологические процессы, в основе которых лежит аутоагрессия, индуцированная аутоантигенами.

2. это проявление повышенной чувствительности организма к аллергену в ответ на повторный контакт с аллергеном.

3. это неспособность к иммунному ответу на определенный антиген.

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАМИ АУТОИММУННОГО ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1.содержание циркулирующих аутоантител, аутосенсибилизированных лимфоцитов, наличие возможности выделения аутоантигена, возможность пассивного переноса патологического процесса с помощью аутоантител и аутосенсибилизированных лимфоцитов.

2. содержание циркулирующих аутоантител

3. содержание в крови аутоантигена

9. КАКОЙ ФЕНОМЕН ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ОТ АГРЕССИИ СОБСТВЕННОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ?

1. феномен иммунологического распознавания.

2. феномен иммунологической памяти.

3. феномен иммунологической толерантности.

10. В ОСНОВЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕЖИТ ЯВЛЕНИЕ АНТИГЕННОЙ МИМИКРИИ?

1. в основе аутоиммунной патологии.

2. в основе аллергических заболеваний.

3. в основе иммунологической толерантности.

11. ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОСНОВАНА НА:

1. определение уровня нейропептидов

2.обнаружение сенсибилизированных лимфоцитов

3.определении активности комплемента

4.определение уровня альбуминов.

12.СЛЕДСТВИЕМ АУТОИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1.хронический тиреоидит

2.пневмония

3. бронхит

4.энтерит.

13. ИСТИННЫЕ АУТОИММУННЫЕ БОЛЕЗНИ ЭТО:

1. болезни, в патогенезе которых лимфоциты, запускающие механизмы деструкции, распознают именно нативные молекулы мембран собственных клеток или межклеточного вещества и инициируют иммунное воспаление

2. все патологические процессы, при которых имеется повреждение тканей иммунными механизмами

3. аллергические реакции

14. ДЛЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАЗЫВАЕМЫХ «АУТОИММУННЫМИ», ХАРАКТЕРНО:

1. длительное, хроническое течение

2. быстрое выздоровление

3. кратковременное течение

15. У РАЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЯХ ОДИНАКОВОЙ НОЗОЛОГИИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

1.одинаковые аутоантигены-мишени

2. у каждого человека - свой уникальный аутоантиген

3. вариабельные аутоантигены

16. В НОРМЕ У КАЖДОГО ЗДОРОВОГО ОРГАНИЗМА В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОИДНЫХ ТКАНЯХ ИМЕЮТСЯ:

1.и Т- и В-лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

2. В-лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

3. Т- лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

17. МАНИФЕСТАЦИЯ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1.результатом возникновения аномальных аутореактивных клонов Т- лимфоцитов

2. результатом возникновения аномальных аутореактивных клонов В- лимфоцитов

3. результатом проникновения патогенного внешнего фактора

18. К ОСНОВНЫМ СИМТОМАМ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСЯТСЯ:

1.воспаление мозга

2. гломерулонефриты

3. дефицитная анемия

19. АНТИНУКЛЕАРНЫЕ АНТИТЕЛА И РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРУЮТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

1. язвенная болезнь

2. железодефицитная анемия

3. системная красная волчанка

4. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

5. аутоиммунный тиреоидит

20. ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИМЕНЯЮТСЯ:  
1. иммунодепрессанты, направленные на подавление остроты воспалительного процесса  
2. иммуномодуляторы, направленные на подавление остроты воспалительного процесса  
3. иммуностимуляторы, направленные на подавление остроты воспалительного процесса

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 2 |
| 2 | 1 | 12 | 1 |
| 3 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 2 | 15 | 1 |
| 6 | 3 | 16 | 1 |
| 7 | 1 | 17 | 3 |
| 8 | 1 | 18 | 2 |
| 9 | 3 | 19 | 3 |
| 10 | 1 | 20 | 1 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Распространенность аутоиммунных заболеваний

2. Этиология аутоиммунных заболеваний

3. Патогенез аутоиммунных болезней

4. Классификация и клинические проявления ЮРА, СКВ.

5. Современные методы диагностики

6. Современные методы лечения.Антицитокиновая терапия.

7. Принципы реабилитации при аутоиммунных заболеваниях.

**Ситуационная задача 1**

Мальчик 8 лет поступил в стационар на обследование и лечение.

Жалобы: на боли в суставах, утреннюю скованность, слабость, повышение температуры.

Анамнез заболевания: Болен в течение 6 месяцев, когда поднялась температура тела до 390, появилась слабость, утомляемость, боли в суставах. Осмотрен участковым педиатром, получал парацетамол, поливитамины, интерферон. На фоне лечения лихорадка сохранялась, припухли лучезапястные суставы, тыл обеих кистей рук. В первой половине дня отмечалась скованность. На фоне лечения состояние ребенка не улучшалось, увеличилось число припухших суставов, появилось ограничение сгибания и разгибания и припухлость в локтевых суставах, боли в шейном отделе позвоночника. Ребенок госпитализирован в ОДКБ в ревматологическое отделение.

Анамнез жизни: Ребенок от II беременности, на фоне гестоза, роды затяжные. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 50 см. На грудном вскармливании до 1 месяца. С 6 лет частые ОРВИ, пневмонии, хронический тонзиллит.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое. Кожный покров бледный. Питание понижено. Периферические шейные лимфоузлы I­II степени. Костная система: болезненность и припухлость межфаланговых, запястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение в движении и утренняя скованность. Перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень на 1,5 см выступает из-под правого подреберья. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: HGB-100 г/л, RBC-3.2х1012/л, WBC-23.2х109/л,PLT - 278х109/л LYM – 48% MON – 9% NUET –27%EO-6%

п/я-6%, с/я-21%,СОЭ-55 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок-68 г/л, А-50%, α-16%, ß-10%, γ-26%, СРБ- 80мг/мл, ревматоидный фактор – положит.

ЭКГ: QRS не отклонена, синусовая аритмия. ЧСС-70-100 в минуту. Метаболические изменения в миокарде.

Рентгенограмма лучезапястных и локтевых суставов: остеопороз, сужение суставных щелей, мелко-кистозная перестройка костной структуры эпифизов.

**Вопросы к к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Назначьте основные лечебные мероприятия.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Ревматоидный артрит преимущественно суставная форма. Серопозитивный, быстропрогрессирующее течение, высокая степень активности с сохранной функциональной способностью.
2. Золотй стандарт – метатрексат. Высокие технологии – генно- инженерные препараты

**Тема 3.** Первичные иммунодефициты: генетические основы, клинико-иммунологическая характеристика первичных иммунодефицитов

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование, устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1.НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК КВИНКЕ ОБУСЛОВЛЕН:

1.генетическими дефектами

2. неспецифическими факторами

3. аутоаллергией

4. сенсибилизацией неинфекционными аллергенами

2. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ДЕФЕКТЫ СВЯЗАНЫ С:

1. ингибитором первого фактора системы комплемента

2. отклонениями в количестве и функциональной активностиВ - клеток

3. четвертым фактором системы комплемента

4. наследственными нарушениями бактерицидной функции нейтрофилов

3. ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ:

1. генетические нарушения

2. хроническая почечная недостаточность

3. дефицит ферментов

4. дефекты эмбриогенеза

4. СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ИММУНОГЛОБУЛИНА А МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

1. атопическое заболевание

2. гепатиты

3. ангииты

4. дерматофитии

5. ДЛЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ХАРАКТЕРНО:

1. тромбоцитопения, экзема

2. тимомегалия, спленомегалия

3. гипокальциемия, судороги

4. апластическая анемия, эозинопения

6. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в первые месяцы и годы жизни

2. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате бактериальных и вирусных инфекций

3. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

4. отсутствие изменений со стороны иммунной системы

7. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1. острые инфекционные заболевания

2. иммунодефицитные состояния

3. паразитарные заболевания

4. аллергические заболевания

8. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

2. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в любом возрасте

3. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате различных видов патологии или внешних воздействий

4. изменение в системе иммунитета, наиболее часто сочетающиеся с гельминтами бактериальными и вирусными инфекциями

9. ЕСЛИ ИММУНОДЕФИЦИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И МИКОЗАМ, СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ДЕФЕКТ:

1.В-лимфоцитов

2. Т-лимфоцитов

3.фагоцитов

4. системы комплемента

10.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекционный синдром

2. аллергический синдром

3. аутоиммунный синдром

4. пролиферативный синдром

11. ПРИ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. применение иммуностимуляторов

2. применение донорского иммуноглобулина

3. применение миелопида

4. верно 1, 2

12. НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫМ И ТОЧНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПОНЯТИЯ "ИММУНОДЕФИЦИТ" ЯВЛЯЕТСЯ:

1.изменения в системе иммунитета, обусловленные количественным дефицитом иммунокомпетентных клеток

2.изменения в системе иммунитета в результате нарушения этапов созревания, дифференцировки, функциональной активности и числа клеток, участвующих в иммунологическом ответе

3. изменения в системе иммунитета в результате нарушения функциональной активности клеток, участвующих в иммунологическом ответе

4.изменения в системе межклеточных взаимодействий

5.изменения неспецифической реактивности иммунных клеток

13. ГИПЕРГЛОБУЛИНЕМИЯ А ХАРАКТЕРНА:

1.для атопии

2.для воспалительных процессов на слизистых оболочках

3. для анафилаксии

4.для психопатологических состояний

14. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. наличия острого инфекционного процесса

2.наличия хронического воспаления

3. атопии

4.гельминтоза

15. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. синдрома Вискотта-Олдридча

2. болезни Брутона

3. синдрома Оммена

4. общей вариабельной иммунной недостаточности

5. синдрома Джоба

16. ДЕФИЦИТ IG КЛАССА А, М, G НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. агаммаглобулинемии

2.хронической гранулематозной болезни

3.селективном иммунодефиците Ig A

4.врожденном дефекте комплемента

5.синдроме Вискотта-Олдридча

17. БРУТОНОВСКАЯ ГИПОГАМАГЛОБУЛИНЕМИЯ СВЯЗАНА С ДЕФИЦИТОМ:

1. В-лимфоцитов

2. макрофагов

3. Т-клеток

4.моноцитов

5. нейтрофилов

18. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТИМУСА НОВОРОЖДЕННОМУ ПОКАЗАНА ПРИ:

1. селективном иммунодефиците IgA

2. синдроме ДиДжорджи

3.гипогаммаглобулинемии Брутона

4. врожденном ангионевротическом отеке

5. общей вариабельной иммунной недостаточности

19. ВРОЖДЕННЫЙ Т-КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЭТО:

1. дефицит пуриннуклеотидфосфотазы

2. селективный дефицит IgA

3. синдром ДиДжорджи

4. болезнь Брутона

5. синдром Чедиака-Хигаши

20. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гипер-IgE

2. болезни Брутона

3. врожденного дефекта фагоцитарной системы

4. синдрома Луи-Бар

5. нет верного ответа

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 12 | 1 |
| 2 | 1 | 13 | 2 |
| 3 | 1 | 14 | 2 |
| 4 | 1 | 15 | 1 |
| 5 | 1 | 16 | 1 |
| 6 | 3 | 17 | 1 |
| 7 | 2 | 18 | 2 |
| 8 | 1 | 19 | 3 |
| 9 | 2 | 20 | 1 |
| 10 | 4 | 21 | 1 |
| 11 | 1 | 22 | 1 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1.Классификация первичных иммунодефицитов

2. Первичные иммунодефициты с дефектамигуморального звена иммунитета

3. Комбинированные первичные иммунодефициты(поражение клеточного и гуморального звена иммунитета).

4. Синдромы врожденных дефектов фагоцитов

5.Первичные иммунодефициты, ассоциированные сдефектами системы комплемента

**Ситуационная задача №1.**

Больная А., 7 лет, планово поступила в стационар.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды 1-е, срочные, самостоятельные, вторичная слабость родовой деятельности, безводный периодоколо суток, ягодичное предлежание, выписана из родильного дома на 3 сутки. Ранний неонатальный период без патологии. Росла и развивалась по возрасту, самостоятельно пошла в 10 мес. Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: после года у девочки отмечается неустойчивость походки, частые падения, заваливания в покое и при движении, непроизвольные движения в туловище и конечностях. Частые простудные заболевания. Неоднократно перенесла пневмонию до 3-4 раз в год. С 1г. 8 мес. отмечается усиление слюноотделения.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Походка неустойчивая, непроизвольные движения руками, головой. Кожный покров бледный, на коже туловища пигментные и депигментированные пятна. Отмечается повышенная растяжимость кожной складки. На конъюнктивах телеангиэктазии. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный, чистый. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb -122 г/л, эрит.-5,76х1012/л , лейк.-4,2х109/л, Нt-36,4 %, тр. -209х10³ г/л, нейтр. -78%, м- 6 %, лимф.- 12%,э-4%, СОЭ– 15 мм/ч, вр.св.-345-420.

Общий анализ мочи: уд.вес- м/м, белок- отр., сахар- отр., лейк.-3-4 в п/зр., пл.эпит.- 1-2в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ. белок- 73 г/л, общ.билирубин-7,2 мкмоль/л, глюкоза- 5,6 ммоль/л., АЛАТ – 28 Ед/л (норма - до 40), АСАТ – 39 Ед/л (норма - до 40), креатинин-69 мкмоль/л, мочевина-4,3 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: IgA-0,38г/л (N 0,79-1,69),Ig М-1,91 г/л (N 0,4-0,9),IgG-4,62 г/л (N 6,67-11,79).

ЭКГ умеренная синусовая тахиаритмия с ЧСС 100-114 в мин. Нормальное расположение ЭОС.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза

3. Оцените иммунологический анализ крови.

4. Нуждается ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

5. Назовите режимы заместительной иммунотерапии

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Первичный иммунодефицит, атаксия-телеангиэктазия (синдром Луи-Бар). Синдром дисплазии соединительной ткани

2.Цитологическое исследование: повышенный уровень хромосомных абераций и ломкости хромосом.

3. Иммунологический анализ крови: отклонения от нормы IgA-0,38г/л - снижен, Ig М-1,91 г/л - повышен, IgG-4,62 г/л - снижен.

4. При первичном иимунодефиците показана пожизненная заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами. Цель: снижение частоты и тяжести бактериальных инфекций и предотвращение развития тяжелых осложнений, а также жизнеугрожающих инфекций

5.Заместительная терапия используется в режиме насыщения и в режиме поддерживающей иммунотерапии.

Режим насыщения -до достижения целевого уровня IgG: препараты стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения (октагам, габриглобин, пентоглобин) в дозе насыщения 2 раза в неделю в дозе 0,1-0,2г/кг (в месячной дозе до 1,2г/кг).

Режим поддерживающей иммунотерапии - по достижении уровней IgG не ниже 6-8 г/л и при подавлении активности инфекционного процесса: препараты стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения 1 раз в месяц в дозе 0,1-0,2 г/кг

**Ситуационная задача №2.**

Больной М., 1 год, поступил с жалобами со слов мамына частые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, пневмония.

Анамнез жизни: роды II срочные, физиологичные, вес 3890 гр. Грудное вскармливание до 7 мес.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились с 8 месяцев, в возрасте 10 месяцев перенес пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров бледный, обычной влажности. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный. Гипоплазия лимфоузлов и миндалин. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb - 121 г/л, Эр - 4,lx1012/л, Лейк - 5,0х109/л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ -10 мм/час.

Общий анализ мочи: уд.вес- м/м, белок- отр., сахар- отр., лейк.-3-4 в п/зр., пл.эпит.- 1-2в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ.белок- 69,2 г/л,β-глобулины – 0 г\л, γ-глобулины – 0 г\л, ревматоидный фактор – отриц., титр АСЛО – отриц.

В посеве кала выделены грибы рода Candida

Иммунограмма – IgA-0 г/л, Ig М-0 г/л, IgG-5,2 г/л. В-лимф. - 1%, Т-лимф. - 57%.

Посев из зева на флору - Haemophillus influenza 104КОЕ.

**Вопросы к ситуационной задаче №2.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Нуждаются ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

4. Какие существуют препараты внутривенных иммуногобулинов для заместительной терапии?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2.**

1. Первичный иммунодефицит (Болезнь Брутона), агаммаглобулинемия с дефицитом В-клеток. Анемия легкой степени. Нарушение колонизации кишечника. Кандидоз.

2. Медикогенетическое обследование. Обнаружение мутации гена Брутона в Х-сцепленной хромосоме,окончательный диагноз может быть установлен только после проведения генетического тестирования и обнаружения брутоновской мутации

3. Да, при первичном иимунодефиците показана пожизненная заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами. Целью данной терапии является снижение частоты и тяжести бактериальных инфекций и предотвращение развития необратимых и тяжелых осложнений, а также жизнеугрожающих инфекций.

4.Октагам , интраглобин , габриглобин

**Занятие 4.** ВИЧ-инфекция.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование*,* устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ СИМТОМОВ ИНДИКАТОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИМЕНЯЮТ:  
1. антиретровирусную химиотерапию  
2. антибактериальную химиотерапию  
3. притивопротозойную химиотерапию

2. УКАЖИТЕ ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ЗАРАЖЕНИИ:

1. уже внутриутробно

2. сразу после рождения

3. через 1 месяц после рождения

4. через 6 месяцев после рождения

5. через 1 год после рождения

3. УКАЖИТЕ ВИЧ-ИНДИКАТОРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ:

1. цитомегаловирусная инфекция

2. иерсиниоз

3. риккетсиоз

4. саркома Капоши

4. ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПОЗВОЛЯЕТ:  
1. снизить уровень продуктов вирусов в крови до неопределимых количеств  
2. повысить уровень продуктов вирусов в крови   
3. полностью уничтожить вирус

5.ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. нарушением «распознавания» чужеродных антигенов системой макрофагов

2. нарушением процессов антителогенеза

3. снижением уровня Т-хелперов

4. снижением уровня секреторных антител

5. все верно

6.ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

1. снижением уровня Т4-лимфоцитов

2. снижением уровня эозинофилов

3.снижением количества ЦИК

4. высоким уровнем только иммуноглобулина А

5. снижением уровней иммуноглобулинов

7.ОКОНЧАНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ АССОЦИИРУЕТСЯ С:

1.повышением температуры тела

2.увеличением лимфатических узлов

3.появлением кандидоза слизистых оболочек и кожных покровов

4.появлением антител к ВИЧ

5.резким похуданием

8. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

1. по клиническим признакам.

2. при выявлении антител к ВИЧ в ИФА.

3. при выявлении антител к ВИЧ в ИФА и в иммуноблоте.

4. при выявлении стойкой лимфаденопатии.

5. при выявлении генерализованной саркомы Капоши

9. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:

1. только в периодах, выраженных клинически

2. только в терминальной стадии

3. только в стадии острой инфекции

4. только в стадии бессимптомной инфекции

5. пожизненно

10. ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антиретровирусных препаратов.

2. НПВС.

3. протипротозойных препаратов.

4. цитостатиков.

5. иммуномодуляторов

11. ИНФИЦИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВИЧ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ:

1.различных парентеральных процедурах

2.случайном уколе во время операции

3.подготовке полости рта к протезированию

4.удалении зубного камня

5.проведении физиотерапевтических процедур

12. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ:

1. при половом контакте, через парентерально вводимые кровь и продукты крови

2. укусы насекомых

3.через неповрежденную кожу

4.через неповрежденные слизистые оболочки

13.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. основным видом терапии

2. вспомогательным видом терапии

3. не применяется

4. иммунореабилитационным приемом

14. К КАКОМУ СЕМЕЙСТВУ ВИРУСОВ ОТНОСИТСЯ ВИЧ:

1. ретровирусы

2.аденовирусы

3.цитомегаловирусы

4.герпесвирусы

15. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ –ИНФЕКЦИИ:

1.половой, парентеральный, вертикальный

2.половой, бытовой, парентеральный

3. половой, через насекомых

4. воздушно-капельный

16**.** НАЗОВИТЕ МЕМБРАННЫЙ БЕЛОК (РЕЦЕПТОР) КЛЕТОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ КПОВЕРХНОСТНОМУ АНТИГЕНУ ВИЧ:

1.CD-8

2. CD-4

3. CD-3

4. CD-124

17.КАК ДОЛГО СОДЕРЖИТСЯ ВИЧ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНОГО:

1.5 лет

2. 7 лет

3.до первых клинических признаков

4. пожизненно

18ПЕРЕЧИСЛИТЕ СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ:

1. инкубация, первичных проявлений, вторичных заболеваний, терминальная

2.СПИД, терминальная стадия

3.инкубация, СПИД

4. первичные проявления, вторичные проявления

19.ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ДЕТИ МОГУТ ПОЛУЧАТЬ ПРИВИВКУ:

1.только живыми вакцинами

2.всеми вакцинами, кроме живых (зависит от уровня клеток CD4, если клеток больше 400, то делать можно)

3.всеми вакцинами

4.только анатоксинами

20. ТЯЖЕЛЫЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ВОЗНИКАЮТ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ:

1. при снижении лейкоцитов ниже 3000кл/мкл

2. при снижении Т-лимфоцитов ниже 500кл/мкл

3. при снижении CD4 лимфоцитов ниже 500кл/мкл

4. при снижении CD4 лимфоцитов ниже 200кл/мкл

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 2 |
| 2 | 4 | 12 | 1 |
| 3 | 1 | 13 | 2 |
| 4 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 5 | 15 | 1 |
| 6 | 1 | 16 | 2 |
| 7 | 4 | 17 | 4 |
| 8 | 3 | 18 | 1 |
| 9 | 5 | 19 | 2 |
| 10 | 1 | 20 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1**.** Эпидемиология ВИЧ инфекции, распространенность, возрастные аспекты

2. Иммунологические механизмы патогенезаВИЧ инфекции

3. Группы риска при ВИЧ инфекции. Пути передачи.

4. Клинические проявления ВИЧ инфекции. Стадии инфекционного процесса.

5. Современные принципы лечения. Молекулярно генетические аспекты лечения

6. Меры профилактики.

**Ситуационная задача №1.**

Мальчик, 1,5 лет, родился доношенным, от третьей, нормально протекавшей беременности, массой 3750, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 мес., развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ, тяжелую пневмонию, находился в реанимационном отделении, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся вялотекущей пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста – упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре в возрасте одного года: состояние тяжелое, температура тела 39°, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 26%, подкожно-жировой слой практически отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка - на 3,5 см.

Rh-графия легких: двусторонние сегментарные затемнения.

Клинический анализ крови: Hb –90 г/л, Эр – 2,8х1012/л, ЦП – 0,78, L – 4,1х109 /л, с/я – 59%,   
п/я - 5%, лф - 28%, м - 5%, э - 3%. СОЭ - 3 мм/час.

Иммунограмма:CD3 отн.- 44%, CD3 абс.-1,12х109 /л, CD4 отн.-19%, CD4 абс.- 0,51х109 /л, CD8 отн. - 24%, CD8 абс.-0,59х109 /л

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие типичные синдромы свидетельствуют о данном заболевании.

3. Какие лабораторные методы исследования подтвердят этиологию данного заболевания?

4. Оцените данные дополнительных методов исследования (общий анализ крови, иммунограмма). 5. Составьте алгоритм противовирусного лечения больного.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. ВИЧ-инфекция. Стадия 4 Б. Стадия 4Б - стадия вторичных заболеваний, с поражением внутренних органов и потерей в весе более 10%.

2. Типичные синдромы: синдром повышенной чувствительности к инфекции (за последние 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся вялотекущей пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит), лимфаденопатический, интоксикационный, дистрофический, синдром упорной диареи.

3. а)Определение антител к ВИЧ методом ИФА.

б) Иммуноблотинг (наличие антител к 2 и более антигенам: gp120, gp41, p32, p15, p 24.

в) ПЦР-исследование (определение РНК-вируса)

г) Выявление p24-антигена методом иммунофлюоресценции

4.В ОАК - анемия, лейкопения, лимфопения. В иммунограмме – снижение относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3), значительное снижение относительного и абсолютного содержания Т-хелперов (CD4).

5. Алгоритм лечения больного:

а) Этиотропная терапия Наиболее часто 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы сочетают с 1 ингибитором протеазы. Зидовудин или ретровир 360-480 мг/м2 за 3-4 приема + Ламивудин или эпивир 4 мг/кг 2 раза в день + ритонавир 400 мг/м2 2 раза в день.

**Занятие 5.** Диагностика аллергических заболеваний.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование*,* устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1**. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества Т- и В-лимфоцитов

2. определение CD4-лимфоцитов

3. определение CD8-лимфоцитов

4. верно все

2. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ МЕТОД – СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ

КОТОРОЙ ИНДИКАТОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. флюоресцирующие вещества

2. радиоизотопы

3. фермент и его субстрат

4. эритроциты

3. РЕАКЦИЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЭТО СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ

РЕАКЦИЯ, В КОТОРОЙ АНТИТЕЛА МЕЧЕНЫ:

1. ферментом

2. радионуклеидом

3. флюорохромом

4. ферментом и его субстратом

4.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПОДСЧЕТА Т - И В – ЛИМФОЦИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМЫ:

1. АВО

2. СД

3. изоантигенов

4. аутоантигенов

5. КАКОМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ ПРОВОДЯТ ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ С МЕДИКАМЕНТАМИ:

1. строго по показаниям больным лекарственной аллергией

2. больным бронхиальной астмой

3. больным с поллинозом

6. СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления

2. аппарат УЗИ.

3. электрокардиограф

4. компъютерный томограф

7. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты

2. внутрикожные тесты

3. Prick-тесты

4. аппликационные тесты

5. провокационные тесты

8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ:

1.аппликационная проба

2.скарификационная проба

3.уколочный прик- тест

4.проба с физической нагрузкой

9. ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ АТОПИЙ:

1. наличие С-реактивного белка

2.увеличение специфических антител класса IgE

3.повышение концентрации интерлейкина-4

4. снижение гамма-интерферона

10. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ (ИФА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. высокой специфичностью и чувствительностью

2. низкой специфичностью и чувствительностью

3. низкой нформативностью

4. большое количество сыворотки, необходимое для исследования

11. ПРИ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОНКОМАРКЕРЫ:

1. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА) - СЕА (раково-эмбриональный антиген (РЭА)

2. СА-15-3

3. СА-19-9

12. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА?

1. цепная полимеразная реакция

2. радиоиммунный анализ

3. иммуноферментный анализ

4. агглютинация

13. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛЛИНОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. реакцию лейколизиса

2. реакцию преципитации

3. реакцию гемагглютинации

4. определение специфических IgE

5. определение системы комплемента

14. ПОСТАНОВКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ВКЛЮЧАЕТ:

1. сбор иммунологического анамнеза

2. физикальное обследование

3. лабораторные иммунологические исследования

4. формулировку иммунологического диагноза

5. все верно

15. ПОКАЗАНИЯ К ОЦЕНКЕ ИММУННОГО СТАТУСА:

1. аутоиммунная патология, аллергические заболевания

2. патология беременности

3. вторичная иммунологическая недостаточность

4. верно все

16. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА:

1. выяснить наследственную предрасположенность к аллергологическим заболеваниям

2. выяснить связь между факторами окружающей среды и развити­ем заболевания

3.выяснитьте группы аллергенов или единичные аллергены, которые могли бы вызвать возникновение аллергии.

4. верно все

17. ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПРИ АЛЛЕРГИИ:

1. апликационные

2. скарификационные

3.внутрикожные.

4. верно все

18. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕАГИНОВОГО ТИПАСЕНСИБИ­ЛИЗАЦИИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ РЕАКЦИИ:

1. **радиоаллергосорбентный тест (RAST),**

2.**радиоиммуносорбентный тест (RIST)**

**3. метод иммунофлюоресценции**

4. 1 и 2

19. ПЦР-ДИАГНОСТИКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

1. выявления инфекционной патологии

2. в научных исследованиях

3.верно 1,2

4. ничего из перечисленного.

20. МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОСНОВОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЕФЕКТЫ:

1. на рибосомах клетки

2. на митохондриях клетки

3. на молекуле РНК

4.на молекуле ДНК

5. ничего из перечисленного.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 11 | 2 |
| 2 | 3 | 12 | 3 |
| 3 | 3 | 13 | 4 |
| 4 | 2 | 14 | 5 |
| 5 | 2 | 15 | 4 |
| 6 | 1 | 16 | 4 |
| 7 | 1 | 17 | 4 |
| 8 | 1 | 18 | 4 |
| 9 | 2 | 19 | 3 |
| 10 | 1 | 20 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Виды кожных проб (апликационные, скарификационные, внутрикожные)

2. Провокационные тесты при аллергии (конъюнктивальный, назальный, ингаляционный, холодовой, тепловой, тромбоцитопенический).  
3. Методы лабораторной диагностики**. Иммуноферментный анализ (ИФА)**

4. Аллергодиагностика **ImmunoCAP**

**Ситуационная задача №1.**

Мария К., 7 лет, поступает в стационар с жалобами со слов матери на зуд и высыпания, беспокойство, плохой сон.

**Анамнез заболевания:** Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, мать употребляла молочные продукты в большом количестве. Наследственность отягощена по линии мамы (крапивница). Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длиной тела 50 см. Первые высыпания возникли в 2 месяца при переводе на искусственное вскармливание «Малютка». После исключения из деты молочных продуктов состояние ребенка улучшилось. Ухудшение состояния наступило после приема коровьего молока, рыбы.

Объективно: кожные покровы сухие, на сгибах локтевых и коленных суставов, в области запястий, на шее эритематозно сквамозные высыпаемя, участки инфильтрации. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

Данные обследования:

*ОАК:* гемоглобин 105г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфо­циты 57%, СОЭ 12 мм/час.

*Кожные пробы*: рыба (++++), коровье молоко (++), куриное яйцо (+++), пшеница (++), овес (++).

*Уровень общего IgE в сыворотке крови* равен 94 МЕ/л

*Специфические IgE - антитела* к следующим пищевым аллергенам: коровьему молоку (+++), белку куриного яйца (+++), желтку (++), глютену (++).

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.
2. Укажите методы лабораторной диагностики**.**

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит, локализованная форма, среднетяжелое течение, период обострения.

2.Иммуноферментный метод (специфических антител класса IgE ) - серологическая реакция при которой индикаторной системой являютсяфермент и его субстрат. ИФА характеризуется высокой специфичностью и чувствительностью

**Занятие 6.** Иммунный статус здорового и больного человека.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование, устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества В-лимфоцитов

2. подсчет количества Т-лимфоцитов

3. НСТ тест

4. определение циркулирующих иммунных комплексов

2. ОЦЕНКА ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА:

1. нейтрофилов

2. тромбоцитов

3. В-лимфоцитов

4. лейкоцитов

3. С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1.абсолютное число лимфоцитов в крови

2. концентрацию ТТГ в сыворотке крови

3. СОЭ

4. антигены группы АВ0

4. ИММУНИТЕТ - ЭТО:

1. защита организма от микроорганизмов

2. защита организма  от вирусов

3. механизм элиминации генетически чужеродных субстанций

5. КАКОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАДО НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТ:

1. общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

2. определение содержания Т- и В-лимфоцитов.

3. содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM

4.  все вышеперечисленное.

6. КАКОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАДО НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТ:

1. определение содержания Т- и В-лимфоцитов.

2.содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM

3. определение фагоцитарной активности нейтрофилов.

4. все вышеперечисленное.

7. В-ЛИМФОЦИТЫ И ПЛАЗМОЦИТЫ СПОСОБНЫ:

1. к антителообразованию

2. к фагоцитозу

3. к реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ)

4. к киллингу клеток-мишеней

8. АНТИТЕЛА IgG ОБРАЗУЮТСЯ В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ В ОРГАНИЗМ:

1. гликопротеина

2. аминокислоты

3. солей тяжелых металлов

4. глюкозы

 9. АНТИГЕНЫ HLA II ИГРАЮТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В:

1. распознавании антигена CD4+ Т-лимфоцитами

2. ассоциации с болезнями

3. противовирусной иммунной реакции

4. контроле синтеза комплемента

5. отторжении аллотрансплантанта

10. ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. В- лимфоцитами

2. Т- лимфоцитами

3. тучными клетками

4. моноцитами

5. нейросекреторными клетками

11. ПОГЛОТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ФАГОЦИТОВ ИЗУЧАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

1.ЕАС-РОЛ

2.фагоцитарного числа

3.РБТЛ на ФГА

4.Е-РОЛ

5. концентрации иммуноглобулинов

12. ФАГОЦИТОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. моноцитарно-макрофагальными клетками

2. гепатоцитами

3.В-лимфоцитами

4. интерферонами

5. Т- лимфоцитами

13. ИММУНИТЕТ ЭТО:

1. фагоцитоз

2.защита от генетически чужеродных живых тел и веществ

3. функциональная активность Т- и В-лимфоцитов

4. количество натуральных киллеров

5. концентрация иммуноглобулинов

14. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. Т-лимфоцитами

2. нейтрофилами

3. тромбоцитами

4. базофилами

5.эозинофилами

15. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. Т-хелперами

2. имуноглобулинами класса G

3. макрофагами

4. Т-киллерами

5. В-лимфоцитами

16. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ НАЧИНАЕТСЯ С:

1. физикального обследования

2. сбора иммунологического анамнеза

3. лабораторных иммунологических исследований

4. формулировки иммунологического диагноза

5.клинического анализа крови

17. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. лизоцимом

2. Т-лимфоцитами

3. эозинофилами

4. В-лимфоцитами

5. тучными клетками

18. БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

1. кожных проб

2. определения концентрации лизоцима

3.РБТЛ на ЛПС

4. оценки НСТ-теста

5.исследования фагоцитарного числа

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 10 | 1 |
| 2 | 3 | 11 | 2 |
| 3 | 1 | 12 | 1 |
| 4 | 3 | 13 | 2 |
| 5 | 4 | 14 | 1 |
| 6 | 4 | 15 | 3 |
| 7 | 1 | 16 | 2 |
| 8 | 1 | 17 | 4 |
| 9 | 1 | 18 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Иммунный статус и его интерпретация. Основные правила интерпретации иммунограммы

2.Тесты иммунного статуса 1-го и 2 – го уровня

3.Количественные показатели иммунограммы (система врожденного иммунитета, клеточное звено иммунитета, гуморальное звено иммунитета)

4.Функциональные (качественные) показатели иммунограммы (оценки функциональной способности лимфоцитов, цитокиновый профиль)

5. Клиническое значение определения ИРИ.

**Ситуационная задача №1.**

Больной Д, 3 года, поступил с жалобами со слов мамына частые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, пневмония.

Анамнез жизни: роды I срочные, масса 3890 гр., длина 52 см. Грудное вскармливание до 7 мес.

Анамнез заболевания: с 8 месяцевчастые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, в возрасте 10 месяцев, 1 года, 2 лет перенес пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожный покров бледный, обычной влажности. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный.Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| Лимфоциты(%) | 61 | 60 |
| Лимфоциты (109/л) | 2,379 | 2,380 |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.665 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 29 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.690 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 42 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 37 | 0,120 – 0,540 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,35 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 11,12 | 8 – 13 |

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Оцените иммунограмму, какие показатели отклоняются от нормы?

2. Поставьте предварительный иммунологический диагноз

3. Нуждаются ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

4.Какие существуют препараты внутривенных иммуногобулинов для заместительной терапии?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. ОтсутствуютIgА в сыворотке крови

2.Первичный иммунодефицит. Селективный дефицит IgА.

3.При первичном иимунодефиците показана пожизненная заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами. Целью данной терапии является снижение частоты и тяжести бактериальных инфекций и предотвращение развития необратимых и тяжелых осложнений, а также жизнеугрожающих инфекций.

4.Октагам , интраглобин , габриглобин

**Модуль3. Аллергические заболевания органов дыхания.**

**1. Тема**:Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника, возрастныеособенности.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование,устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ОСНОВЕ:

1. хронического аллергического воспаления бронхов

2. хронического бактериального воспаления бронхов

3. хронического вирусного воспаления бронхов

4. гипореактивности бронхов

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. пищевая

2. пыльцевая

3. лекарственная

4. бытовая, эпидермальная, грибковая

3. МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ:

1. бронхиальной астмы

2. микробной экземы

3. контактного дерматита

4. сахарный диабет

5. реакции Манту

4. ОБСТРУКЦИЯ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА

1. спазмом гладкой мускулатуры бронхов.

2. спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком гладкой мускулатуры бронхов, дискринией, гиперкинией.

3. отеком слизистой бронхов и дискринией.

4. механической обструкцией бронхов в результате скопления слизи.

5. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ ДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПО:

1. возрасту

2. степени компенсации

3. по уровню контроля

4. полу

6. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов

2. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи

3. гиперсекрецией слизи

4. гипосекрецией слизи, отеком стенки бронхов

7. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ПЫЛЬЦЕ:

1. злаковых

2. сорных трав

3. деревьев, кустарников

4. луговых трав

8. КАКИЕ ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ РАСПОЛАГАЮТ К РАЗВИТИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. атопия

2. тригеры

3. вакцинация

4. ксенобиотики

9. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. затруднение вдоха

2. клиника влажной астмы

3. одышка инспираторного характера с удлиненным вдохом

4. признаки удушья резко выражены

10. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ЭТО:

1. аллергическое заболевание, характеризующееся рецидивирующими, обратимыми приступами удушья, обусловленными высокой гиперреактивностью бронхов.

2. локальное обструктивное заболевание легких.

3. диффузное обструктивное заболевание легких, характеризующееся низкой обратимостью обструктивного процесса.

4. заболевание, характеризующееся низкой чувствительностью бронхов к медиаторам анафилаксии.

11. ЭКВИВАЛЕНТОМ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. кратковременное затруднение дыхания без нарушения общего состояния

2. упорный лающий кашель

3. спонтанный пневмоторакс

4. приступ инспираторного затруднения дыхания

12. ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. наличие астмы в семейном анамнезе

2. железодефицитная анемия в первые годы жизни

3. проживание в сельской местности

4. занятия спортом в подростковом возрасте

5. преждевременное половое созревание

13. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ФАКТОВ РИСКА БУДУТ ВЕРНЫ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%

2. конкордантность у монозиготных близнецов 100%

3. у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

4. если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

14. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. вакцинация

2. атопия

3. гиперреактивность бронхов

4. отягощенный анамнез

15. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПИКФЛУОМЕТРИЮ У ДЕТЕЙ?

1. с рождения

2. с 3х лет

3. с 12 лет

4. с 5 лет

16. КАКИЕ МЕДИАТОРЫ ВЫСВОБОЖДАЮТСЯ ПРИ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК?

1. брадикинин, хемотаксический фактор эозинофилов, гистамин и медленно реагирующее вещество анафилаксии

2. брадикинин

3. хемотаксический фактор эозинофилов

4. гистамин

17. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БА ПРОВОДИТСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

1. обструктивный бронхит

2. муковисцидоз

3. аспирация инородного тела

4. ГЭР

5. все перечисленное

18. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОЗВОЛЯЕТ:

1. выявить все виновные аллергены

2. предположить группу виновных аллергенов

3. исключить виновные аллергены

4. не играет роли

19. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:

1. анемический

2. болевой

3. синдром крупа

4. бронхообструктивный

5. астеноневротический

20. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ СБОР КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОБСТРУКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ:

1. аспирацию инородного тела

2. бронхолегочную дисплазию

3. пороки развития

4. врожденный порок сердца

5. верно все

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 2 |
| 2 | 1 | 12 | 1 |
| 3 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 2 | 14 | 1 |
| 5 | 3 | 15 | 4 |
| 6 | 1 | 16 | 1 |
| 7 | 3 | 17 | 5 |
| 8 | 1 | 18 | 2 |
| 9 | 2 | 19 | 4 |
| 10 | 1 | 20 | 5 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Особенности аллергологического анамнеза. Внешние и внутренние факторы риска БА

2. Ранние и поздние механизмы иммунного воспаления при БА

3. Классификация. Клинические проявления БА.

4. Возрастные особенности клиники БА у детей

5. Фенотипы БА

**Ситуационная задача №1.**

Больной К., 8 лет, поступил в стационар с жалобами на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

Болен с 5 летнего возраста, когда появились приступы кашля и свистящего дыхания, которые участились в последние 2 года (ежедневно потребность в короткодействующих β-2 агонистах, ночные приступы несколько раз в неделю). Приступы провоцируются вирусной инфекцией, физической нагрузкой. Ребенок постоянно получает беклометазон в дозе 100мкгх2 раза в день.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 50 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании, при даче молочных адаптированных смесей отмечались стойкие высыпания, которые сохранялись до 2 лет. В возрасте 6 месяцев перенес обструктивный бронхит. С 3-летнего возраста стал посещать детский сад, часто болел ОРВИ. У матери ребенка – бронхиальная астма.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожный покров чистый, периорбитальный цианоз. Грудная клетка вздута. При аускультации дыхание умеренно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС - 90 уд/мин., АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,0 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 130 г/л, Эр - 4,9x1012/л, Ц.п. - 0,9, Лейк -6,3х109/л, п/я - 4%, с - 56%, э - 4%, л - 32%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -58%, мочевина -5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л.

Спирометрия – нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом, прирост 15%.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Укажите этиологические факторы заболевания

2. Выделите ведущие клинические синдромы.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Перечислите дополнительные методы обследования.

5. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитации

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Отягощенная наследственность, раннее искуственное вскармливание, пищевая аллергия, частые ОРВИ.

2. Бронхообструктивный синдром

3. Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемая, обострение.

4. Исследование мокроты. Рентгенография грудной клетки с целью исключения альтернативных диагнозов (аспирация инородного тела, муковисцидоз, гастроэзофагеальный рефлюкс).

Пикфлоуметрия (ежедневный мониторинг ПСВ) с целью диагностики БА и ответа на терапию.

Определение титра специфических IgE в сыворотке крови. КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии

а) диагностическим критерием астмы является суточная вариабельность ПСВ более 13%, вычисляется (ПСВ max.- ПСВ min)/ПСВср.х100%.

б) результаты пикфлоуметрии свидетельствуют в пользу диагноза БА, если ПСВ увеличивается на 15% после ингаляции бронхолитика или при пробном назначении ГКС

5. Диспансерная группа III. Осмотры проводить 4 раза в год. По показаниям: пульмонолог, аллерголог, эндокринолог. 1 раз в год осмотр ЛОР-врача, стоматолога, психолог.Сдавать общий анализ крови и мокроты, мочи, ФВД - 2-3 раза в год; ЭКГ, - 1 раз в год; аллергологическое обследование, бронхоскопия – по показаниям. Критерии эффективности:достижение контроля над астмой.

**Тема 2.** Функциональные методы диагностики бронхиальной астмы.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1**. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ИЗМЕРЯЕТСЯ:

1. дыхательный объем легких
2. резервный объем легких
3. жизненная емкость легких
4. пиковая скорость выдоха

2. ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. давление в дыхательных путях на вдохе
2. степень обструкции дыхательных путей
3. насыщение гемоглобина кислородом
4. величина сердечного выброса

3. НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕСТРИКТИВНЫЕ И ОБСТРУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ:

1. индекс Тифно
2. объем форсированного выдоха за первую секунду
3. время выдоха
4. пиковая скорость выдоха

4. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

1. ЖЕЛ
2. Резервный объём выдоха
3. Пиковую скорость выдоха
4. Максимальный объём выдоха

5. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛУЧШЕ ВСЕХ ПОКАЗЫВАЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ ПРИ БА?

1. остаточный объем
2. максимальная вентиляция легких (МВЛ)
3. ФЖЕЛ1, ПОС
4. жизненная емкость легких (ЖЕЛ)

6. ДЛЯ ХР. ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СПИРОГРАФИИ:

* + - 1. ЖЕЛ 5000 мл (100% должн.), ФЖЕЛ 3900мл (96% должн.), индекс Тиффно 78% (в Н до 70%)
      2. ЖЕЛ 5000 мл (98% должн.), ФЖЕЛ 2600мл (94% должн.), индекс Тиффно 52%
      3. ЖЕЛ 4600 мл (87% должн.), ФЖЕЛ 4000мл (105% должн.), индекс Тиффно 87%

 7. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПИКФЛОУМЕТРИЮ У ДЕТЕЙ?

1. с рождения
2. с 3х лет
3. с 12 лет
4. с 5 лет

8. ДЛЯ ДОСТОВЕРНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЫ С БРОНХОДИЛАТАТОРАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. ОФВ 1
2. ЖЕЛ
3. ОЕЛ

9. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОФВ 1 И МАКСИМАЛЬНЫЕ ЭКСПИРАТОРНЫЕ ПОТОКИ:

1. увеличиваются
2. снижаются
3. остаются неизменными

10. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ:

1. с 6 лет
2. с 3 лет
3. с 4 лет
4. с 8 лет

11. БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ В СЛУЧАЕ ПРИРОСТА ОФВ1 ИЛИ ПОС ВЫДОХА НА:

1. 5-10%
2. 15-20%
3. 20-30%
4. в каждом из перечисленных случаев

12. КАКАЯ ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ (FEV1 - ОФВ1) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

1. FEV1 = 115%
2. FEV1 = 100%
3. FEV1 = 90%
4. FEV1 = 85%
5. FEV1 = 70%

13. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. бронхиальная гиперреактивность
2. рестриктивные расстройства внешнего дыхания
3. прогрессирующая бронхиальная обструкция
4. необратимая бронхиальная обструкция

14.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД:

1. ингаляционные пробы с антихолинэргическими препаратами
2. ингаляционные пробы с бета2-симпатомиметиками
3. мониторирование показателя ОФВ1
4. реопульмонография

15. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

1. пульсоксиметрия
2. реопульмонография
3. пикфлоуметрия
4. рентгенография

16. ПРИРОСТ ИСХОДНО СНИЖЕННОГО ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА (ОФВ) ЗА 1 С БОЛЕЕ ЧЕМ НА 20% ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 200 МКГ БЕТА2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1. гиперреактивности бронхов
2. рестриктивных изменений легочной функции
3. обратимой бронхиальной обструкции
4. необратимой бронхиальной обструкции
5. все вышеперечисленное неверно

17. ПРИРОСТ ИСХОДНО СНИЖЕННОГО ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА (ОФВ) ЗА 1 С СОСТАВИЛ 10% ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 200 МКГ БЕТА2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА), ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1. гиперреактивности бронхов
2. рестриктивных изменений легочной функции
3. обратимой бронхиальной обструкции
4. необратимой бронхиальной обструкции
5. все вышеперечисленное неверно

18. ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

1. уменьшение ОФВ1 и скоростных показателей спирометрии
2. увеличение ООЛ
3. уменьшение ЖЕЛ и ОФВ1

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 10 | 1 |
| 2 | 2 | 11 | 1 |
| 3 | 1 | 12 | 5 |
| 4 | 3 | 13 | 1 |
| 5 | 3 | 14 | 3 |
| 6 | 2 | 15 | 3 |
| 7 | 4 | 16 | 3 |
| 8 | 1 | 17 | 4 |
| 9 | 2 | 18 | 2 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Инструментальные методы исследования для оценки функции внешнего дыхания

2. Основные статические и динамические показатели оценки функции внешнего дыхания.

3. Спирометрия. Показания и противопоказания. Методика выполнения. Оценка результатов.

4.Ингаляционные и провокационные пробы: показания к проведению, анализ результатов.

6. Пикфлоуметрия: показания к проведению, оценка результатов.

7. Основные показатели обструктивных нарушений легочной вентиляции.

8. Основные показатели рестриктивных нарушений легочной вентиляции.

**Ситуационная задача №1.**

Пациент 8 лет

**Жалобы:** на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

**Анамнез заболевания:** болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2- летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Последний приступ - неделю назад. В период ремиссии выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. Ребенок получает сингуляр.

**Анамнез жизни:** Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

**Объективно:** ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Грудная клетка вздута. Дыхание умеренно ослаблено, сухие свистящие хрипы на выдохе. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 уд/мин., тоны ясные, ритмичные. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см выступает из под края реберной дуги, эластичная, селезенка не пальпируется.

Исследования функции внешнего дыхания - нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом18%.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1.Сформулируйте диагноз.

2. Укажите нарушения легочной функции характерные для бронхиальной астмы

3. Укажите дополнительные обследования для выявление гиперреактивности бронхов

4. На основании каких показателей спирометрии можно дифференцировать рестриктивные и обструктивные нарушения

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма, атопическая, легкой степени персистирующая, контролируемая.

2.Прогрессирующая бронхиальная обструкция

3. Мониторирование показателя ОФВ1, тест с бронхолитиком

4. Индекс Тифно

**Тема 3.**Терапия бронхиальной астмы в период обострения.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НАИМЕНЬШЕЙ БИОДОСТУПНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ:

* 1. бекламетазона дипропионат
  2. циклесонид
  3. будесонид
  4. флютиказона пропионат

2. САЛЬМЕТЕРОЛ ОТНОСИТСЯ:

* 1. к антихолинергическим средствам
  2. к неселективным стимуляторам β2 - адренорецепторов
  3. к длительно действующим агонистам β2 - адренорецепторов
  4. к ингибиторам фосфодиэстеразы

3. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ Β2 - АГОНИСТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА:

1. при поддерживающей терапии бронхиальной астмы
2. при хроническом бронхите
3. при купировании приступов бронхиальной астмы
4. при пневмонии

4. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

5. ПРИ УСУГУБЛЕНИИ ОБСТРУКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ:

* 1. сальбутамол
  2. фенотерол
  3. атровент
  4. серетид

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬМЕТЕРОЛА:

1. 2- 3 часа
2. 4-5 часов
3. 6-8 часов
4. 8-10 часов
5. до 12 часов

7. КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)?

1. снижение тонуса вагуса
2. стимуляция бета-рецепторов
3. блокада альфа-рецепторов
4. блокада гистаминорецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

 8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

1. синусовая тахикардия
2. желудочковая тахикардия
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. обструктивный бронхит
5. артериальная гипертензия

9. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНОГО ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль в грудной клетке
2. удушье
3. кашель с гнойной мокротой
4. кровохарканье

10. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянная инспираторная одышка
2. приступы одышки с удлиненным выдохом
3. лающий кашель
4. боль в грудной клетке, связанная с дыханием

11. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЛЕГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ:

1. влажные крупнопузырчатые хрипы
2. влажные мелкопузырчатые хрипы
3. крепитация
4. сухие свистящие хрипы

12. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. внутривенное введение эуфиллина
2. ингаляция кислорода
3. ингаляционное введение бета-2 адреностимуляторов через небулайзер
4. внутривенное введение адреналина

13.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. беродуал
2. омализумаб
3. супрастин
4. антибиотики

14. КАКОЙ ИЗ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ invivo и invitro?

1. бекламетазона дипропионат
2. флунизолид
3. триамцинолона ацетонид
4. флутиказона пропионат

5. будесонид

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 8 | 5 |
| 2 | 3 | 9 | 2 |
| 3 | 3 | 10 | 2 |
| 4 | 1 | 11 | 4 |
| 5 | 4 | 12 | 3 |
| 6 | 5 | 13 | 1 |
| 7 | 2 | 14 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Классы лекарственных препаратов при лечении БА и их характеристика

2. Препараты неотложной помощи при БА, механизм действия КДБА. Средства доставки

3. Мероприятия при обострении легкой и средней степени тяжести БА.

4. Мероприятия при тяжелом обострении БА.

**Ситуационная задача №1.**

Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

**Анамнез заболевания:** с 2 лет после поступления в детский сад стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, одышкой. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией беродуала. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с контактом с кошкой. Назначен монтелукаст 4 мг в форме жевательной таблетки, получал не регулярно.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°С отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту. Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°С, навязчивый сухой кашель. Слизистая зева слегка гиперемирована. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Выдох удлинен. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

***ОАК:*** Нb - 120 г/л, эр - 4,6х1012/л, лейк - 4,8х109/л, п/я - 3%, с/я -51%, л - 28%, э- 8%, м - 10%, СОЭ – 5 мм/час.

***ОАМ:*** количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

***Рентгенограмма органов грудной клетки:*** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Укажите этиологические факторы заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования

4. Составьте план неотложных мероприятий.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Отягощенная наследственность, раннее искуственное вскармливание, пищевая аллергия, частые ОРВИ.

2. Бронхиальная астма атопическая персистирующее течение средней тяжести, частично контролируемая, обострение.

3.Оценка аллергологического анамнеза для выявления виновных аллергенов с целью элиминациии.

Спирометрия, тест с бронхолитиком для выявления типа нарушения бронхиальной проходимости и обратимость бронхиальной обструкции, тест с физической нагрузкой.

• Ежедневный мониторинг пиковой скорости выдоха ПСВ с целью оценки ответа на терапию

• Определение специфическихIgE (invitro) для выявления спектра сенсибилизации.

• Определение уровня оксидаазотав выдыхаемом воздухе (фенотип астмы)

• Проведение АСТ теста для оценки уровня контроля БА у детей

4.Препараты для быстрого купирования симптомов (препараты скорой помощи). При обострении средне- тяжелой степени ингаляции:сальбутамол 20 капель через небулайзер, ингаляционные стероиды: суспензия будесонида (1-1,5мг) через небулайзер. Оценка эффективности через 20 минут. При положительном эффекте рекомендовано продолжение бронхоспазмолитической терапии по потребности. При отсутствии эффекта раствор преднизолона в дозе 1 мг\кг.

5.Диспансерная группа III. Осмотры проводить 4 раза в год. По показаниям: пульмонолог, аллерголог, эндокринолог. 1 раз в год осмотр ЛОР-врача, стоматолога, психолог.Сдавать общий анализ крови и мокроты, мочи, ФВД - 2-3 раза в год; ЭКГ, - 1 раз в год; аллергологическое обследование, бронхоскопия – по показаниям. Критерии эффективности:достижение контроля над астмой, перевод во II группу диспансерного наблюдения.

**Тема 4.** Астматическое состояние (астматический статус). Критерии, неотложная помощь.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ СОСТОЯНИЕ ЧЕРЕЗ:
2. 1 час некупируемого приступа
3. 2-3 часа некупируемого приступа
4. 6 часов некупируемого приступа
5. 30 мин некупируемого приступа

2. АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ:

1. грубое сухое дыхание
2. большое количество свистящих или жужжащих хрипов
3. «немое легкее»
4. везикулярное дыхание

3. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

1. наличием парадоксального пульса
2. резистентностью к агонистам β2 - адренорецепторов
3. определением участков немого легкого при аускультации
4. Верно все

4 . НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ:

1. антибиотиков
2. сальметерола через дозируемый ингалятор
3. глюкокортикоидных препаратов
4. монтелукаста

5. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ВЫЗЫВАЮТ:

1. тахикардию и мышечную дрожь
2. усиление кашлевого рефлекса
3. резкое угнетение дыхания центрального генеза
4. сгущение мокроты с затруднением ее эвакуации

6. ИНГАЛЯЦИЯ 100% КИСЛОРОДА ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

1. резкое возбуждение
2. временную остановку дыхания
3. учащение дыхания
4. купирование астматического статуса

7. В ЛЕЧЕНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. ингибиторы АПФ
2. антибиотики
3. преднизолон
4. НПВС

8. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ:

1. нарушение сознания
2. «немое легкое»
3. признаки острого легочного сердца
4. верно все

9. КАКОЙ ФАКТОР НЕ УЧАСТВУЕТ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ?

1. альвеолярный отек
2. отек слизистой бронхов
3. бронхоспазм
4. повышенная секреция слизи
5. нарушение выделения мокроты

10. КОМПОНЕНТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

1. задержки мокроты
2. ларингоспазма
3. воспаления бронхов
4. бронхоспазма
5. отека слизистой оболочки

11. КАКОЙ ИЗ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ invivo и invitro?

1. бекламетазона дипропионат
2. флунизолид
3. триамцинолона ацетонид
4. флутиказона пропионат
5. будесонид

12. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ СИСТЕМНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВЫСОКИХ ДОЗ ЛЮБЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ:

1. такая же, как и при применении системных глюкокортикоидов
2. значительно ниже, чем при использовании системных глюкокортикоидов
3. выше, чем при использовании системных глюкокортикоидов
4. во много раз выше, чем при использовании системных глюкокортикоидов

13. ГДЕ В КЛЕТКАХ НАХОДЯТСЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ?

1. в ядре

2. в цитоплазме

3. на клеточной мембране

4. в рибосомах

5. в митохондриях

14. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ УВЕЛИЧИВАЮТ СРОДСТВО ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ К ИХ РЕЦЕПТОРАМ:

1. теофиллины

2. антилейкотриеновые препараты

3. β2- адреномиметики короткого действия

4. β2- адреномиметики длительного действия

5. кромоны

15. ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО СМЕРТЕЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТ:

1. наличие выраженного аллергического компонента

2. приступы провоцируются физической нагрузкой

3. гормональная зависимость

4. язвенная болезнь в анамнезе

5. астма сочетается с аллергодерматозом

16. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. внутривенное введение антибиотиков

2. блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов

3. седативные препараты

4. гормоны парентерально

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 9 | 1 |
| 2 | 3 | 10 | 2 |
| 3 | 4 | 11 | 4 |
| 4 | 3 | 12 | 2 |
| 5 | 3 | 13 | 2 |
| 6 | 2 | 14 | 4 |
| 7 | 3 | 15 | 3 |
| 8 | 4 | 16 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Клинические критерии астматического состояния

2. Патогенетические механизмы астматического состояния

3. Неотложная помощь при астматическом статусе

4. Факторы высокого риска неблагоприятного исхода БА

5. Осложнения при астматическом статусе

**Ситуационная задача №1.**

Девочка 8 лет.

**Анамнез заболевания:** Больна с 3-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Приступы экспираторной одышки с дистанционными хрипами рецидивировали 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры. Приступы чаще возникали ночью. Приступ купировался ингаляциями беродуала. Рекомендованная врачом базисная терапия не проводилась. В последний год состояние девочки ухудшилось, приступы одышки отмечаются до 4-х раз в месяц, длятся до 30 минут. При возникновении последнего приступа одышки девочка была госпитализирована в тяжелом состоянии. Приступ продолжался 6,5 часов, не купировался неоднократными ингаляциями беродуала.

**Анамнез жизни:** Девочка от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3540 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. В возрасте 8-и месяцев появились признаки атопического дерматита. У матери девочки - пищевая и лекарственная аллергия.

**Объективно:** На момент поступления в стационар состояние тяжелое, плаксива, непродуктивный приступообразный кашель. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧДД - 34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, местами не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1 Сформулируйте диагноз

2. Составьте план лечения

3. Нуждается ли больной в базисной терапии, какой ступени?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма, атопическая, персистирующая тяжелой степени, неконтролируемая, астматический статус.

2. Показано назначение системных глюкокортикоидов:раствор преднизолона в/в в дозе 1-2мг/кг

3. Терапия 4 ступени, высокие дозы ИГКС+β2-агонист длительного действия.Показано длительное лечение комбинированными препаратами ИГКС/ДДБ.

**Тема5.** Бронхорасширяющие средства в лечении бронхиальной астмы*.* Способы доставки препаратов.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СРЕДНЯЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БЕКЛАМЕТАЗОНА ПРОПИОНАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100 мкг
2. 400 мкг
3. 800 мкг

2. В СОСТАВ БЕРОТЕКА ВХОДИТ:

1. ипратропиума бромид 20 мкг
2. фенотерола гидробромид 200 мкг
3. флунизолида гемигидрат 250 мкг
4. тербуталина сульфат 250 мкг

3.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕОБХОДИМО:

1. увеличить дозу β2 – агонистов
2. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
3. ввести глюкокортикоиды внутривенно
4. выполнить все указанные мероприятия

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. внутривенное введение эуфиллина
2. ингаляция кислорода
3. ингаляционное введение бета-2 адреностимуляторов через небулайзер
4. внутривенное введение адреналина

5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. беродуал
2. омализумаб
3. супрастин
4. антибиотики

6. САЛЬМЕТЕРОЛ ОТНОСИТСЯ:

1. к антихолинергическим средствам
2. к неселективным стимуляторам β2 - адренорецепторов
3. к длительно действующим агонистам β2 - адренорецепторов
4. к ингибиторам фосфодиэстеразы

7. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ Β2 - АГОНИСТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА:

1. при поддерживающей терапии бронхиальной астмы
2. при хроническом бронхите
3. при купировании приступов бронхиальной астмы
4. при пневмонии

8 . ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

9. ПРИ УСУГУБЛЕНИИ ОБСТРУКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ:

1. сальбутамол
2. фенотерол
3. атровент
4. серетид

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬМЕТЕРОЛА:

1. 2- 3 часа
2. 4-5 часов
3. 6-8 часов
4. 8-10 часов
5. до 12 часов

11. КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)?

1. снижение тонуса вагуса
2. стимуляция бета-рецепторов
3. блокада альфа-рецепторов
4. блокада гистаминорецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

 12. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

1. синусовая тахикардия
2. желудочковая тахикардия
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. обструктивный бронхит
5. артериальная гипертензия

13.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. В2-агонисты короткого действия
2. Седативные средства
3. Антигистаминные препараты 1 поколения
4. Муколитики

14. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К БЕТА2-АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Серевент (сальметерол)
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Фликсотид (флутиказон)

15.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К БЕТА2-АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Формотерол (форадил, оксис)
4. Фликсотид (флутиказон)
5. Атровент (ипратропиум)

16.ЧТО ТАКОЕ СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. постепенное увеличение доз применяемых лекарственных препаратов
2. выбор объема терапии в зависимости от тяжести течения заболевания с последующей коррекцией в зависимости от уровня контроля за астмой
3. уменьшение дозы ингаляционных кортикостероидов

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 9 | 4 |
| 2 | 2 | 10 | 5 |
| 3 | 3 | 11 | 2 |
| 4 | 3 | 12 | 5 |
| 5 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 3 | 14 | 2 |
| 7 | 3 | 15 | 3 |
| 8 | 1 | 16 | 2 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Селективные симпатомиметики, механизм действия. Способы доставки препаратов.

2.Комбинированный бронхорасширяющие препараты, механизм действия

**Ситуационная задача №1.**

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар с жалобами на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

Болен с 6 лет, когда появились приступы удушья 3-4 раза в год. В последние 2 года приступы стали частыми, продолжительными (ежедневно потребность в короткодействующих β-2 агонистах, ночные приступы несколько раз в неделю). Приступы провоцируются вирусной инфекцией, физической нагрузкой. Ребенок получает постоянно препараты ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в низких дозах.

Анамнез жизни: с 8 месяцев, перенес неоднократно ОРВИ, 2 раза обструктивный бронхит. С 4-летнего возраста в период цветения отмечается заложенность носа, чихание, зуд. Мать и дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожный покров чистый, бледный. Грудная клетка вздута. Аускультативно: выслушиваются свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧД - 32 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 80 уд/мин., АД – 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 130 г/л, Эр - 4,9x1012/л, Ц.п. - 0,9, Лейк -6,0х109/л, п/я - 4%, с - 54%, э -6%, л - 32%, м - 4%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - отсутствует, эпителий плоский - единичный, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа 1- 4%, альфа 2 - 10%, бета - 12%, гамма - 16%.

Определение титра специфических IgE в сыворотке крови - поливалентная сенсибилизация.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте клинический диагноз

2. Составьте план обследования.

3. Укажите группы препаратов для быстрого купирования симптомов астмы.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое персистирующее течение, неконтролируемая, обострение.

2. Спирометрия для выявления типа нарушения бронхиальной проходимости, тест с бронхолитиком на обратимость бронхиальной обструкции (прирост 12% и более). Проба с физической нагрузкой. Определение оксида азота в выдыхаемом воздухе. Рентгенография грудной клетки с целью исключения альтернативных диагнозов (аспирация инородного тела, муковисцидоз, гастроэзофагеальный рефлюкс).КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для решения вопроса АСИТ

3. а) ингаляционные коротко действующие β-2 агонисты (КДБА) – сальбутамол, препарат скорой помощи первой линии

б) антихолинергические препараты – ипратропия бромид

в) комбинированные препараты (КДБА+ антихолинергические) – беродуал

**Тема6.**Противовоспалительная терапия бронхиальной астмы (БА).

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1 . ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГКС:

1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. кандидоз полости рта
4. гипергликемия

3. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИГКС:

1. периодически принимать противогрибковые препараты
2. обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
3. полоскать рот содовым раствором после ингаляции препаратов
4. делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами

4.ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОНТЕЛУКАСТА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 2 недели
2. 1 месяц
3. 3 месяца
4. 2 месяца

5. ОСНОВУ ДОЛГОСРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ:

1. ингаляционные симпатомиметики короткого действия
2. ингаляционные симпатомиметики длительного действия
3. ингаляционные кортикостероиды
4. пероральные кортикостероиды
5. холинолитики

6.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К ИНГАЛЯЦИОННЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Беродуал
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Фликсотид (флутиказон)

7.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТАМ?

1. Сальбутамол
2. Беродуал
3. Формотерол (форадил, оксис)
4. Серетид
5. Атровент (ипратропиум)

8.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СОДЕРЖИТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Беродуал
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Симбикорт

9.К ЧИСЛУ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТСЯ:

1. Беклометазон
2. Будесонид
3. Флутиказон
4. Флунизолид
5. Все перечисленное

10.КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. антибиотики
2. глюкокортикоиды
3. метилксантины
4. нпвс
5. теофиллин

11.ЧТО ТАКОЕ СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. постепенное увеличение доз применяемых лекарственных препаратов
2. выбор объема терапии в зависимости от тяжести течения заболевания с последующей коррекцией в зависимости от уровня контроля за астмой
3. уменьшение дозы ингаляционных кортикостероидов

12.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КАК ДОПОЛНЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ ИГКС БОЛЬНЫХ БА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ?

1. ингаляционнные холинолитики
2. ингаляционные симпатомиметики короткого действия
3. теофиллины короткого действия
4. антилейкотриеновые препараты

13.ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК «АСТМА ПОД КОНТРОЛЕМ»?

1. постоянный контроль за состоянием самим пациентом
2. постоянный контроль за состоянием пациента врачом
3. достижения полного контроля над симптомами бронхиальной астмы в результате подбора терапии

14.КАКАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД АСТМОЙ?

1. средние или высокие дозы ИГКС
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. комбинированная терапия ИГКС и β-2 агонисты длительного действия
4. комбинированная терапия β-2 агонисты длительного действия и антихолинергического препарата
5. комбинированная терапия β-2 агонисты длительного действия и антилейкотриенового препарата

15.КАКОЙ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ СООТВЕТСТВУЕТ 2 СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. средние или высокие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС в сочетании с ДДБА
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты
4. наличие минимально возможной дозы перорального ГКС

16. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. антибиотики
2. глюкокортикоиды
3. метилксантины
4. нпвп
5. теофиллин

17. КАКОЙ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ СООТВЕТСТВУЕТ 5 СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. средние или высокие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС в сочетании с ДДБА
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты
4. наличие минимально возможной дозы перорального ГКС
5. омализумаб

18.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. пищевая
2. пыльцевая
3. лекарственная
4. бытовая, эпидермальная, грибковая

19. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. специфическая иммунотерапия
2. частичная элиминация аллергенов
3. применение глюкокортикостероидов
4. применение иммунодепрессантов

20.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. беродуал
2. омализумаб
3. супрастин
4. антибиотики

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 2 |
| 2 | 3 | 12 | 4 |
| 3 | 3 | 13 | 3 |
| 4 | 3 | 14 | 3 |
| 5 | 3 | 15 | 3 |
| 6 | 5 | 16 | 2 |
| 7 | 4 | 17 | 5 |
| 8 | 5 | 18 | 1 |
| 9 | 5 | 19 | 1 |
| 10 | 2 | 20 | 1 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), механизм действия

2. Комбинированные противовоспалительные препараты для лечения БА

3. Антилейкотриеновые препараты, механизм действия

4. Ступенчатая терапия БА.

5. Оценка контроля БА.Тест по контролю над БА

6. Диспансерное наблюдение больных с бронхиальной астмой

**Ситуационная задача №1.**

Мальчик В., 9 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Болен с 6 летнего возраста, когда впервые возник приступ кашля, свистящего дыхания. В дальнейшем обострения заболевания повторялись до 3-4 раз в год, были связаны с ОРВИ, физической нагрузкой. Приступы удушья отмечались в дневное и ночное время 3-4 раза в неделю, купировались ингаляцией беродуала. В течение последних 3 месяцев ребенок получал монтелукаст.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. В возрасте 4 месяцев переведен на искусственное вскармливание, с 6 месяцев впервые появились высыпания при употреблении коровьего молока, цитрусового сока, которые рецидивировали при нарушении диеты до 1 года. С 2 лет часто болел ОРВИ (6-8 раз в год), сохранялся длительно кашель.

У матери ребенка – хроническая крапивница, у деда по линии отца– бронхиальная астма.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, умеренно бледный. Слизистая оболочка зева умеренно гиперемирована. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –30 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 8,2х109/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –32%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа 1- 4%, альфа 2 - 6%, бета - 12%, гамма - 18%, АЛТ - 22 Ед/л (норма - до 40), ACT - 18 ЕД/л (норма - до 40).

Рентгенограмма органов грудной клетки***:*** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

3. Нуждаются ли ребенок в пересмотре базисной терапии? Терапия какой ступени показана в данном случае?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, срнетяжелое персистирующее течение, неконтролируемая, обострение.

2. Определение титра специфических IgE в сыворотке крови для выявления спектра сенсибилизации

Спирометрия для выявления типа нарушения бронхиальной проходимости, тест с бронхолитиком на обратимость бронхиальной обструкции (прирост 12% и более)

Проба с физической нагрузкой – провоцирует симптомы БА

КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для решения вопроса СИТ

3. Да. Терапия подбирается путем ступенчатого подхода в соответствии с уровнем контроля. Частое применение препаратов для купирования симптомов по потребности, частые дневные и ночные приступы, непереносимость физической нагрузки указывает на отсутствие контроля и необходимость перехода на следующую ступень. Показана терапия 3 ступени, средние дозы ИГКС +антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР). КБДА по потребности.

**Тема 7.** Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы. Профилактика.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

* 1. увеличение и улучшение стационарной помощи
  2. усиление профилактического направления медицины
  3. улучшение психологической помощи населению
  4. развитие профессионального спорта
  5. развитие нетрадиционной медицины

2. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПЕРИОД РЕМИССИИ НАЗНАЧАЮТ:

1. сульфидные ванны
2. амплипульстерапию
3. ультразвуковую терапию
4. циркулярный душ
5. углекислые ванны

3. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. исследование функции внешнего дыхания
2. рентгенологическое исследование грудной клетки
3. фибробронхоскопия
4. брохография

4. КАКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ 1-ГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНО АСТМОЙ?

1. диафрагмальное дыхание
2. упражнения на расслабление
3. велотренировки
4. все верно
5. все неверно

5. ЧТО ПОКАЗАНО ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ?

1. ультрафиолетовое облучение
2. углекислые ванны
3. ингаляции протеолитичеких ферментов
4. ультразвук

6. КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ?

1. профилактика и реабилитация - разные понятия
2. профилактика и реабилитация - идентичные понятия
3. реабилитация является составной частью профилактики

7. ЧТО ИЗУЧАЕТ РЕАБИЛИТОЛОГИЯ?

1. саногенетические механизмы восстановления организма
2. использование специфических функциональных нагрузок
3. воздействие методов реабилитации на организм человека
4. все вышеперечисленное

8. ДЛЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ :

1. спелеолечение
2. иитервальная гипокситерапия
3. амплипульс
4. дыхательная гимнастика
5. все вышеперечисленное

9.  НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ:

1.  координация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний

2.  лечение впервые выявленных заболеваний

3.  координация мероприятий по третичной профилактике неин­фекционных заболеваний

10. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ - СОСТАВЛЯЮЩИЕ:

1.  вторичной профилактики

2.  третичной профилактики

3.  первичной профилактики

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 6 | 3 |
| 2 | 3 | 7 | 4 |
| 3 | 1 | 8 | 5 |
| 4 | 1 | 9 | 1 |
| 5 | 3 | 10 | 2 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Образовательные программы, практическое значение

3. Спелеотерапия, механизм лечебного эффекта

4. Горноклиматическое лечение при БА, адаптационные реакции

5. Респираторная терапия при БА, управление дыханием

6. Физиотерапия при БА

**Ситуационная задача №1.**

Мальчик 7 лет, наблюдается по поводу бронхиальной астмы.

**Анамнез заболевания:** с 2 лет после поступления в детский сад стал часто болеть респираторными заболеваниями. ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией беродуала. В дальнейшем приступы повторялись 4 раза в год, были связаны с ОРВИ. Получает монтелукаст 4 мг в форме жевательной таблетки.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту. Семейный анамнез: у матери ребенка - атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии- бронхиальная астма.

**Объективно:**жалоб на момент осмотра нет, состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Слизистая зева спокойна. Грудная клетка не вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное,хрипов нет.ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные.ЧСС 84 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

***ОАК:*** Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 4,8х109/л, п/я – 3%, с/я –51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

**Спиротест** в норме.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. На чем основан лечебный эффект спелеотерапии.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма атопическая персистирующая легкой степени, контролируемая, ремиссия.

2.Лечебный эффект связан с особым взаимодействием частиц соли с поверхностью дыхательных путей,влиянием солевых аэрозолей на отек и проницаемость слизистой оболочки дыхательного тракта. У пациентов с бронхиальной астмой спелеотерапия способствует удлинению периода ремиссии и переходу пациента на более низкую степень тяжести, что влечет за собой и возможность перехода к меньшим дозам и более щадящим средствам базисной медикаментозной терапии

**Тема 8.** Аспириновая астма.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АСПИРИНОВАЯ ТРИАДА- ЭТО:

1. анафилактоидная чувствительность к НПВС
2. приступы удушья
3. наличие полипов
4. верно все
5. нет верного ответа

2. ПРИЗНАКАМИ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. частое сочетание с полипозным риносинуситом
2. частое сочетание с язвенной болезнью
3. частое сочетание с пиелонефритом
4. частое сочетание с ГЭРБ

3. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С АСПИРИНОВЙ АСТМОЙ:

1. аспирин
2. беродуал
3. сальбутамол
4. будесонид

4. ПРИЗНАКАМИ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. приступы удушья могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда
2. частое сочетание с язвенной болезнью
3. частое сочетание с пиелонефритом
4. частое сочетание с ГЭРБ

5. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С АСПИРИНОВЙ АСТМОЙ:

1. диклофенак
2. беродуал
3. сальбутамол
4. будесонид

6. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

1. полипоз слизистой носа.
2. развитие заболевания в результате нарушения синтеза простагландинов
3. связь с приемом нпвс.
4. все верно
5. нет верного ответа

7. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ ПОЛНУЮ ОТМЕНУ:

1. папаверина

2. дибазола

3. сульфопрепаратов

4. аспирина и препаратов, его содержащих

5. пенициллина

8. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ ДИЕТУ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. молочных продуктов

2. обезжиренных продуктов

3. продуктов с большим содержанием природных салицилатов

4. продуктов с большим содержанием углеводов

5. исключение продуктов роли не играет

9. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

1. частое сочетание с атопическим дерматитом

2. частое сочетание с язвенной болезнью

3. характерны ночные приступы

4. непереносимость НПВС

5. приступы могут провоцироваться контактом с кошкой

10. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА АСПИРИНОВАЯ АСТМА:

1. сцинтиграфия легких

2. радиоаллергосорбентный тест

3. спирография, спирометрия

4. кожные пробы с аллергенами

5. определение Т- и В-лимфоцитов в крови

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 6 | 4 |
| 2 | 1 | 7 | 4 |
| 3 | 1 | 8 | 3 |
| 4 | 1 | 9 | 4 |
| 5 | 1 | 10 | 3 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1.Патогенез аспириновой астмы

2. Особенности клиники аспириновой астмы

3. Методы диагностики аспириновой астмы

4. Особенности терапии аспириновой астмы

**Ситуационная задача №1.**

Больная К., 50 лет, поступила в отделение пульмонологии с жалобами на частые (до 10 раз в сутки, в том числе ночные до 4-5 раз) приступы удушья, затрудненное свистящее дыхание, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, постоянную заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа. Больна длительно, в сезон цветения (май) заложенность носа, слезотечение, ринорея, сухой кашель. На фоне лечения антигистаминными препаратами явления рино-конъюнктивита купировались, но сухой кашель сохранялся. В последующем присоединялась постоянная заложенность носа. Проведено аллергологическое обследование кожное тестирование пыльцевыми и бытовыми аллергенами. Выявлена пыльцевая аллергия на одуванчик, березу. Проведено 3 курса СИТ с эффектом. Через 2 года присоединилась лекарственная аллергия на аспирин, пищевая - на томаты, в виде приступов удушья, затрудненного дыхания. При обследовании у ЛОР врача выявлен полипозный синуит. Выполнена полипотомия. Отмечалось непродолжительное улучшение состояния. Затем приступы удушья участились (ежедневные, в том числе ночные), постоянная заложенность носа. Обострения заболевания 2 раза в год, связывает с ОРВИ, сезоном цветения (май-июнь), приемом НПВС. На фоне базисного противовоспалительного лечения (симбикорт) состояние больной улучшилось и стабилизировалось. Настоящее ухудшение связано с сезоном цветения и самостоятельной отменой ИГКС.

Объективно: носовое дыхание затруднено, экспираторная одышка, ЧД - 26 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - жесткое дыхание, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям. АД - 130/ 70 мм рт. ст. PS- 84 в мин. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. Живот мягкий, б/болезненный.

Данные обследования: Общий IgE – 250 МЕ/мл.

Рентгенография ОГК - усиление легочного рисунка. В базальных отделах - повышение прозрачности легочной ткани. Корни не расширены, структурные. Купол диафрагмы четкий. Границы сердца в норме.

Спирография: ЖЕЛ-68% ОФВ1 – 52% от должных показателей, обратимость обструкции (в постдилятационном тесте) 27%. Вариабельность обструкции (по пикфлоуметрии) – 35%.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите форму заболевания, тяжесть течения.

2. Какой объем лечения вы назначите больной?

3. Что необходимо исключить из употребления во избежание обострений заболевания?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Аспириновая форма бронхиальной астмы, тяжелое персистирующее течение, не контролируемая обострение

2. Ингаляционные ГКС (серетид 250 мкг х2р/сут), сальбутамол ч/з небулайзер 4р/сут, в последующем по потребности.

3. НПВС; продукты, содержащие природные салицилаты.

**Тема 9.** Экзогенный аллергический альвеолит.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.КАКАЯ ФОРМА ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ ХАММАНА-РИЧА:

* 1. Обычная интерстициальная пневмония
  2. Острая интерстициальная пневмония
  3. Десквамативная интерстициальная пневмония
  4. Неспецифическая интерстициальная пневмония
  5. Лимфоцитарная интерстициальная пневмония

1. ДЛЯ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ КЛАССА:
   1. IgM
   2. IgA
   3. IgG
   4. IgE
   5. Всех перечисленных
2. ТИП АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ЭКЗОГЕННОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АЛЬВЕОЛИТЕ:
   1. Аллергическая реакция I типа (реакция немедленного типа, реагиновый, анафилактический, атопический тип)
   2. Аллергическая реакция II типа (цитотоксический тип).
   3. Аллергическая реакция III типа (повреждение тканей иммунными комплексами - тип Артюса, иммунокомплексный тип)
   4. Аллергическая реакция IV типа, или аллергическая реакция замедленного типа (гиперчувствительность замедленного типа, клеточная гиперчувствительность).
   5. Все перечисленное неверно
3. В [КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ](http://zodorov.ru/tuberkulez-pozvonochnika.html) ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ?
   1. Грудной возраст
   2. Дошкольный возраст
   3. Школьный возраст
   4. Подростковый возраст
   5. Любой возраст
4. В ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:
   1. Глюкокортикостероиды
   2. Иммуносупрессанты
   3. Д-пеницилламин
   4. Колхицин
   5. Синекод
5. СТАРТОВАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ НАЧАЛОМ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА:
   1. 0,3 мг/кг
   2. 0,5 мг/кг
   3. 1 мг/кг
   4. 1,5 мг/кг
   5. 2 мг/кг

7. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГКС ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА:

* 1. 6 месяцев
  2. 3 месяца
  3. 2 месяца
  4. 1 месяц
  5. 2 недели

1. ПРИ РАЗВИТИИ ПНЕВМОФИБРОЗА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:
   1. Преднизолон
   2. Азатиоприн
   3. Колхицин
   4. Д-пеницилламин
   5. N-ацетилцистеин
2. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА:
   1. Сухой кашель
   2. Одышка
   3. Среднепузырчатые локальные хрипы
   4. «Барабанные палочки», «часовые стекла»
   5. Акроцианоз
3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТЕ ВСЕ, КРОМЕ:
   1. Снижение прозрачности легочной ткани – симптом «матового стекла»
   2. Гомогенные сегментарные тени [с вогнутой границей](http://zodorov.ru/vostochnaya-sibire-velichie-i-surovoste-prirodi.html)
   3. Ячеистые просветления – «сотовое лёгкое»
   4. Мелкоочаговые, рассеянные тени
   5. Сужение легочных полей

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 6 | 3 |
| 2 | 3 | 7 | 2 |
| 3 | 3 | 8 | 4 |
| 4 | 3 | 9 | 3 |
| 5 | 5 | 10 | 2 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Классификация [альвеолитов у детей](http://zodorov.ru/profilaktika-negativnogo-povedeniya-detej-s-ovz-i-detej-invali-v2.html)
2. Этиология и патогенез альвеолитов
3. Клинические симптомы при альвеолитах
4. Диагностика альвеолитов
5. Показания и противопоказания к проведению [пункционной биопсии легких](http://zodorov.ru/lechenie-raka-podjeludochnoj-jelezi.html)
6. Дифференциальный диагноз альвеолитов
7. Основные [принципы лечения альвеолитов.](http://zodorov.ru/obshie-principi-lecheniya-mestnogo-vospalitelenogo-processa-ob.html)

**Ситуационная задача №1.**

В [приемное отделение поступил ребенок](http://zodorov.ru/priem-pacienta-v-stacionar.html) 12 лет с жалобами со слов мамы на вялость, снижение массы тела, малопродуктивный кашель, одышку при физической нагрузке.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. До 2 лет рос и развивался хорошо.

Анамнез заболевания: мальчик в течение 2 месяцев находился на каникулах в сельской местности, помогал в [сборе сена](http://zodorov.ru/testovie-zadaniya-himicheskaya-avariya-simptomi-otravlenij-him.html).

При осмотре состояние средней тяжести. Оотстает в [физическом развитии](http://zodorov.ru/narushenie-sna-u-detej.html), кожный покров бледный. Аускультативно в базальных отделах обоих легких мелкопузырчатые хрипы.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - 4,5xl012/л, Лейк - 4,8х10⁹/л, п/я - 2%, с - 50%, э - 2%, л - 36%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: сотопоподобной рисунок с рассеянными очагами мелких теней.

Результаты бактериологических обследований: Thermophilus actinomycetes.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Ваши рекомендации по обследованию

3. Ваши рекомендации по терапии

3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ЭАА?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Экзогенный аллергический альвеолит.

2. Спирометрия с пробой с бронхолитиком. Выявление специфических преципитинов (преципитирующих антител) относящихся к классу IgG.

Молекулярные маркеры улучшают диагностику ЭАА

Биопсия легких в сложныхслучаях дифференциальной диагностики.

3. Преднизолон начальные дозы 0,5-1 мг/кг, со снижением дозы до отмены в течение 6-12 и более месяцев. Длительность лечения ГКС при остром ЭАА не превышает 1-2 мес.

Небулайзерная терапия ингаляционными ГКС (будесонид до 2000 мкг в сутки), что позволяет уменьшить дозу системных ГКС, а при длительной поддерживающей терапии - заменить системные ГКС ингаляционными

 4. Диффренециальная диагностика проводится:

- пневмонией (двусторонней пневмонией)

- эозинофильными инфильтратами (синдромом Леффлера), при которых отмечается

эозинофилия периферической крови

- идиопатические интерстициальные пневмонии

- поражение легких при диффузных болезнях соединительной ткани

экзогенным токсическим альвеолитом

**Тема 10.** Аллергические заболевания верхних дыхательных путей*.*

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:
2. хороший эффект от антибактериальной терапии
3. упорно рецидивирующий характер течения
4. отмечается выраженная температурная реакция
5. катаральные явления в легких

2. ФАКТОРЫ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕБЕНКА В ГРУППУ РИСКА ПО РЕСПИРАТОРНОМУ АЛЛЕРГОЗУ:

1. частые простудные заболевания
2. туберкулез
3. аллергические поражения респираторного тракта
4. сахарный диабет

3. В ЛЕЧЕНИИ КРУПА У ДЕТЕЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 2 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. антибиотики
2. НПВС
3. глюкортикортикоиды
4. десенсибилизирующие препараты

4. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. зуда в носу, чихание, водянистое отделяемого из носа
2. наличие слизисто - гнойного отделяемого из носа
3. слизистое отделяемое из носа, повышение температуры тела
4. нарушение носового дыхания, искривление носовой перегородки

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антигистаминные препараты
2. антибактериальные препараты
3. антихолинергические препараты
4. β2- агонисты короткого действия

6. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ, ЛЕЖАЩИМ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. немедленная аллергическая реакция 1 типа
2. иммунологическая аллергическая реакция 3 типа
3. замедленная аллергическая реакция 4 типа
4. механизм аллергического ринита не иммунный

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антигистаминные
2. противовирусные препараты
3. цитостатики
4. антибактериальные препараты

8. НЕ ОБЛАДАЮТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗАХ СЕДАТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

1. супрастин
2. лоратадин, терфенадин
3. диазолин
4. тавегил

9. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1. видом аллергенов
2. с возрастом больных
3. с расовыми принадлежностями
4. с наличием хронических очагов инфекции

10. АЛЛЕРГОЛОГИЧСЕКИЙ АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. является важным этапом в аллергологической диагностике
2. играет основную роль
3. не играет роли при постановке диагноза
4. имеет вспомогательное значение

11. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. специфическая иммунотерапия
2. частичная элиминация аллергенов
3. применение глюкокортикостероидов
4. применение иммунодепрессантов

12. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянная инспираторная одышка
2. приступы одышки с удлиненным выдохом
3. лающий кашель
4. боль в грудной клетке, связанная с дыханием

13. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОКАЗАНЫ ВСЕ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ:

1. аллергический ринит
2. синусит
3. полипоз носа
4. средний отит
5. опухоли придаточных пазух носа

14. У КАКОГО ПРОЦЕНТА БОЛЬНЫХ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ МЕСТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ:

1. 30-50%
2. 20-30%
3. 5-10%
4. 50-80%
5. 80-100%

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 |  | 8 | 2 |
| 2 | 2 | 9 | 1 |
| 3 |  | 10 | 1 |
| 4 | 1 | 11 | 1 |
| 5 | 1 | 12 | 3 |
| 6 | 1 | 13 | 1 |
| 7 | 1 | 14 | 3 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

* 1. Клинические проявления аллергического ларингита
  2. Дифференциальная диагностика аллергического ринита.

**Ситуационная задача №1.**

Мальчик 2,5 лет поступил в стационар с жалобами со слов матери на появление у ребенка заложенности носа, повышение температуры тела до 37,80, осиплости голоса, грубого лающего кашля.

Данные анамнеза: ребенок от II беременности, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3700г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 2-х месяцев. Привит согласно календарного плана. Мать ребенка неделю назад перенесла ОРВИ. Ребенок заболел сутки назад, когда появился насморк, в ночь лающий кашель, одышка.

Объективно: Состояние ребенка ближе к тяжелому. Температура тела 37,60. Телосложения правильного, питания удовлетворительного. Масса тела 13 кг, длина - 86 см. Ребенок возбужден. Кожный покров влажный. В зеве умеренная разлитая гиперемия, слизь на задней стенке глотки. Из носа слизистое отделяемое. Грудная клетка цилиндрическое формы. В покое инспираторная одышка, с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберий, яремной, подключичных ямок), ЧД 64 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно жесткое дыхание. Область сердца не изменена. Сердечные тоны средней громкости. ЧСС 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускание свободное. Менингиальных симптомов нет.

Данные лабораторного исследования: Анализ крови: Нв-128 г/л, эритроциты -3,4х1012/л, цв.пок.-0,95, лейкоциты -4,0х109/л, э-2%, п/я-2%, с/я-14%, лимфоциты -80%, моноциты -2%, СОЭ-12 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-66 г/л, А-60%, глобулины: α-12%, β-10, γ-16%. Рентгенография органов грудной клетки: легкие и сердце без видимых изменений.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования

3. Составьте план неотложных мероприятий.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Острый стенозирующий ларинготрахеит, субкомпенсированный, стеноз гортани II степени

2. ИФА сыворотки крови - вирусологическая диагностика, выявление антител класса IgM; бактериологическое исследование BL (слизь из ротоглотки, носа) для исключения дифтерии;

пульсоксиметрия (сатурация кислорода, оценка степени стеноза)

3. Суспензия будесонида в дозе 2мг ингаляцино через небулайзер или 1мг х2 раза через 30 минут (первая линия терапии) в целях уменьшения отека подсвязочного пространства. В случае неэффективности ингаляции суспензии будесонида через небулайзер и прогрессировании стеноза показано внутримышечное введение р-радексаметозона из расчета 0,6 мг/кг.

**Тема 11.**Аллергический ринит. Этиология. Патогенез.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ЧАЩЕ ДРУГИХ ПОЛЛИНОЗЫ ВЫЗЫВАЕТ ПЫЛЬЦА:

1. насекомо опыляемых растений
2. перекрестно опыляемых растений
3. ветро опыляемых растений
4. искусственно опыляемьк растений

2. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ ОТНОСЯТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. к IgA
2. к IgG
3. к IgE
4. к IgM

3. ДЛЯ ПОЛЛИНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. к аспирину
2. к препаратам железа
3. к препаратам фенотиазинового ряда
4. к лекарствам растительного происхождения

4. К СЕМЕЙСТВУ ЗЛАКОВЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. полынь
2. лебеда
3. овсянница
4. ромашка

5. ПЫЛЬЦЕВАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. Т - зависимого типа
2. В - зависимого Е - глобулинового типа
3. В - зависимого G - глобулинового типа
4. всех перечисленных типов

6. К СЕМЕЙСТВУ СЛОЖНОЦВЕТНЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. райграсе
2. мятлик
3. лебеда
4. полынь

7.ПЫЛЬЦЕВЫЕ ЗЕРНА РАСТЕНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОЛЛИНОЗЫ, ИМЕЮТ РАЗМЕРЫ:

1. 5-10 микрон в диаметре
2. 30-50 микрон в диаметре
3. 100 и более микрон в диаметре
4. 1000 и более микрон в диаметре

8. КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1. склепки мелких бронхов
2. гранулярный материал эозинофилов
3. скопление клеток десквамированного эпителия дыхательных путей
4. ничего из перечисленного

9. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ:

1. поллинозах
2. пищевой аллергии
3. грибковой аллергии
4. эпидермальной аллергии

10. ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды
2. во время влажной теплой погоды
3. при солнечной ветряной погоде
4. независимо от метеорологической обстановки

11. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. позволяет выявить все виновные аллергены
2. позволяет предположить группу виновных аллергенов
3. позволяет исключить виновные аллергены
4. не играет роли

12. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ:

1. поллинозом
2. хроническим бронхитом
3. хроническим гайморитом
4. экземой

13. ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пыльца растений
2. споры плесневых грибов
3. пищевые продукты
4. все перечисленное

14. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ КОНЪЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гнойное воспаление конъюнктивы
2. аллергическое воспаление конъюнктивы
3. пролиферативное воспаление конъюнктивы
4. смешанное воспаление конъюнктивы

15. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ НЕРЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. к молоку и молочным продуктам
2. к мясу птицы
3. к рыбе
4. к продуктам растительного происхождения

16. СИМПТОМЫ СТРОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОБУСЛОВЛИВАЮТСЯ МЕДИАТОРАМИ:

1. высвобождающимися из эозинофилов
2. высвобождающимися из тучных клеток
3. высвобождающимися из нейтрофилов
4. базофилов

17. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПОЛЛИНОЗА С ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ К ЗЛАКОВЫМ КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРОВОДЯТ НА ФОНЕ ДИЕТЫ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИЗ ПИТАНИЯ:

1. капусты
2. картофеля
3. мучных изделий
4. подсолнечного масла

18. ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды
2. во время влажной теплой погоды
3. при солнечной ветряной погоде
4. независимо от метеорологической обстановки

19. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСИТ:

1. гнойный характер

1. аллергический характер
2. нейроциркуляторный характер

4. токсический характер

5. вирусный характер

20. ГЛАВНЫМ МЕДИАТОРОМ, ФОРМИРУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ НОСОГЛОТКИ ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

серотонин

ацетилхолин

гистамин

полипептид В

лейкотриены

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 11 | 2 |
| 2 | 3 | 12 | 1 |
| 3 | 4 | 13 | 1 |
| 4 | 3 | 14 | 2 |
| 5 | 2 | 15 | 4 |
| 6 | 4 | 16 | 2 |
| 7 | 2 | 17 | 3 |
| 8 | 2 | 18 | 3 |
| 9 | 1 | 19 | 2 |
| 10 | 3 | 20 | 3 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Эпидемиология и патогенез аллергического ринита

2. Календарь пыления растений.

**Ситуационная задача №1.**

Больной О., 7 лет, жалуется со слов матери на водянистые, обильные выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания.

Подобное состояние отмечается в течение всего майского месяца, после того как семья переехала на дачу.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает поллинозом.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, сухой. Отмечается одутловатость лица, покраснение глаз, рот приоткрыт, сухие, потрескавшиеся губы, распухший нос, воспаленные веки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк – 6,8х109/л, п/я – 2%, с/я –37%, л –48%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** относительная плотность 1012, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа -10%, бета - 12%, гамма - 18%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 20 в п/зр, с/я – 7-10 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?

3. Составьте план обследования.

4. Тип аллергических реакций при пыльцевой сенсибилизации

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Сезонный аллергический ринит, персистирующий, тяжелое течение, обострение.

2. Отягощенная наследственность. Ранние кожные проявления пищевой аллергии

3. Спирометрия для выявления нарушения бронхиальной проходимости. Определение титра специфических антител класса IgE в сыворотке крови с пыльцевыми аллергенами для выявления спектра сенсибилизация.КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для выявления причинно- значимых аллергенов, решения вопроса АСИТ. Консультация отоларинголога, передняя риноскопия (слизистая оболочка бледная, цианотично- серая, отечна). КТ околоносовых пазух для исключения риносинусита и поллипоза (по показаниям)

4. Аллергические реакции В - зависимого Е - глобулинового типа

**Тема 12.** Аллергический ринит. Клиника. Дифференциальная диагностика.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. играет основную роль
2. является этапом аллергологической диагностики
3. не играет роли при постановке диагноза
4. имеет вспомогательное значение

2.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ РЕАКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

1. участок гиперемии диаметром 1 мм
2. гиперемия более 1 мм в диаметре
3. волдырь 1 мм
4. размеры как в контроле
5. гиперемия более 10 мм в диаметре

3. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ КОНЪЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гнойное воспаление конъюнктивы

2. аллергическое воспаление конъюнктивы

3. пролиферативное воспаление конъюнктивы

4. смешанное воспаление конъюнктивы

4.К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. зуда в носу

2. чихания

3. слизисто - гнойного отделяемого из носа

4. нарушение носового дыхания

5. обильного водянистого отделяемого из носа

5.ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды

2. во время влажной теплой погоды

3. при солнечной ветряной погоде

4. независимо от метеорологической обстановки

6.ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОЧЕРЕДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЛЕЧЕБНОГО АЛЛЕРГЕНА НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1. в течение 30 минут
2. в течение 10 минут
3. в течение 40-60 минут

7.КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ:

1. тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию
2. тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию
3. тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию
4. тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию
5. тест-контроль дал положительную, а гистамин — отрицательную реакцию

8. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты
2. внутрикожные тесты
3. prick-тесты
4. аппликационные тесты
5. провокационные тесты

9. ПЫЛЬЦЕВЫЕ ЗЕРНА РАСТЕНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОЛЛИНОЗЫ, ИМЕЮТ РАЗМЕРЫ:

1. 5-10 микрон в диаметре

2. 30-50 микрон в диаметре

3. 100 и более микрон в диаметре

4. 1000 и более микрон в диаметре

10. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ СТАЛОРАЛЬ:

1. в холодильнике при температуре +2-+8 0 С
2. в морозильной камере
3. при комнатной температуре
4. в темном прохладном месте

11. СУБЛИНГВАЛЬНАЯ АСИТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. дисциплинированным и выполняющим предписания врача пациентам
2. не дисциплинированным пациентам
3. пациентам с персистирующими заболеваниями ортодонта
4. пациентам с гингивитом, сопровождающимся кровоточивостью десен

12. ДЛЯ ПОЛЛИНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. к аспирину и пиразолоновы производным

2. к сердечным гликозидам

3. к препаратам фенотиазинового ряда

4. к лекарствам растительного происхождения

13. ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА АЛЛЕРГИЯ К ПЫЛЬЦЕ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ И ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БУДЕТ ПРОВЕДЕНА:

1. всеми перечисленными аллергенами
2. пыльцевыми аллергенами
3. пищевыми аллергенами
4. пыльцевыми и пищевыми аллергенами

14.СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления
2. аппарат УЗИ
3. электрокардиограф
4. компьютерный томограф

15. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ ЗАВИСИТ:

1. от длительности и тяжести заболевания
2. от правильности выбора аллергена
3. от соблюдения методики проведения
4. от подготовленности больного к АСИТ
5. все перечисленное

16. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ:

1. поллинозом
2. хроническим гайморитом
3. хроническим бронхитом
4. экземой
5. пневмонией

17. КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ МОЖНО ПРОВОДИТЬ:

1. в любой фазе заболевания
2. в период обострения заболевания
3. у здоровых лиц
4. в период ремиссии заболевания
5. не проводят вообще

18. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:

1. лечение больных
2. обследование здоровых
3. динамическое наблюдение за больными и здоровыми

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 11 | 1 |
| 2 | 1 | 12 | 4 |
| 3 | 2 | 13 | 2 |
| 4 | 3 | 14 | 1 |
| 5 | 3 | 15 | 5 |
| 6 | 1 | 16 | 1 |
| 7 | 4 | 17 | 4 |
| 8 | 1 | 18 | 3 |
| 9 | 2 |  |  |
| 10 | 1 |  |  |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Дифференциальная диагностика аллергического ринита.

2.Диспансерное наблюдение больных с аллергическим ринитом. Особенности анамнеза.

3. Аллергический конъюнктивит.

**Ситуационная задача №1.**

Девочка Д., 10 лет после выезда в лес обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, приступообразный сухой кашель

Девочка в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает чихание, зуд, обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3550 г, длина 52 см. С 1 месяца на искусственном вскармливании. До года атопический дерматит, в 3 года острая крапивница при употреблении меда. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает рецидивирующей крапивницей.

При обращении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, суховат. Отмечаются периорбитальные тени. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –22 в 1 минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, эр – 4,3х1012/л, лейк – 6,6х109/л, п/я – 2%, с/я –35%, л –50%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** относительная плотность 1014, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, глобулины: 12%, бета - 12%, гамма - 16%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 15 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования.

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Сезонный аллергический персистирующий ринит средней степени тяжести период обострения.

2.Спирометрия для выявления нарушения бронхиальной проходимости, тест с бронхолитиком на обратимость бронхиальной обструкции (прирост 12% и более)

Определение титра специфических IgE в сыворотке крови с пыльцевыми аллергенами для выявления спектра сенсибилизация.

КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для выявления спектра сенсибилизации и решения вопроса АСИТ

Консультация отоларинголога, передняя риноскопия

Мазок из носа на наличие эозинофилов

3. а) вазомоторный идиопатический ринит. Характерна заложенность носа при перепадах температуры, влажности воздуха, резких запахах, персистирующая ринорея, головные боли, аносмия, синуситы. Сенсибилизация не выявляется. Наследственность не отягощена.При риноскопии гиперемия и/ или мраморность.

б) лекарственно индуцированный ринит. Постоянная назальная обструкция, при риноскопии слизистая оболочка ярко – красного цвета. Характерен положительный эффект на интраназальные ГКС.

в) неаллергический ринит с эозинофильным синдромом- характеризуется выраженной назальной эозинофилией (до 80%), отсутствием сенсибилизации и аллергологического анамнеза, Симптомы чихание, зуд, склонность к образованию полипов, отсутствие эффекта на терапию антигистаминными препаратами, хороший эффект при применении интраназальных ГКС.

**Тема 13.**Аллергический ринит. Лечение.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСТСЯ К Н1-ГИСТАМИНОБЛОКАТОРАМ I ПОКОЛЕНИЯ?

1. хлоропирамин, клемастин
2. акривастин, эбастин
3. лоратадин, кетотифен
4. дезлоратадин, рупафин

2. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОМБИНАЦИИ С АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ НАЗАЛЬНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ:

1. тетризолин, оксиметазолин
2. зилеутон, генлеутон
3. эбастин, акривастин
4. зафирлукаст, монтелукаст

3. ИСПОЛЬЗУЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

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

4.ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СИТ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. круглогодичном течении
2. совпадении аллергических проб и клинических данных
3. длительности заболевания не более 6 лет
4. отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

5. ОСОБЕННОСТИ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. максимальный эффект развивается через 2-3 дня
2. максимальный эффект развивается через 2-3 недели
3. после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить
4. после достижения положительного эффекта препарат следует тменить

6. ИСПОЛЬЗУЯ БЛОКАТОРЫ Н1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

1. лучше применять на ранних стадиях заболевания
2. при отсутствии эффекта следует увеличить дозу и удлинить курс
3. в период ремиссии следует периодически принимать эти препараты для профилактики обострений
4. при затяжном течении лучше принимать внутрь, а не местно

7.ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

1. оптимальный курс 2-4 недели
2. при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
3. максимальный эффект развивается через 2-3 дня
4. нельзя сочетать с глюкокортикоидами

8.ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕСТНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. легкое течение
2. среднетяжелое и тяжелое течение
3. отсутствие сезонности
4. нет верного ответа

9. КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМИНЕНИЯ Н1-АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНЫХ:

1. поллиноза
2. неатопической формы бронхиальной астмы
3. астматического состояния
4. всего перечисленного

10. СКОЛЬКО ИЗВЕСТНО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ:

1. 1 тип

2. 2 типа

3. 3 типа

4. 4 типа

11. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. адреналин (эпинефрин)
2. антигистаминные препараты
3. глюкокортикоиды
4. мезатон

12. ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНА:

1. все функциональные показатели изменения полностью нормализуются

2. сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года

3. сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода

4. сохраняется нарушение вентиляции по обструктивному и рестриктивному типу

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ КОЖНЫХ ПРОБ СЛУЖИТ:

1. ремиссия аллергического заболевания
2. ОРВИ
3. ремиссия атопического дерматита
4. обострение аллергического заболевания
5. умеренные клинические проявления аллергического ринита

14. КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БОЛЬНЫМ:

1. с любым заболеванием
2. с аллергическим ринитом
3. с хроническим тонзиллитом
4. с хроническим гастритом

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 8 | 2 |
| 2 | 4 | 9 | 1 |
| 3 | 3 | 10 | 4 |
| 4 | 2 | 11 | 1 |
| 5 | 2 | 12 | 4 |
| 6 | 1 | 13 | 4 |
| 7 | 2 | 14 | 2 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Характеристика антигистаминных препаратов

2. Фармакотерапия аллергического ринита. Барьерные методы лечения

3. Местные противовоспалительные препараты для лечения аллергического ринита.

4. Деконгестанты и увлажняющие средства в лечении аллергического ринита.

**Ситуационная задача №1.**

Больной О., 7 лет, жалуется со слов матери на водянистые, обильные выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания.

Подобное состояние отмечается в течение всего майского месяца, после того как семья переехала на дачу.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает поллинозом.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, сухой. Отмечается аденоидный тип лица, покраснение глаз, рот приоткрыт, сухие, потрескавшиеся губы, отечность носа, воспаленные веки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк – 6,8х109/л, п/я – 2%, с/я –37%, л –48%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа -10%, бета - 12%, гамма - 18%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 20 в п/зр, с/я – 7-10 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования.

3. Наметьте план лечения больного на период обострения.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Сезонный аллергический ринит, тяжелое персистирующеетечение, обострение.

2. Спирометрия для выявления нарушения бронхиальной проходимости. Определение титра специфических антител класса IgE в сыворотке крови с пыльцевыми аллергенами для выявления спектра сенсибилизация.КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для выявления причинно- значимых аллергенов, решения вопроса АСИТ. Консультация отоларинголога, передняя риноскопия (слизистая оболочка бледная, цианотично- серая, отечна)

КТ околоносовых пазух для исключения риносинусита и поллипоза (по показаниям)

3. Ограничение контакта с аллергенами - элиминационные мероприятия и барьерные методы: назаваль, носовые фильтры

- антигистаминные препараты второго поколения перорально - цетиризин 5мг/сутки

- интраназальные антигистаминные препараты- азеластин, левокабастин в каждый носовой ход х2 раза в сутки

- интраназальные кортикостероиды (ГКС) - мометазона фуроат по 1 распылению в каждую половину носа х1 раз в сутки

- увлажняющие средства- стерильный раствор морской соли, физиологический р-р

- антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) перорально - монтелукаст 5 мг х1 раз в сутки, жевательная таблетка

-назальные деконгестанты местно (оксиметазолоин) коротким курсом при выраженной назальной обструкции.

**Тема 14**.Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ).

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тесты, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. Аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления
2. аппарат УЗИ.
3. электрокардиограф
4. компъютерный томограф

2. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами;
2. Оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с заболеваниями органов дыхания;
3. Оказание психологической помощи больным с муковисцидозом
4. Оказание медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания

3.ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЦЕНТРА АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Оказание специализированной медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и заболеваниями, ассоциированными с иммунодефицитными состояниями;
2. Оказание специализированной медицинской помощи больным с муковисцидозом
3. Оказание врачам других специальностей лечебно-профилактических учреждений организационно-методической помощи в их работе по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания;

4.СРОКИ ХРАНЕНИЯ ВСКРЫТЫХ ФЛАКОНОВ С АЛЛЕРГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВЛЯЮТ:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 1 год
4. 1 неделя
5. 2 года

5.КАБИНЕТ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ:

1. Проведение аллерген - специфической и иммуномодулирующей терапии;
2. Обследование, диагностику, лечение и диспансеризацию больных с муковисцидозом;
3. Отбор и направление больных с заболеваниями органов дыхания на стационарное лечение в пульмонологическое отделение
4. Оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи при проведении вакцинации больных с муковисцидозом

6.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ РЕАКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

1. участок гиперемии диаметром 1 мм
2. гиперемия более 1 мм в диаметре
3. волдырь 1 мм
4. размеры как в контроле
5. гиперемия более 10 мм в диаметре

7.ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ МЕТОДЕ АСИТ ВВЕДЕНИЕ АЛЛЕРГЕНОВ ПРОВОДЯТ:

1. подкожно в латеральную поверхность плеча
2. внутримышечно
3. внутривенно

8.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЛНОГО КУРСА АСИТ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3-5 лет

9.ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ ЗАВИСИТ:

1. от возраста больного
2. от желания больного
3. от правильности выбора аллергена и соблюдения методики проведения
4. от наличия сопутствующей патологии ЖКТ

10.ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОЧЕРЕДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЛЕЧЕБНОГО АЛЛЕРГЕНА НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ следует проводить:

1. в течение 30 минут
2. в течение 10 минут
3. в течение 40-60 минут

11. К ЭКЗОАЛЛЕРГЕНАМ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

1. домашняя пыль
2. грибы плесени
3. клещ домашней пыли
4. бактериальные аллергены

12.К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. нейсерии
2. стафилококк белый
3. домашняя пыль
4. кандида

13.К ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. пыльца тимофеевки
2. шерсть кошки
3. яйцо
4. дерматофагоидес

14.АЛЛЕРГЕН ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЕТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА:

1. с аллергеном из домашней пыли
2. с аллергеном из пера подушек
3. с противостолбнячной сывороткой
4. с аллергеном из пыльцы тополя

15.КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ:

1. тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию
2. тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию
3. тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию
4. тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию
5. тест-контроль дал положительную, а гистамин — отрицательную реакцию

16. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты
2. внутрикожные тесты
3. prick-тесты
4. аппликационные тесты
5. провокационные тесты

17. ВАРИАНТЫ АСИТ:

1. сублингвальный
2. эндоназальный
3. эндобронхиальный

18. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ СТАЛОРАЛЬ:

1. в холодильнике при температуре +2-+8 0 С
2. в морозильной камере
3. при комнатной температуре
4. в темном прохладном месте

19. СУБЛИНГВАЛЬНАЯ АСИТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. дисциплинированным и выполняющим предписания врача пациентам
2. не дисциплинированным пациентам
3. пациентам с персистирующими заболеваниями ортодонта
4. пациентам с гингивитом, сопровождающимся кровоточивостью десен

20. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. адреналин (эпинефрин)
2. антигистаминные препараты
3. глюкокортикоиды
4. мезатон

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 4 |
| 2 | 1 | 12 | 3 |
| 3 | 1 | 13 | 2 |
| 4 | 4 | 14 | 3 |
| 5 | 1 | 15 | 4 |
| 6 | 1 | 16 | 1 |
| 7 | 1 | 17 | 1 |
| 8 | 3 | 18 | 1 |
| 9 | 3 | 19 | 1 |
| 10 | 1 | 20 | 1 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Стандарт оснащения кабинета врача аллерголога-иммунолога

2. Характеристика аллергенов.

3. Сублингвальная АСИТ.

4. Скарификационные тесты, оценка результатов.

5. Правила хранения аллергенов

6. Осложнения АСИТ, неотложная помощь.

**Ситуационная задача №1.**

Ребенок 13 лет, наблюдается аллергологом в областном детском центре аллергологии и клинической иммунологии по поводу бронхиальной астмы, проводится плановое обследование

Анамнез заболевания: искусственное вскармливание с 3 месяцев, атопический дерматит до 1,5 лет с обострениями на фоне нарушения диеты (коровье молоко). С 2х-летнего возраста отмечались частые эпизоды бронхообструкции. В 5 лет выставлен диагноз: Бронхиальная астма. Тогда же назначена базисная терапия (монтелукаст) - курсами по 3 месяца. С 10 лет в связи с учащением обострений и ежедневной потребностью в бронхолитиках, назначен бекламетазон дипропионат в дозе 250 мкг/сут. С 12 лет переведен на комбинированный препарат серетид, доза 25/250 мкг/сут, однако на этом фоне отмечались ежедневные приступы затрудненного дыхания, что явилось показанием к увеличению дозы серетида до 25/500 мкг/сут, которую ребенок получает до настоящего времени. На фоне постоянной базисной терапии приступы затрудненного дыхания возникают в апреле-июле (цветение деревьев), а также на фоне ОРВИ и при физической нагрузке. Приступы нетяжелые, купируются однократной ингаляцией сальбутамола. Последнее обострение 2 месяца назад – в мае на фоне цветения. Круглогодично симптомы аллергического ринита, с сезонными обострениями, постоянная заложенность носа, чихание. Семейный анамнез: мать ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, лихеноидные элементы в локтевых сгибах, экскориации. Носовое дыхание умеренно затруднено. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий IgE в сыворотке крови: 220 ЕД/л.

Аллергопробы (prick-test). Выраженная сенсибилизация к аллергенам пыльцы деревьев: береза(++++), ольха (++++), лещина (++++). Умеренная сенсибилизация к бытовым аллергенам:домашняя пыль серии 303+, 304++.

ФВД на фоне постоянной терапии серетидом: ОФВ1 77%, ПСВ 78%, МОС 25- 82%, МОС 50- 72%, МОС 75- 64%.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы обследования? В какой период болезни их следует проводить?

3. Составьте план лечения. Длительность лечения.

4. Показания к АСИТ. От чего зависит эффективность АСИТ

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение, частично контролируемая, период неполной клинико-фармакологической ремиссии. Аллергический ринит, персистирующий, средней степени тяжести. Атопический дерматит, локализованная форма, подострое течение. Сенсибилизация к бытовым, пыльцевым аллергенам.

2. Кожно-диагностические пробы,prick-test, провокационные тесты (интраназальное введение аллергена, ингаляция аллергена в виде аэрозоля; закапывание аллергена на конъюнктиву глаз).Аллергопробы проводятся в период ремиссии заболевания.Аллергопробы проводят для диагностики и решения вопроса АСИТ

3.От правильности выбора аллергена и соблюдения методики проведения

**МОДУЛЬ4. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ**

**Занятие 1.** Атопический дерматит. Этиология. Классификация. Патогенез

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

1. **Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. профилактические прививки

2. запрещение браков между аллергиками

3. грудное вскармливание не менее 6 месяцев

4. раннее искусственное вскармливание

5. запрещение посещения ДДУ

2. БОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ДЕТИ:

1. переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни

2. перенесшие на первом году жизни рахит

3. с врожденными аномалиями

4. перенесшие на первом году жизни дефицитную анемию

5. из неполных семей

3.КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

1.   увеличение и улучшение стационарной помощи

2.   усиление профилактического направления медицины

3.   улучшение психологической помощи населению

4.   развитие профессионального спорта

5.   развитие народной медицины

4. КЛИНИЧЕСКИЙ ОРДИНАТОР ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ НАВЫКАМИ:

1. обучения пациентов и их законных представителей здоровому образу жизни

2. обучения друзей пациентов

3. обучения волонтеров

4. обучения поваров

5. МЕТОДЫ УСТНОЙ ПРОПАГАНДЫ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. беседы

2. санбюллетень

3. брошюры

4. памятки

5. проспекты

6. В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

1.образование IgE-антител

2.выработка интерлейкинов (IL4, IL5, IL13)

3.выделение гистамина

4.выделение биологически активных веществ базофилами, эозинофилами

5. верно все

7. ПРОФИЛАКТИКА ЭТО:

1.комплекс мероприятий, обеспечивающих развитие и воспитание здорового   человека, предупреждение заболеваний и инвалидизации

2. изучение индивидуального здоровья человека

3. охрана здоровья здоровых людей

4. предупреждение заболеваний

8. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. раннее искусственное вскармливание

2. профессиональные вредности родителей

3. отягощенная наследственность

4. патология беременности и родов

5. все перечисленное

9.   КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПРОФИЛАКТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. гипоаллергенная диета женщинам из групп риска во время лактации

2. назначение пробиотиков, содержащих лактобактерии, детям в первые 6 месяцев

3. исключительно грудное вскармливание

4. все перечисленное

10. АЛЛЕРГЕНЫ, ЗНАЧЕНИЕ КОТОРЫХ В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДОКАЗАНО:

1. молоко

2. плесневые грибы

3. микоплазмы

4. стафилококки

5. пылевые клещи

11. НАПРАВЛЕНИЕ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. формирование групп риска

2. динамическое наблюдение за группами риска

3. мониторинг физического и психического развития

4. реабилитация пациентов с атопическим дерматитом, предупреждение повторного появления уже имеющихся симптомов

12. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ФАКТОВ РИСКА БУДУТ ВЕРНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 80%

2. конкордантность у монозиготных близнецов 100%

3. у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

4. если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

5. заболевание передается воздушно-капельным путем

13. ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. наличие атопического дерматита в семейном анамнезе

2. железодефицитная анемия в первые годы жизни

3. проживание в сельской местности

4. занятия спортом в подростковом возрасте

5. преждевременное половое созревание

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ИЗ ПРИВЕДЕННОГО ПЕРЕЧНЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. мясо кролика

2. цветная капуста

3. молоко

4. брокколи

5. картофель

15. УКАЖИТЕ ВИД ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА:

1. реагиновый

2. цитотоксический

3. иммунокомплексный

4. клеточный

16. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ЖКТ

2. почки

3. органы кроветворения

4. сердце

17. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. бронхоскопия

2. посев мокроты

3. посев мочи

4. кожные пробы с аллергенами

5. определение Т- и В-лимфоцитов в крови

18. РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТРАЖАЕТ:

1. возрастную динамику

2. клинико- морфологические формы

3.тяжесть течения

4. стадии течения болезни

5. все перечисленное верно

19. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЭТО:

1. длительное грудное вскармливание

2. соблюдение матерью гипоаллергенной диеты во время кормления грудью ребенка

3. злоупотребление беременной женщиной продуктами с облигатными пищевыми аллергенами

4. реабилитация пациентов с атопическим дерматитом, предупреждение повторного появления уже имеющихся симптомов

20. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

1. нарушение диеты во время беременности

2. аллергодерматозы у родителей

3. псориаз у родителей

4. физическое переутомление

5. токсикозы беременных

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 11 | 4 |
| 2 | 1 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 14 | 3 |
| 5 | 1 | 15 | 4 |
| 6 | 5 | 16 | 1 |
| 7 | 1 | 17 | 4 |
| 8 | 5 | 18 | 5 |
| 9 | 4 | 19 | 2 |
| 10 | 1 | 20 | 2 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Факторы риска атопического дерматита.

2. Патогенез атопического дерматита.

3. Эпидемиология атопического дерматита.

**Ситуационная задача №1.**

Больная, 3 года, на приемеу врача с жалобами со слов мамы на высыпания.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длина 50 см. На естественном вскармливании до 2 мес. Анамнез по атопии отягощен: у отца поллиноз.

Анамнез заболевания: высыпания с 2х мес. после перевода на молочные смеси. Обострения не частые, до 2 раз/год. Последнее ухудшение – в течение 2х недель, связывают с нарушением диеты (упортебление сладостей). Получали зиртек, комфодерм - с временным эффектом. В доме кошка.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, сухой, на коже конечностей, туловища единичные мелкие папулезные высыпания, бляшки бледно-розового цвета. На коже лица эритема, шелушение. Беспокоит умеренный зуд кожи. SCORAD 12. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации, печень плотной эластической консистенции, безболезненная, выступает на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

*Общий анализ крови:*Hb 115г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, п/я 31%, с/я 39%, лимфо­циты 57%, СОЭ 12 мм/час.

*Уровень общего IgE в сыворотке крови*: 194 МЕ/л.

*ИФА а/т лямблии* титр 1:500 (положительный), аскариды - отрицат., токсокары - отрицат.

*Общий анализ мочи:* удельный вес 1012, белок отриц., эпителий 7-8 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з

*Копроцитограмма:* непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

*Кал на я/г, простейшие*: обнаружены цисты лямблий 5-6 в поле зрения.

*УЗИ органов брюшной полости*: без особенностей.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Укажите факторы риска атопического дерматита по анамнезу?

3. Распределите значение индекса SCORAD в зависимости от степени тяжести патологического процесса (легкое, среднетяжелое и тяжелое течение)

4.Назовите основные принципы диетотерапии при атопическом дерматите

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Атопический дерматит, распространённая форма, детская стадия, легкой степени тяжести, период обострения.

Сопутствующий диагноз: Лямблиоз.

2.Токсикоз беременности. Раннее искусственное вскармливание. Отягощенная наследственность. Молочные смеси

3.При значении индекса SCORAD до 20 баллов течение АтД определяют как легкое, от 20 до 40 баллов как средней тяжести, выше 40 баллов -тяжелое.

4.Диетотерапия проводится в три этапа:

1 этап - диагностическая элиминационная диета, когда положительная динамика клинической симптоматики при исключении из питания подозреваемого продукта позволяет подтвердить наличие аллергии к нему.

2 этап - лечебная элиминационная диета с исключением всех выявленных причинно-значимых пищевых аллергенов и триггерных факторов.

3 этап - расширение рациона в период ремиссии.

**Занятие 2.** Атопический дерматит. Особенности клиники в возрастном аспекте, диагностика.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1 . ДЛЯ ОСТРОЙ ФАЗЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ:

1) зуд, эритематозные папулы и везикулы

2) кожная эритема

3) значительные экскориации с эрозиями

4) выделение серозного экссудата

5) все верно

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1) прик - тест

2) скарификационный тест

3) внутри кожный тест

4) аппликационный тест

3. КАКИЕ ПРОВОКАЦИОННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ДЕРМАТИТАХ?

1) ингаляционные

2) интраназальные

3) конъюнктивальные

4) аппликационные

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) зуд кожи

2) хроническое рецидивирующее течение

3) наличие атопических заболеваний у родственников

4) сезонность обострений

5) все перечисленное верно

5. КОЖНЫЕ ПРИК-ТЕСТЫ ОПТИМАЛЬНО ПОСТАВИТЬ С:

1) 3-4 аллергенами

2) с 18-20 аллергенами

3) с 10-12 аллергенами

4) количество аллергенов не имеет значения

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) «атопические» ладони

2) продольная суборбитальная складка (линия Денни - Моргана)

3) стойкий белый дермографизм

4) периорбитальная гиперпигментация

5) все перечисленное верно

7. ТИПИЧНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЫСЫПАНИЙ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ:

1) папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей

2) эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей

3) распространенные уртикарии

4) только лихенификация симметричных участков

5) только бугорки

8. ТИПИЧНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЫСЫПАНИЙ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА:

1) папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей

2) эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей

3) распространенные уртикарии

4) только микровезикулы

5) только корочки

9. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ:

1) синдром Стивенса-Джонсона

2) токсидермия

3) многоформная экссудативная эритема

4) синдром Лайелла

5) атопический дерматит

10. ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАЧИНАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:

1) с 5лет

2) с месячного возраста

3) с 3-х месячного возраста

4) после года

5) в дошкольном возрасте

11. НАЗОВИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1) зуд кожи

2) раннее начало

3) наследственная отягощенность по аллергии

4) возрастная морфология высыпаний и локализация:

5) все вышеперечисленное

12. КАКИЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ?

1) аллергоанамнез

2) кожные пробы с аллергенами (скарификационные и прик-тест)

3) определение специфических IgE-антител с использованием in vitro диагностики (ИФА, МАСТ, РАСТ)

4) провокационные тесты (при необходимости)

5) всё вышеперечисленное

13. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) зуд

2) расчесы

3) высыпания в типичных местах

4) появление в раннем детском возрасте

5) все из перечисленного

14. ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, КАК ПРАВИЛО, НАБЛЮДАЕТСЯ:

1) в юношестве

2) в среднем возрасте

3) на первом году жизни

4) в любом возрасте

5) в пожилом возрасте

15. В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ АЛЛЕРГЕНЫ:

1) лекарственные

2) эпидермальные

3) пыльцевые

4) пищевые

5) все перечисленное верно

16. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1) играет роль при некоторых видах сенсибилизации

2) позволяет предположить группу виновных аллергенов

3) позволяет исключить виновные аллергены

4) не играет роли

17. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1) позволяет выявить факторы риска

2) позволяет предположить группу виновных аллергенов

3) позволяет выявить фармакологический анамнез

4) позволяет выявить роль наследственности во втором, третьем поколении

5) верно все

18. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) Оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами;

2) Оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с заболеваниями органов дыхания;

3) Оказание психологической помощи больным с муковисцидозом

4) Оказание медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания

19.ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЦЕНТРА АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1)Оказание специализированной медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и заболеваниями, ассоциированными с иммунодефицитными состояниями;

2) Оказание специализированной медицинской помощи больным с муковисцидозом

3) Оказание врачам других специальностей лечебно-профилактических учреждений организационно-методической помощи в их работе по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания;

20. СКОЛЬКО ИЗВЕСТНО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

1) 1 тип

2) 2 типа

3) 3 типа

4) 4 типа

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 5 | 11 | 5 |
| 2 | 4 | 12 | 5 |
| 3 | 4 | 13 | 5 |
| 4 | 5 | 14 | 3 |
| 5 | 3 | 15 | 5 |
| 6 | 5 | 16 | 2 |
| 7 | 2 | 17 | 5 |
| 8 | 1 | 18 | 1 |
| 9 | 4 | 19 | 1 |
| 10 | 2 | 20 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Клинические проявления атопического дерматита в зависимости от возраста

2. Морфология сыпи

3. Диагностика атопического дерматита

**Ситуационная задача №1.**

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи.

Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку, высыпания, зуд.

Анамнез заболевания: у девочки высыпания с 1 года, последнее обострение при нарушении диеты, после употребления шоколада. В гостях при контакте с кошкой возник приступ удушья. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

Анамнез жизни: девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. С 1 года страдает атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц. Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы сухие. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах эритема, сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧДД –34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - масса сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Данные лабораторных исследований

ОАК: Нb - 118 г/л, эр – 4,3х1012/л, лейк – 5,8х109/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит, распространенный, детская форма, обострение. Бронхиальная астма, атопическая, впервые верифицированная, обострение.

2. Спирометрия для выявления нарушения бронхиальной проходимости. Определение титра специфических антител класса IgE в сыворотке кровидля выявления спектра сенсибилизация.КСП (кожное тестирование с аллергенами) в период ремиссии для выявления причинно- значимых аллергенов, решения вопроса АСИТ. Консультация дерматолога

3. Диетотерапия, ведение пищевого дневника, элиминация виновных аллергенов. Местная фармакотерапия, местные глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты.

**Занятие 3.** Дифференциальная диагностика атопического дерматита

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДИТСЯ:

1) контактный дерматит

2) синдром Вискотта- Олдрича

3) чесоткой

4) псориаз

5) верно все перечисленное

2. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1) гипер IgE - синдромом

2) фенилкетонурией

3) чесоткой

4) гемолитической болезнью

3. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) зуд

2) расчесы

3) высыпания в типичных местах

4) появление в раннем детском возрасте

5) все из перечисленного

4. НАЗОВИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1) зуд кожи

2) раннее начало

3) наследственная отягощенность по аллергии

4) возрастная морфология высыпаний и локализация:

5) все вышеперечисленное

5. НАЗОВИТЕ ТИПИЧНЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1) отит

2) аллергический ринит

3) цистит

4) миокардит

5) аденоидит

6. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЧЕСОТКЕ:

1) 6-недель

2) 3-месяца

3) 6-10 дней

4) 6 месяцев

7. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) распространенность процесса

2) преобладание экссудативных вариантов чесоточ­ных ходов

3) вовлечение в процесс волосистой части головы

4) поражение ногтевых пластинок

5) частое осложнение заболевания пиодермией

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИМПТОМЫ, ПОМОГАЮЩИЕ СВОЕВРЕМЕННО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЧЕСОТКИ:

1) наличие зуда в вечернее время

2) папулезно-везикулярная сыпь

3) наличие «чесоточных ходов»

4) расположение сыпи на «типичных» местах

5) нахождение чесоточного клеща в высыпных элементах

9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:

1) возраст больного

2) гендерные признаки

3) результаты общего лабораторного исследования

4) результаты инструментального исследования

5) результаты внутрикожных проб

10. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ?

1) полиноз

2) псориаз

3) чесотка

4) бородавки

5) пиелонефрит

11.  ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ДЕРМАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) развиваются путем контактной сенсибилизации как реакция замедленного типа

2) аллерген попадает в кожу гематогенно

3) аллерген попадает в кожу извне

4) высыпания не выходят за границы контакта аллергена

5) характерно наличие поливалентной сенсибилизации

12. ДЛЯ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ ХАРАКТЕРНО:

1) наличие везико-папул

2) локализации высыпаний на сгибательной поверхности конечно­стей

3) предплечий

4) отсутствие зуда

5) локализация сыпи на себорейных участках кожи

13. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПОЧЕСУХУ СЛЕДУЕТ С:

1) чесоткой

2) отрубевидным лишаем

3) острой крапивницей

4) атопическим дерматитом

5) розовым лишаем

14. ПСОРИАЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:

1) атопический дерматит

2) красного плоского лишая

3) ревматоидного артрита

4) себорейной экземы

5) склеродермии

15. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СБОР АНАМНЕЗА ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ:

1. семейная предрасположенность к атопическим заболеваниям

2. не соблюдение санитарно-гигиенических правил

3. какие роды

4. характер родителей

5. территориальная особенность проживания

16. ДЛЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА - ОЛДРИЧА ХАРАКТЕРНО:

1) экзема, карликовость, атаксия

2) экзема, карликовость, тромбоцитопения

3) экзема, карликовость, анемия

4) экзема, тромбоцитопения, инфекционные осложнения

17. ОБЫКНОВЕННЫЙ (ВУЛЬГАРНЫЙ) ИХТИОЗ ЧАСТО СОЧЕ­ТАЕТСЯ С:  
  
1. аллергическим дерматитом  
2. псориазом  
3. экземой  
4. красным плоским лишаем  
5. атопическим дерматитом

18. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА, КРОМЕ:

1. геморрагический синдром

2. экзема

3. спленомегалия

4. рецидивирующие гнойные воспалительные заболевания

5.) судороги

19. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ, ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВЫСЫПАНИЯМИ, НАПОМИНАЮЩИМИ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ:

1. синдром ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА

2. синдром Джоба

3. синдром гиперпродукции IgE

4. сцепленная агаммаглобулинемия

5.Х-сцепленная агаммаглобулинемия

20. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСКЛЮЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1.себорейного дерматита.

2. аллергического контактного дерматита.

3. дерматофитии

4. крапивницы

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 5 | 11 | 1 |
| 2 | 3 | 12 | 1 |
| 3 | 5 | 13 | 1 |
| 4 | 5 | 14 | 5 |
| 5 | 2 | 15 | 1 |
| 6 | 3 | 16 | 4 |
| 7 | 5 | 17 | 3 |
| 8 | 5 | 18 | 5 |
| 9 | 5 | 19 | 1 |
| 10 | 1 | 20 | 2 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Дифференциальная диагностика атопического дерматита с чесоткой.

2. Дифференциальная диагностика атопического дерматита с себорейным дерматитом.

3. Дифференциальная диагностика атопического дерматита с ихтиозом

4. Дифференциальная диагностика атопического дерматита с псориазом.

5. Дифференциальная диагностика атопического дерматита с иммунодефицитными состояниями

**Ситуационная задача №1.**

Оля К., 7 мес., поступает в стационар с жалобами со слов мамы на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез заболевания: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, астма.

Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. После дачи смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, везикуло-папулезные высыпания, корочки, трещины в области локтевых сгибов, запястий, шеи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык "географический". Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое. Тоны сердца ритмичны. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Данные лабораторных исследований

ОАК: гемоглобин 97 г/л, эритроциты 3,5х1012/л, лейкоциты 15,0х109/л, эозинофилы 7%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

ОАМ: белок отриц., эпителий 13-10-15 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Копрограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты един., слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Укажите факторы риска заболевания по данным анамнеза

2. Сформулируйте диагноз.

3. Укажите заболевания для проведения дифференциальной диагностики атопического дерматита

4. Оцените анализы, назначьте лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Отягощенная наследственность, раннее искусственной вкармливание молочными смесями, кормление коровьим молоком.

2. Пищевая аллергия. Атопический дерматит, распространенный, младенческая форма, средней тяжести, острый период.

3. Атопический дерматит необходимо дифференцировать с с чесоткой,себорейным дерматитом,ихтиозом,псориазом,иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта- Олдрича)

4. Диетотерапия, ведение пищевого дневника, элиминация виновных аллергенов (исключить коровье молоко). Местная терапия, местные глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты, сорбенты.

**Занятие 4.** Лечение атопического дерматита.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ИММУНОТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ:

1) семейный врач

2) отоларинголог

3) терапевт

4) аллерголог - иммунолог

5) любой из перечисленных специалистов

2. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ КОРТИКОСТЕРОИД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1) мометазона фуроат (элоком)

2) бетаметазона валерат (целестодерм В)

3) флуметазон пивалат (лоринден)

4) триамцинолон ацетонит (фторокорт)

5) клобетазол пропионат (дермовей)

3. НАЗОВИТЕ СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ СТЕРОИДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1) препараты нафталана

2) препараты дегтя

3) пимекролимус

4) фузикорт

5) пимафуцин

4. НАЗОВИТЕ АНТИГИСТАМИННЫЙ ПРЕПАРАТ 1 ПОКОЛЕНИЯ:

1) цетиризин (зиртек)

2) клемастин (тавегил),

3) дезлорататин (эриус)

4) левоцетиризин (ксизал)

5) лоратодин (кларитин)

5. ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВИДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антигистаминовых препаратов
2. глюкокортикоидов
3. элиминационной диеты
4. сорбентов
5. ферментов

6. МАЗЬ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ К: \

1) слабым глюкокортикоидам

2) глюкокортикоидам средней силы

3) сильным глюкокортикоидам

4) очень сильным глюкокортикоидам

7 . МАЗЬ АДВАНТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ К:

1) слабым глюкокортикоидам

2) глюкокортикоидам средней силы

3) сильным глюкокортикоидам

4) очень сильным глюкокортикоидам

8. ЭЛОКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА РАЗРЕШЕН К

ПРИМЕНЕНИЮ С:

а) 6 мес

б) 1 года

в) 2-х лет

9. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ЭЛИДЕЛ»:

1) показано

2) не показано

10. В ОСТРОЙ ФАЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ НАЗНАЧАЮТ:

1) мазь «адвантан»

2) крем «элидел»

3) мазь «ларинден С»

4) эмульсию «элоком»

11. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСИ:

1) НАН

2) Семилак

3) Нутрилон Пепти ТСЦ

4) НЭНИ

12. КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА

ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРОВОДИТСЯ:

1) кисломолочными смесями

2) гипоаллергенными смесями

3) смесями на основе полного гидролиза белка

4) соевыми смесями

13. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА ДЕТЯМ, УГРОЖАЕМЫМ ПО РАЗВИТИЮ

АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАЧИНАЮТ С:

1. 4 мес

2. 5 мес

3. 6 мес

14. ЦЕЛЕСТОДЕРМ ОТНОСИТСЯ:

1. к слабым ГКС

2. средней силы действия ГКС

3. сильным ГКС

4. очень сильным ГКС

15. РЕБЕНКУ 5 МЕС С АТД, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1) высокогидролизованную смесь

2) частично гидролизованную смесь

3) соевую смесь

4) негидролизованную смесь на основе козьего молока

5) Nuntrilon аминокислоты

16. ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1. назначение гипосенсибилизирующих препаратов

3. соблюдение гипоаллергенной диеты

4. назначение противомалярийных препаратов

5. коррекцию кишечного дисбактериоза

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 9 | 2 |
| 2 | 1 | 10 | 4 |
| 3 | 3 | 11 | 3 |
| 4 | 2 | 12 | 3 |
| 5 | 3 | 13 | 3 |
| 6 | 1 | 14 | 3 |
| 7 | 2 | 15 | 5 |
| 8 | 3 | 16 | 1 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1.Механизм действия антигистаминных препаратов при лечении атопического дерматита

2. Показания к применению и механизм действия иммуносупрессивных препаратов

3. Элиминационные диеты

**Ситуационная задача №1.**

Света Е.,7 лет, поступает в стационар с жалобами на сильный зуд и мокнутие кожи, высыпания, плохой сон.

Анамнез заболевания: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, мать много употребляла молочных продуктов. У матери в анамнезе крапивница Ребенок в срок, масса при рождении 3100 г, длиной тела 50 см. Первые проявления распространенного атопического дерматита возникли в 2 месяца при переводе на искусственное вскармливание «Малютка». После исключения из деты молочных продуктов состояние ребенка улучшилось. Одновременно с кожными изменениями начали беспокоить симптомы дисфункции ЖКТ (метеоризм, боль в животе, запор, белесоватая слизь в кале). Ухудшение состояния кожи и пищеварительного тракта наступило при приеме коровьего молока, куриного яйца, куриного мяса, рыбы.

Объективно: кожные покровы сухие, на сгибах локтевых и коленных суставов, в области запястий, на шее - участки инфильтрации кожи, трещины, мокнутие. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень безболезненная, выступает на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул с белесоватой слизью. Мочеиспускание не нарушено.

Данные обследования:

ОАК: гемоглобин 105г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Эхографическое исследование органов брюшной полости: увеличение желчного пузыря с перегибом шейки и увеличение размеров хвоста поджелудочной железы; печень без изменений.

Кожные пробы: рыба (++++), коровье молоко (++), куриное яйцо (+++), пшеница (++), овес (++).

Уровень общего IgE в сыворотке крови - 194 МЕ/л

Выявлены специфические IgE- антитела к пищевым аллергенам: коровьему молоку (+++), белку куриного яйца (+++), желтку (++), глютену (++).

ОАМ: белок отриц., эпителий 12-10-11 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Копроцитограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит, распространенный, детская форма, среднетяжелое течение, период обострения.

2. Диетотерапия, ведение пищевого дневника, элиминация виновных аллергенов. Местная фармакотерапия, местные глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, антигистаминные препараты.

**Занятие 5.** Атопичекий дерматит, осложненный вторичной инфекцией**.**

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПИОДЕРМИЙ?

1. микротравмы кожи

2. загрязнение кожи

3. переохлаждение

4. перегревание

5. все вышеперечисленное

2.  КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ?

1. атрофия кожи

2. телеангиэктазии

3. гипертрихоз

4. акне

5. стрии

3.  ДЛЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНО:

1. распространение процесса вширь

2. распространение процесса вглубь

3. серозно-гнойный экссудат

4. напряженная покрышка пустулы

5. вялая покрышка пустулы

4. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ОСЛОЖНЯЮТСЯ ВТОРИЧНОЙ ПИОДЕРМИЕЙ?

1. экзема

2. атопический дерматит

3.кожный зуд

4. красный плоский лишай

5.чесотка

5. ПРИ ВТОРИЧНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ:

1. системные антибиотики

2. цитостатики

3.глюкокортикоиды

4. антисептические препараты

6. КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ПИОДЕМИИ?

1. травмы кожи

2. перегревание

3. переохлаждение

4. укусы насекомых

5. изменение РН в щелочную сторону.

7. ДЛЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНО:

1. распространение процесса вширь

2. распространение процесса вглубь

3. серозно-гнойный экссудат

4. напряженная покрышка пустулы

5. вялая покрышка пустулы

8. ПЕРВИЧНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ СТРЕПТОДЕРМИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. акне

2. фликтена

3. импетиго

4. эктима

4. папула

9. КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ СТАФИЛОДЕРМИЯХ:.

1. импетиго

2. фликтена

3. узел

4. эктима

5. остиофолликулит

10. К СТРЕПТОДЕРМИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. рожа

2. импетиго вульгарное

3. гидраденит

4. фурункул

5. эпидемическая пузырчатка

11. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ЭЛИДЕЛ»:

1. показано

2. не показано

12. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ КОРТИКОСТЕРОИД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. Мометазона фуроат (элоком)

2. Бетаметазона валерат (целестодерм В)

3. Триамцинолон ацетонит (фторокорт)

4. Клобетазол пропионат (дермовей)

5. Флуоцинолона ацетонид (флуцинар)

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 5 | 7 | 3 |
| 2 | 5 | 8 | 2 |
| 3 | 3 | 9 | 3 |
| 4 | 5 | 10 | 1 |
| 5 | 1 | 11 | 2 |
| 6 | 4 | 12 | 1 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Классификация атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

2. Клинические проявления атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

3. Особенности лечения атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

**Ситуационная задача №1.**

Больная, 3 года, на приеме у врача с жалобами со слов мамы на высыпания.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длина 50 см. На естественном вскармливании до 2 мес. Анамнез по атопии отягощен: у отца поллиноз.

Анамнез заболевания: высыпания с 2х мес. после перевода на молочные смеси. Последнее ухудшение - в течение 2х недель. Получали зиртек, комфодерм - с временным эффектом. В доме кошка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, сухой, на коже конечностей, туловища мелкие папулезные высыпания, отёчность и гиперемия кожи подбородка, лба с участками мокнутия и серозными корочками с серозно-гнойным экссудатом. Беспокоит умеренный зуд кожи. SCORAD 12. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb 115г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, п/я 31%, с/я 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Уровень общего IgE в сыворотке крови: 194 МЕ/л.

ИФА а/т лямблии титр 1:500 (положительный), аскариды – отрицат., токсокары – отрицат.

Кровь на иммуноглобулины: IgA 0,1 г/л (N 0,28); IgM 0,42 г/л; IgG 8,5 г/л (повышен)

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок отриц., эпителий 7-8 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/ з, эритроциты 0-1 в п/з

Копроцитограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

Кал на я/г, простейшие: обнаружены цисты лямблий 5-6 в поле зрения.

УЗИ органов брюшной полости: без особенностей.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит детская форма, средней степени тяжести осложненный вторичной инфекцией.

2. Антибактериальные препараты для наружного применения используются для лечения локализованных форм вторичной инфекции.Топические комбинированные препараты, содержащие глюкокортикостероидные средства в сочетании с антибактериальными, антисептическими, противогрибковыми препаратами, могут использоваться короткими курсами (обычно в течение 1 недели) при наличии признаков вторичного инфицирования кожи.  
Антимикробные препараты для наружного применения наносятся на пораженные участки кожи 1–4 раза в сутки продолжительностью до 2 недель с учетом клинических проявлений.  
С целью предупреждения и устранения вторичного инфицирования на местах экскориаций и трещин, особенно у детей, применяют анилиновые красители: фукорцин, 1–2% водный растворметиленового синего (метилтиониния хлорид). Кратность применения 1–2 раза в сутки в течение 5–10 дней.

**Занятие 6.** Немедикаментозные методы лечения атопического дерматита

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСИ:

1) НАН гипоаллергенный

2) Алфаре

3) Нутрилон Пепти ТСЦ

4) НЭНИ

2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ:

1) гипоаллергенные условия быта

2) борьба с пассивным курением

3) исключение из питания продуктов коровьего молока

4) использование гипоаллергенных смесей

5) верно все

3. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1) с видом аллергенов

2) с возрастом

3) с эндокринными заболеваниями

4) с генетическими факторами

4. У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЕНА ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ВРАЧОМ ПОДОБРАНА ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ДИЕТА. КАКОВЫ КРИТЕРИИ ПРАВИЛЬНОСТИ ПОДБОРА ДИЕТЫ?  
1) наступление клинической ремиссии в течение 3-5 дней  
2) наступление клинической ремиссии в течение 3-5 недель  
3) нормализация показателей периферической крови   
4) нормализация показателей крови, кроме уровня эозинофилов

5. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА ПОЗВОЛЯЕТ:

1) выявить причинно значимый аллерген

2) исключить его из питания

3) позволяет врачу назначить диету

4) верно все

6. ПРИМЕНЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПСИХОТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ:

1) Отличается исключительно высокой эффективностью и является методами выбора.

2) Категорически запрещено.

3) Эффективность четко не доказана, но иногда приносит положительный эффект

7. КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ?

1)   профилактика и реабилитация - разные понятия

2)   профилактика и реабилитация - идентичные понятия

3)   реабилитация является составной частью профилактики

4) ничего из перечисленного

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ?

1)   экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности

2)   самооценка пациента

3)   комплексная оценка с включением критериев качества жизни

4)   этапная оценка нозоспецифических критериев

5)   оценка отдаленных результатов

9.   С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНЯЮТ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ?

1) предупреждения развития заболеваний

2) закаливания организма

3) повышения сопротивляемости к профессиональным раздражителям

4) предупреждения обострения хронических заболеваний

5) всего перечисленного

10.   ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ФИЗИОПРОФИЛАКТИКИ?

1) ультрафиолетовые облучения

2) ингаляции фитонцидов

3) контрастные ванны

4) души

5) все перечисленное

11. КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

1)   увеличение и улучшение стационарной помощи

2)   усиление профилактического направления медицины

3)   улучшение психологической помощи населению

4)   развитие профессионального спорта

5)   развитие народной медицины

12.  ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕКОМФОРТНЫЙ КЛИМАТ:  
1) с высокой влажностью и повышенной температурой  
2) с умеренной влажностью и температурой  
3) регионов с долее высоким расположением над уровнем моря  
4) средней полосы России  
5) северо-восточного региона

13. ОСОБЕННОСТЬЮ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) определение индивидуальной биодозы

2) применение малых доз УФО

3) сочетание УФО с фотосенсибилизаторами

4) общее УФО по ускоренной схеме

5) правильно 1 и 3

14. ДЛЯ СНЯТИЯ ЗУДА В ОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

1) йодобромные ванны

2) хлоридные натриевые ванны

3) радоновые ванны

4) углекислые ванны

15. ПРИ МИКРОБНОЙ И ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМАХ ЭКЗЕМЫ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО НАЗНАЧЕНИЕ:

1) диадинамических токов

2) дарсонвализации

3) ультрафиолетового облучения

4) синусоидальных модулированных токов

5) индуктотермии

16. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1. с видом аллергенов

2.с возрастом

3. с эндокринными заболеваниями

4. с генетическими факторами

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 9 | 5 |
| 2 | 5 | 10 | 2 |
| 3 | 1 | 11 | 4 |
| 4 | 2 | 12 | 5 |
| 5 | 4 | 13 | 5 |
| 6 | 3 | 14 | 1 |
| 7 | 3 | 15 | 3 |
| 8 | 3 | 16 | 1 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Узкополостная УФ – терапия

2.Элиминационные диеты

3.Психотерапия и рефлексотерапия

4.Гипокситерапии, показания, методика проведения, механизм лечебного эффекта.

5.Физические факторы в комплексной программе реабилитации АД

6. Санаторно курортное лечение. Бальнеотерапия

**Ситуационная задача №1.**

Больной 14 лет, обратился с жалобами на высыпания, сухость кожи, кожный зуд.

Обострения атопического дерматита круглогодично, с короткими периодами ремиссии.

Объективное: кожный покров диффузно сухой. Кожный патологический процесс распространенный: в области естественных складок, сгибательных поверхностей рук и ног участки инфильтрации и лихенификации кожи, трещины. В области лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног сухие, шелушащиеся эритематозные папулы и бляшки. SCORAD 56. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации во всем отделам, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0х1012/л, лейкоциты 8,3х109/л, Тр-309х109л, СОЭ-4 мм/ч, нейтр-42%, м-5%, л-51%, э-2,0%

IgE общий в сыворотке крови- 306 МЕ/мл.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Обоснуйте диагноз.

3. Определите показания к назначению узконолостной фототерапии, обоснуйте применение.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит, распространенная форма, подростковая стадия, тяжелой степени тяжести, неполная ремиссия.

2. Зуд кожи. Типичная морфология высыпаний и локализация: папулы, лихенификация симметричных участков, сгибательных поверхностей конечностей. Ранняя манифестация первых симптомов. Хроническое рецидивирующее течение. Наследственная отягощенность по атопии

3.Показана узкополостная УФ- терапия, показания к назначению тяжелая формы АтД с частыми рецидивами, резистентнось к традиционной терапии.

**Занятие 7.** Наружная терапия атопического дерматита.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАПРАВЛЕНА:

1) устранение патологических нарушений в органах и системах

2) предупреждение обострений болезни

3) устранение сухости кожи

4) нормализация показателей периферической крови

2. К ФТОРИРОВАННЫМ ТОПИЧЕСКМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1) белодерм

2) локоид

3) флуцинар

4) адвантан

3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ НАРУЖНЫЕ ТОПИЧЕСКИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ РЕБЕНКА 2,5 ЛЕТ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ:

1) белодерм

2) флуцинар

3) фторокорт

4) адвантан

4. В КАЧЕСТВЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ БАЗИСНОЙ НАРУЖНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1) метилпреднизолона ацепонат (адвантан)

2) мометазон (элоком)

3) пимекролимус (элидел)

4) фенистил-гель

5. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОСТОЯННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО:

1) нарушением эпидермального барьера кожи

2) гиперактивностью кожи

3) повышением трансэпидермальной потери жидкости

4) ксерозом кожи

5) верно все

6. ПРИ РЕЦИДИВЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ:

1) Наружные глюкокортикостероидные препараты.

2) Увлажняющие средства в качестве монотерапии.

3) Наружные средства неэффективны.

4) Фукарцин в качестве монотерапии.

5) Антибиотики местно

7. ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖЕЙ РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1) ежедневные купания

2) эмольянты

3) купание в травах противопоказано

4) использовать мыло с нейтральным значением PH

5) все перечисленное верно

8. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ВЛАЖНО-ВЫСЫХАЮЩАЯ ПОВЯЗКА ОТ ПРИМОЧКИ?

1) Длительностью пребывания на коже

2) Используемым лекарственным препаратом

3) Используемым арсеналом перевязочного мате­риала

4) Терапевтической эффективностью

5) Количеством жидкости на марле

9. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ КРЕМ ОТ МАЗИ?

1) Наличием порошка в жировой основе

2) Наличием воды в жировой основе

3) Более высокой стабильностью

4) Более поверхностным действием

5) Более высокой концентрацией лекарственных препаратов

10. КАКУЮ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ФОРМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ МОКНУЩИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕС­СОМ НА КОЖЕ?

1) Мазь

2) Примочку

3) Крем

4) Аэрозоль

5) Пасту

11.  КАКИЕ ВЫ ЗНАЕТЕ КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕ­НИЯ ДЕРМАТОЗОВ?

1) Режим дня

2) Диетотерапия

3) Общее лечение

4) Местная терапия

5) Физиотерапевтические процедуры

12. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ?

1) Атрофия кожи

2) Телеангиэктазии

3) Гипертрихоз

4) Акне

5) Стрии

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 7 | 5 |
| 2 | 2 | 8 | 5 |
| 3 | 1 | 9 | 3 |
| 4 | 3 | 10 | 2 |
| 5 | 5 | 11 | 2 |
| 6 | 1 | 12 | 3 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Общие принципы наружной терапии атопического дерматита.

2. Средства по уходу за кожей. Увлажняющие средства в лечении атопического дерматита

3. ТГКС - топические глюкокортикостероиды. Классификация. Механизм действия

4. ТИК - топические ингибиторы кальциневрина

5. Особенности наружной терапии при осложненных формах атопического дерматита.

**Ситуационная задача №1.**

Больной 14 лет, обратился к аллергологу с жалобами на высыпания по всему телу, сухость кожи, кожный зуд.

Анамнез заболевания: Ребенок с ранних лет страдает атопическим дерматитом. Обострения атопического дерматита круглогодично, с короткими периодами ремиссии.

При осмотре: кожный покров диффузно сухой. Кожный патологический процесс распространенный: в области естественных складок, сгибательных поверхностей рук и ног участки инфильтрации и лихенификации кожи, трещины. В области лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног сухие, шелушащиеся эритематозные папулы и бляшки. SCORAD 56. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации во всем отделам, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0х1012/л, лейкоциты 8,3х1012/л, Тр-309х109л, СОЭ-4 мм/ч, нейтр-41,2%, м-5,5%, л-50,7%, э-2,0%

Общий анализ мочи: прозр, уд.вес-м/м, белок-нет, глюкоза-отр., лейк.-5-6в п/зр., пл.эпителий-10-12 в п/зр.

IgE общий в сыворотке крови- 106 МЕ/мл.

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, глюкоза 4,4 ммоль/л.

Кал на я/г, простейшие: не обнаружены.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Назовите основные критерии для постановки диагноза атопического дерматита в данном возрастном периоде.

3. Определите показания к назначению ингибиторов кальциневрина, обоснуйте применение. Какова схема использования этих препаратов у данного больного?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Атопический дерматит, распространенная форма, подростковая стадия, тяжелой степени тяжести, неполная ремиссия.

2. Зуд кожи. Типичная морфология высыпаний и локализация: папулы, лихенификация симметричных участков, сгибательных поверхностей конечностей. Ранняя манифестация первых симптомов. Хроническое рецидивирующее течение. Наследственная отягощенность по атопии

3.Показания к назначению такролимуса среднетяжелая и тяжелая формы АтД.

Такролимусу и пимекролимусу свойственна низкая системная абсорбция; в отличие от местных ГК они не вызывают атрофии кожи и не влияют на функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.Такролимус используется по схеме 2 раза в неделю в течение 12 месяцев и более.

**Занятие 8.** Крапивница. Этиология, классификация, диагностика, лечение.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ КРАПИВНИЦЕ ПРИМЕНЯЮТ

1) антибиотики

2) диуретики

3) антигистаминные

4) дезагреганты

2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КРАПИВНИЦЫ

1) инспираторная одышка, осиплость голоса

2) непроизвольное мочеиспускание и дефекация

3) падение АД, нитевидный пульс

4) сыпь, кожный зуд

3. ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

1) лицо

2) конечности

3) туловище

4) любые участки тела

4. ТЯЖЕЛОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА

1) анафилактический шок

2) аллергический дерматит

3) аллергический васкулит

4) крапивница

5. КРАПИВНИЦА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ:

1) только на кожном покрове конечностей

2) на любом участке кожи.

3) только на кожном покрове в области грудной клетки

4) только на слизистых оболочках

6. НА КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ УРТИКАРИЙ ПРИ КРАПИВНИЦЕ:

1) остается рубцовая деформация кожи

2) остается длительная пигментация

3) следов не остается

4) остается депигментация

7. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1) длительно

2) периодически, по мере усиления высыпаний

3) не рекомендованы

4) коротким курсом

8. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЭФФЕКТА В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ СТАНДАРТНЫХ ДОЗ НЕСЕДАТИВНЫХ Н1-БЛОКАТОРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:

1) назначение преднизолона внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг веса

2) повышение дозы Н1-блокатора до 4 раз

3) введение в программу лечения циклоспорина А

4) продолжение приема Н1-блокатора прежней дозы

9. ПРЕЖДЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КРАПИВНИЦЫ ПРОВОДЯТ С:

1) чесоткой

2) эритродермией

3) атопическим дерматитом

4) мастоцитозом, уртикарным васкулитом, герпетическим везикулярным дерматитом

10. В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) цетрин

2) преднизолон

3) ферменты

4) энтеросгель

5) омализумаб

11. ДЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1) иммунными механизмами с участием IgE

2) иммунными механизмами с участием IgG

3) неспецифическим освобождением гистамина

4) неспецифическим освобождением ацетилхолина

12. СКОЛЬКО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОВ ВЫ ЗНАЕТЕ:

1) 1 тип гистаминовых рецептов

2) 2 типа гистаминовых рецептов

3) 3 типа гистаминовых рецептов

4) 4 типа гистаминовых рецептов

13. ВЫСОКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ, ВЫЗВАННОЙ:

1) аллергией к домашней пыли

2) пищевой аллергией

3) очагами хронической инфекции

4) глистной инвазией

14. ПЕРВИЧНЫЕ КОЖНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

1) в эпидермисе

2) в подкожной клетчатке

3) в приваскулярной области

4) эпидермисе и дерме

15. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1) длительно

2) периодически, по мере усиления высыпаний.

3) не рекомендованы

4) коротким курсом

16. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЭФФЕКТА В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ СТАНДАРТНЫХ ДОЗ НЕСЕДАТИВНЫХ Н1-БЛОКАТОРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:

1) назначение преднизолона внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг веса.

2) повышение дозы Н1-блокатора до 4 раз

3) введение в программу лечения циклоспорина А

4) продолжение приема Н1-блокатора прежней дозы

17. ПРИ КРАПИВНИЦЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1) антибиотики

2) диуретики

3) антигистаминные

4) дезагреганты

18. КРАПИВНИЦА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ ЕЁ ПРОЯВЛЕНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ:

1) 2 недель

2) 4 недель

3) 6 недель

19. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1) длительно, а не по необходимости.

2) периодически, по мере усиления высыпаний.

3) не рекомендованы

20. КРАПИВНИЦА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ ЕЁ ПРОЯВЛЕНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ:

1) 2 недель

2) 4 недель

3) 6 недель

4) 1 года

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 11 | 4 |
| 2 | 4 | 12 | 1 |
| 3 | 4 | 13 | 2 |
| 4 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 2 | 15 | 1 |
| 6 | 3 | 16 | 2 |
| 7 | 1 | 17 | 3 |
| 8 | 2 | 18 | 3 |
| 9 | 2 | 19 | 1 |
| 10 | 1 | 20 | 3 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Определение и классификация крапивницы.

2. Основные диагностические критерии острой и хронической крапивницы.

**3.** Дифференциальная диагностика крапивницы.

4. Оценка крапивницы по степени тяжести

5. Общие принципы лечения острой и хронической крапивницы

**Ситуационная задача №1.**

Больная 10 лет поступила с жалобами на сильный зуд по всему телу, отечность век, сыпь, боль в животе, тошноту.

Анамнез заболевания: больна 3 дня, появился насморк, кашель. В связи с чем мать давала чай с медом, малиной. Через 3 часа появился отек век, а затем зуд кожи.

Анамнез жизни: девочка от 3 беременности, во время которой мать несколько раз переболела острым респираторным заболеванием и принимала антибиотики. Бабушка по линии матери страдает хроническим гепатитом. На первом году жизни девочки наблюдались атопический дерматит, частые ОРЗ, дисбиоз кишечника. С 5 лет отмечает боль в эпигастральной области и в правом подреберье. С этого же времени появляются периодические высыпания на теле, сопровождающиеся зудом.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, капризничает, отказывается от еды. Кожные покровы гиперемированы, на этом фоне- множественные зудящие различной величины папулы бледно-розового цвета, округлой или продолговатой формы, следы расчесов. Уртикарии расположены на шее, туловище, внутренних поверхностях конечностей, ягодицах. Оба века отечны, глазные щели значительно сужены. Видимые слизистые полости рта гиперемированы, слизистая оболочка полости глотки также гиперемирована и отечна. Живот при пальпации мягкий, печень + 1,0 см., положительный симптом Кера.

Данные обследования: общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0, лейкоциты 8,3

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, альбумины 50%, L- глобулины 10%, В-глобулины 11%, Y-глобулины 13%.

Кожные пробы- сенсибилизация к аллергенам говядины (+++), ржаной муки (+++), коровьего молока (+++), лимона (+++), гречки (+), пыльцы ежи (++), райграса (+), лебеды (+++).

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1.Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Остраяаллергическая крапивница, ангионевротический отек, пищевая аллергия.

2. **Основные диагностические обследования:**

• общий анализ крови;

• общий анализ мочи;

• исследование кала на гельминты;

• определение Ig E (общий) и специфических IgE к причинно-значимым аллергенам в сыворотке кровиметодом ИФА;

биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ).

3.**Цели лечения:** купирование клинических симптомов;предупреждение развития осложнений.

**Антигистаминные H1 блокаторы 2-го поколения.** Левоцетиризин внутрь перорально 1 раз в день, № 7-10 дней: взрослые и дети старше 6 лет по 5 мг.

**Глюкокортикоиды.** При тяжелом течении процесса, доза и кратность определяются индивидуально.

**Ситуационная задача №2.**

Больной 18 лет обратился к аллергологу с жалобами на возникающие при механическом раздражении высыпания на теле, сопровождающиеся умеренным кожным зудом.

Анамнез заболевания: Вышеуказанные симптомы беспокоят около 1,5 лет. По поводу высыпаний получает лоратадин, супрастин - с временным эффектом. Наследственность по атопии не отягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски. На коже головы, груди, туловища ярко красные папулы, округлой или продолговатой формы, возникающие при механическом раздражении кожи. Дермографизм ярко красный. Видимые слизистые без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нв-130 г/л, эритроциты 5,3х1012/л, лейкоциты 8,3х1012/л, Ht–35,3%, ЦП–27,2pg, Тр-359х10³/μL, нейтр-41,2%, м-5,5%, л-50,7%, э-2,0%, СОЭ-4 мм/ч,

Общий анализ мочи: прозр, белок-нет, глюкоза-отр., лейк.-1-2в п/зр., пл.эпителий-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, АлАТ 23 ед/л(норма - до 40),, АсАТ 24 ед/л. (норма - до 40), глюкоза 5,4 ммоль/л.

Кал на я/г, простейшие: не обнаружены.

**Вопросы к ситуационной задаче №2.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Назовите классификацию крапивницы по продолжительности проявлений.

3. По какому типу аллергических реакций протекает данный вариант крапивницы?

4. Составьте план дополнительного обследования

5. Составьте план лечения

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2.**

1. Хроническая крапивница (холинергическая), обострение.

2. По продолжительности проявлений крапивница классифицируется:

•Острая крапивница – спонтанное возникновение волдырей и/или ангиоотеков на протяжении временного периода менее 6 недель;

•Хроническая крапивница – симптомы на протяжении временного периода

более 6 недель.

3. Иммунные реакции II типа чаще лежат в основе холинергической и дермографической крапивниц

4. ЭГДС + Helicobacter pylori Нр. ИФА (а/т лямблии, аскариды, описторхии). УЗИ внутренних органов. УЗИ щитовидной железы. Обследование гормонов щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антинуклеарных антител. Определение концентрации С3/С4 компонентов комплемента

5. Неседативный Н1-гистаминовый препарат (стандартная доза). При персистировании симптомов через 2 недели неседативный Н1-гистаминовый препарат (повышение дозы до 2х-4х кратной от стандартной).

**Занятие 9.** Пищевая аллергия. Клинические проявления. Методы диагностики.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. первые месяцы и годы жизни

2. в юношеском возрасте

3. в зрелом возрасте

4. в пожилом возрасте

2. ГРУППОЙ РИСКА К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА:

1. с заболеваниями печени

2. с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

3. с отягощенным анамнезом по атопии

4. Все верно

5. Нет верного ответа

3. ИМИТИРОВАТЬ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МОГУТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. пищевой токсикоинфекции

2. ложной пищевой аллергии

3. идиосинкразии вследствие дефекта ферментных систем желудочно-кишечного тракта

4. психогенной непереносимости пищевых продуктов

4. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

5. ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ СОДЕРЖАЩИМИ МНОГО ГИСТАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. ферментированных продуктов

2. шпината

3. яблок

4. шоколада

5. клубники

6. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:  
1. 10 месяцев  
2. 6 месяцев  
3. 2-х месяцев   
4. 4-х месяцев

7. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ:  
1.арбуз  
2.вишня  
3.мясо  
4.рыба

8. КАКИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ ОТНОСЯТСЯ КОБЛИГАТНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ:  
1. коровье молоко  
2. говядина  
3. рыба  
4. все верно  
5. нет верного ответа

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 5 | 3 |
| 2 | 4 | 6 | 2 |
| 3 | 1 | 7 | 4 |
| 4 | 2 | 8 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Иммунологические механизмы патогенеза пищевой аллергии.

2. Особенности клинических проявлений пищевой аллергии.

3. Методы диагностики пищевой аллергии

**Ситуационная задача №1.**

Оля К., 7 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, бронхиальная астма.

Анамнез заболевания: после употребления в пищу смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, на коже шеи, в области запястий, локтевых сгибов множественные папулы диаметром до 1 мм ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 38. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык чистый, влажный. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. пл. 1012., белок отриц., эпителий 10 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения,

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты - ед., слизь +++, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1.Назовите факторы риска развития данного заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Отягощенная по атопии наследственность: у мамы - лекарственная аллергия, у бабушки по линии матери - аллергический ринит, астма. Раннее искусственное вскармливание (с 2 мес., в настоящее время получает цельное коровье молоко)

2. Атопический дерматит, распространенная форма, младенческая стадия, средней тяжести, обострение. Пищевая аллергия.

3. Б/х ан. крови: общ.белок, мочевина, АлАТ, АсАТ, Са, Р, креатинин.Посев кала на дисбактериоз.

Определение аллергенспецифических IgE - антител в сыворотке крови. Консультация дерматолога (коррекции наружной терапии). Ведение пищевого дневника

4. Продукты прикорма вводятся в рацион по одному, в небольших количествах в период продолжающегося грудного вскармливания. У детей с аллергией к БКМ - прикорм с исключением молочных продуктов. Оптимальный срок для введения прикорма – 5-6 месяцев. В остром периоде АтД новые продукты прикорма не назначаются.Гипоаллергенный овощной прикорм: кабачки, патиссоны, цветная, белокочанная, брюссельская капуста и др. При гастроинтестинальных нарушениях, сниженной массе тела первыми вводятся каши промышленного производства, при склонности к запорам или избыточной массе тела - овощное пюре.Гипоаллергенный зерновой прикорм: монокомпонентные безмолочные и безглютеновые каши (гречневая, рисовая, кукурузная), не содержащие сахар.

Индивидуальный подбор продуктов прикорма с контролем специфических IgE и/или прик-тестов и клинической переносимости. Мясное пюре вводят с 6 месяцев (специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, ягненка, тощей свинины). Говядина и телятина у детей с аллергией к БКМ не используются.

Фруктовые и ягодные соки рекомендуются к концу первого года жизни. Фруктовый прикорм формируется из яблок зеленой и белой окраски. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость.

Куриное яйцо и рыба (высокоаллергенные продукты) не вводятся в рацион детей первого года жизни с АтД.Кисломолочные продукты и творог при наличии аллергии на БКМ полностью исключаются.

**Занятие 10.** Пищевая аллергия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВИДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антигистаминовых препаратов

2. глюкокортикоидов

3. сорбентов

4. кетотифена

2. УКАЖИТЕ СМЕСИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙНА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА:

1. смеси на основе гидролизатов сывороточного белка низкой степени гидролиза

2. смеси на основе белка козьего молока

3. смеси на основе гидролизатов сывороточного белка высокой степени гидролиза

4. аминокислотные смеси

3.УКАЖИТЕ СМЕСИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ :

1. кисломолочная смесь (агуша 1-2, нан кисломолочный)

2. смесь на основе изолята соевого белка (нан соя, нутрилон соя)

3. смесь на основе полного гидролиза белков коровьего молока (нутрилон пепти тсц, альфаре)

4. продолжить кормление адаптированной молочной смесью

4. У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЕНА ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ВРАЧОМ ПОДОБРАНА ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ДИЕТА. КАКОВЫ КРИТЕРИИ ПРАВИЛЬНОСТИ ПОДБОРА ДИЕТЫ?

1. наступление клинической ремиссии в течение 1-2 дней  
2. наступление клинической ремиссии в течение 3-5 недель  
3. нормализация показателей периферической крови   
4. нормализация показателей крови, кроме уровня эозинофилов.

5. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

1. связывание свободного гистамина

2. высвобождение гистамина

3.усилением выведения гистамина

4. торможении образования гистамина

5. конкурентном действии с гистамином за HI-рецепторы

6. НЕДОСТАТКИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ:

1. седативный эффект  
2. Повышают способность к обучению  
3. кардиотоксический эффект  
4. муколитический эффект

7. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. диазолин

2. фенкарол

3.супрастин

4. кларитин

5. димедрол

8. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ I ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. зиртек

2. телфаст

3. тавегил

4. ломилан

5.фенистил

9. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. первые месяцы и годы жизни

2. в юношеском возрасте

3. в зрелом возрасте

4. в пожилом возрасте

10. ГРУППОЙ РИСКА К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА:

1. с заболеваниями печени

2. с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

3. с отягощенным анамнезом по атопии

4. Все верно

5. Нет верного ответа

11. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

12. ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ СОДЕРЖАЩИМИ МНОГО ГИСТАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. ферментированных продуктов

2. шпината

3. яблок

4. шоколада

5. клубники

13. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:  
 1. 10 месяцев  
2. 6 месяцев  
 3. 2-х месяцев   
 4. 4-х месяцев

14. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ:  
1.арбуз  
2.вишня  
3.мясо  
4.рыба

15. КАКИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ ОТНОСЯТСЯ КОБЛИГАТНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ:  
1. коровье молоко  
2. говядина  
3. рыба  
4. все верно  
5. нет верного ответа

16. ИМИТИРОВАТЬ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МОГУТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. пищевой токсикоинфекции

2. ложной пищевой аллергии

3. идиосинкразии вследствие дефекта ферментных систем желудочно-кишечного тракта

4. психогенной непереносимости пищевых продуктов

17. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

18. ОТЛИЧАЕТСЯ ЛИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТ ИСТИННОЙ?

1. Нет

2. Да

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 3 | 10 | 4 |
| 2 | 4 | 11 | 2 |
| 3 | 3 | 12 | 3 |
| 4 | 2 | 13 | 2 |
| 5 | 1 | 14 | 4 |
| 6 | 1 | 15 | 4 |
| 7 | 4 | 16 | 1 |
| 8 | 3 | 17 | 2 |
| 9 | 1 | 18 | 1 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Иммунологические механизмы патогенеза пищевой аллергии.

2. Особенности клинических проявлений пищевой аллергии.

3. Протоколы лечения пищевой аллергии.

4. Элиминационные диеты.

5. Меры профилактики пищевой аллергии.

**Ситуационная задача №1.**

Катя К., 8 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами на высыпания,зуд кожи, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3500. Закричала сразу. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (бронхиальная астма). У бабушки по линии матери - аллергический ринит.

Анамнеззаболевания:высыпания на коже щек впервые появились после кормления молочной смесью. В настоящее время получает цельное коровье молоко, высыпания усилились.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, в области живота гиперемия, в области запястий, локтевых сгибов папулы ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 40. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 32%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок отриц., лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты ед., слизь +++; эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Назовите факторы риска по данным анамнеза

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Отягощенная по атопии наследственность: у мамы - лекарственная аллергия, у бабушки по линии матери - аллергический ринит. Раннее искусственное вскармливание (с 2 мес., в настоящее время получает цельное коровье молоко)

2. Атопический дерматит, распространенная форма, младенческая стадия, средней тяжести, обострение. Пищевая аллергия.

3. Б/х ан. крови: общ.белок, мочевина, АлАТ, АсАТ, Са, Р, креатинин.Определение аллергенспецифических IgE - антител в сыворотке крови. Консультация дерматолога (коррекции наружной терапии). Ведение пищевого дневника

4. Продукты прикорма вводятся в рацион по одному, в небольших количествах в период продолжающегося грудного вскармливания. У детей с аллергией к БКМ - прикорм с исключением молочных продуктов. Оптимальный срок для введения прикорма – 5-6 месяцев. В остром периоде АтД новые продукты прикорма не назначаются.Монокомпонентный состав продуктов прикорма (исключить молоко, глютен, сахар, соль, бульон, консерванты, искусственные красители, ароматизаторы). Овощной прикорм: кабачки, патиссоны, цветная, белокочанная, брюссельская капуста и др. Мясное пюре вводят с 6 месяцев (специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, ягненка, тощей свинины). Говядина и телятина у детей с аллергией к БКМ не используются.Кисломолочные продукты и творог при наличии аллергии на БКМ полностью исключаются.

**Ситуационная задача №2.**

Оля К., 7 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами со слов мамы на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, бронхиальная астма.

Анамнез заболевания: после употребления в пищу смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, на коже шеи, в области запястий, локтевых сгибов множественные папулы диаметром до 1 мм ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 38. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык чистый, влажный. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. пл. 1012., белок отриц., эпителий 10 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения,

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты - ед., слизь +++, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №2.**

1.Назовите факторы риска развития данного заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2.**

1. Отягощенная по атопии наследственность: у мамы - лекарственная аллергия, у бабушки по линии матери - аллергический ринит, астма. Раннее искусственное вскармливание (с 2 мес., в настоящее время получает цельное коровье молоко)

2. Атопический дерматит, распространенная форма, младенческая стадия, средней тяжести, обострение. Пищевая аллергия.

3. Б/х ан. крови: общ.белок, мочевина, АлАТ, АсАТ, Са, Р, креатинин.Посев кала на дисбактериоз.

Определение аллергенспецифических IgE - антител в сыворотке крови. Консультация дерматолога (коррекции наружной терапии). Ведение пищевого дневника

4. Продукты прикорма вводятся в рацион по одному, в небольших количествах в период продолжающегося грудного вскармливания. У детей с аллергией к БКМ - прикорм с исключением молочных продуктов. Оптимальный срок для введения прикорма – 5-6 месяцев. В остром периоде АтД новые продукты прикорма не назначаются.Гипоаллергенный овощной прикорм: кабачки, патиссоны, цветная, белокочанная, брюссельская капуста и др. При гастроинтестинальных нарушениях, сниженной массе тела первыми вводятся каши промышленного производства, при склонности к запорам или избыточной массе тела - овощное пюре.Гипоаллергенный зерновой прикорм: монокомпонентные безмолочные и безглютеновые каши (гречневая, рисовая, кукурузная), не содержащие сахар.

Индивидуальный подбор продуктов прикорма с контролем специфических IgE и/или прик-тестов и клинической переносимости. Мясное пюре вводят с 6 месяцев (специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, ягненка, тощей свинины). Говядина и телятина у детей с аллергией к БКМ не используются.

Фруктовые и ягодные соки рекомендуются к концу первого года жизни. Фруктовый прикорм формируется из яблок зеленой и белой окраски. Тепловая обработка фруктов улучшает их переносимость.

Куриное яйцо и рыба (высокоаллергенные продукты) не вводятся в рацион детей первого года жизни с АтД.Кисломолочные продукты и творог при наличии аллергии на БКМ полностью исключаются.

**МОДУЛЬ № 5.Острые токсико – аллергические реакции. Анафилактический шок.**

**Занятие 1.**Анафилактический шок. Этиология, патогенез.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКИЕ СИМПТОМЫ ОТНОСЯТ К ПРЕДВЕСТНИКАМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА?

1. сердцебиение, боль в сердце, беспокойство, шум, в ушах, страх смерти

2. немотивоване повышение настроения, двигательная активность, тремор

3. сухий кашель, боль в груди при глубоком дыхании

4. икота, боль в правом подреберье

5. верного ответа нет

2. ФАЗА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1.повышением чувствительности рецепторов по отношению к не антигенным раздражителям

2. способностью тканей и органов сенсибилизированного организма усиленно связывать специфический аллерген

3. процессами антителообразования

4. всем перечисленным

3. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. реакция аллергена с сенсибилизированными Т-лимфоцитами

2. реакция аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях, клетках организма

4. все перечисленное

3. ничего из перечисленного

4. СИНОНИМАМИ ТЕРМИНА "РЕАГИНЫ" ЯВЛЯЮТСЯ:

1. анафилактические антитела

2. гомоцитотропные антитела

3. кожно-сенсибилизирующие антитела

4. все перечисленное

5. АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ В СВОЕЙ ОСНОВЕ:

1. реакцию аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях и клетках организма

2. образование в крови комплекса аллерген-антитело с последующей его фиксацией на шоковых органах

3. повреждаемые клетки сами по себе несут антигенный компонент, где являются аллергеном и благодаря этому реагируют с антителами

4. ничего из перечисленного

6.ОСОБЕННОСТИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПАТОГЕНЕЗА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОБУСЛОВЛЕНЫ:

1. сокращением гладкой мускулатуры бронхов, сосудов, миокарда

2. понижением проницаемости сосудов и тканевых барьеров

3. понижением секреции слизистых желез

4. всем перечисленным

7. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

1. молниеносное развитие клинической картины

2. наличие продромального периода

3. отсутствие низкого артериального давления

4. все перечисленное

8. ОСЛОЖНЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. тяжелыми необратимыми изменениями в жизненноважных органах

2. отсутствием симптомов острой дыхательной недостаточности

3. отсутствием симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности

9. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

1. адреналина

2. атропина

3. антибактериальных препаратов

4. ничего из перечисленного

10. У БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ (АКДС) ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКАЯ ВЯЛОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОДЫШКА. ОБЪЕКТИВНО: ВЫРАЖЕННЫЕ БЛЕДНОСТЬ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОТЛИВОСТЬ, ПУЛЬС – 110, АД 80/50 ММ.РТ.СТ.

ЧТО СТАЛО ПРИЧИНОЙ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ?

1. болевой шок

2. отек Квинке

3. анафилактический шок

4. ДВС - синдром

5. геморрагический шок

11. ПАТОГЕНЕЗ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСНОВАН НА АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ?

1. хронические заболевания почек

2. крапивница

3. хронические неспецифические заболевания легких

4. гиперплазия тимуса

5. сахарный диабет

12. НЕМЕДЛЕННЫЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ РЕАКЦИИ ПО АНАФИЛАКТОИДНОМУ ТИПУ ВЫЗЫВАЮТ:

1. рентгеноконтрастные вещества

2.лактамные антибиотики

3. гетерогенные сыворотки

4. вакцины

5. ферменты

13. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК - ЭТО:

1. проявление острой недостаточности левого желудочка

2. проявление острой недостаточности правого желудочка

3. эмоциональное расстройство

4. вегетативная реакция

5. острая аллергическая реакция

14.ОДНИМ ИЗ КАРДИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЕСТЬ:

1. перитонит

2. анорексия

3. брадикардия

4. артериальна гипертензия

5. артериальная гипотензия

15. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЛЕЖИТ:

1. реакция гиперчувствительности немедленного типа

2. реакция гиперчувствительности замедленного типа

3. имунокомплексний механизм

4. интоксикация инфекционного генеза

5. дегидратация

16.ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЕСТЬ:

1. бронхоспазм

2. вазодилатация

3. сердечная недостаточность

4. дегидратация

5. ларингоспазм

17.ОДНИМ ИЗ ОПАСНЕЙШИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. портальная гипертензия

2. асцит

3. цироз печени

4. амилоидоз

5. асфиксия

18.ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острая сердечная недостаточность и уменьшение сердечного выброса

2. дегидратация

3. повышение проницаемости сосудистой стенки с развитием гиповолемии

4. бронхоспазм

5. легочное кровотечение

19. ДЛЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

1. отсутствие продромального периода

2. низкое артериальное давление

3. нормальное артериальное давление

4. высокое артериальное давление

20.ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

1. острая дыхательная недостаточность

2. острая сердечная недостаточность

3. наличие симптомов «острого живота»

4.наличие симптомов отека мозга

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 11 | 2 |
| 2 | 4 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 13 | 5 |
| 4 | 4 | 14 | 5 |
| 5 | 1 | 15 | 1 |
| 6 | 1 | 16 | 2 |
| 7 | 1 | 17 | 5 |
| 8 | 1 | 18 | 3 |
| 9 | 1 | 19 | 2 |
| 10 | 3 | 20 | 4 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Патогенез анафилактического шока.

2.Особенности клинического течения анафилактического шока.

3.Критерии тяжести анафилактического шока. Варианты клинических проявлений

**Ситуационная задача №1.**

Больной В.10 лет, на дом вызвана бригада скорой помощи. Около 20 минут назад появились жалобы со слов матери на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу внебольничной пневмонии была сделана первая иньекция (0,5 амоксициллина внутримышечно).

При осмотре ребенок заторможен. Кожный покров бледный, на этом фоне - множественные зудящие различной величины уртикарные высыпания бледно-розового цвета, округлой или продолговатой формы. Уртикарии расположены на шее, туловище, внутренних поверхностях конечностей, ягодицах. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания - 56 в 1 мин. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт.ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Укажите классификацию по характеру течения АШ

3.Иммунологический механизм анафилактической реакции

4.Окажите неотложную помощь

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Анафилактический шок, средней степени тяжести.

2. Острое злокачественное течение (острое начало с быстрым падением АД)

Острое доброкачественное течение (характерно для типичной формы АШ)

Затяжной характер течения (после проведения противошоковой терапии, резистентность к терапии, формирование осложнений)

3.Реакция аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях, клетках организма

4. Адреналин 10 мкг/кг 0,3-0,5 мл 0,1% р-ра (1 мл раствора адреналина гидрохлорида разводят в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия) в/м. При сохранении артериальной гипотензии введение адреналина можно повторить через 5-15 мин.

Полость рта и дыхательные пути очистить от слизи, повернуть голову ребенка набок для предупреждения аспирации. Измерение АД каждые 2-3 минуты.

Оксигенотерапия

Доступ к вене: вводить в/в капельно 0,9% раствор хлорида натрия 10 мл/кг под контролем уровня АД.

В/в струйно преднизолон 2-5 мг/кг.

При сохранении явлений бронхоспазма – ингаляция сальбутамола 2,5 мг/2,5мл или беродуала с помощью небулайзера.

Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации (СЛР)

Госпитализация в отделение реанимации

**Занятие 2.** Анафилактический шок. Варианты клинического течения. Неотложная терапия.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ:

1. применение адреналина

2. применение атропина

3. применение антибиотиков

4. все перечисленные методы

5. ничего из перечисленного

2. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЙСТВИЯ АЛЛЕРГЕНОВ:

1. несколько секунд

2. 20-40 минут

3. 6 часов

4. 24 часа

3. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

1. адреналина (эпинефрина)

2. атропина

3. антибактериальных препаратов

4. гипотензивных препаратов

4. ПРИМЕНЕНИЕ АДРЕНАЛИНА РЕКОМЕНДОВАНО В ДОЗАХ:

1. 0,3-0,5 мл 0,1% раствора п/к одномоментно

2. 0,5-1,0мл 0.1 % раствора п/к одномоментно

3. ни то, ни другое

5. ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ:

1. Димедрол

2. Обзидан

3. Адреналин

4. Мезатон

5. Супрастин

6. В СОСТАВ ПРОТИВОШОКОВОГО НАБОРА ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИКАМЕНТЫ:

1. адреналин (0,1 %) в ампулах (№ 10)

2. супрастин (2%) в ампулах (№ 10)

3. преднизолон (30 мг) в ампулах (№10)

4. дексаметазон (4 мг) в ампулах (№ 10)

5. все перечисленное

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

1. оказания немедленно медицинской помощи на месте, введения адреналина

2. транспортировки больного в медицинское учреждение

3. введения супрастина

4. вызова специализированной бригады скорой помощи

5. промывания желудка

8. ВВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПОКАЗАНО:  
1. всем больным  
2. больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД  
3. больным с сохраняющейся тахикардией и одышкой, после стабилизации АД

9. В ТЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ 2-3 ВОЛНЫ РЕЗКОГО ПАДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. КАКАЯ ВАША ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ ШОК:

1. не требуют госпитализации

2. рекомендовать посещение поликлиники

3. госпитализация в стационар

4. госпитализировать в профильный центр

5. амбулаторное лечение

10. ПРИЧИНАМИ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ЛИЦ МОГУТ БЫТЬ

1. коллапс

2. асфиксия

3. отек легких

4. отек мозга

11. ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ВОЗМОЖНОМУ РАЗВИТИЮ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ХОДЕ СИТ:

1. неправильное дозирование аллергена
2. лечение во время обострения аллергического заболевания
3. использование бета-блокаторов
4. использование М холинолитиков

12. ПО КАКОМУ ТИПУ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ РАЗВИВАЕТСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

1.реакция немедленного типа

2. реакция замедленного типа

3. иммунокомплексные реакции

4. цитотоксические реакции

1. неуточненные механизмы

13. ОСЛОЖНЕНИЯМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОГУТ БЫТЬ:

1. тромбоэмболии различных локализаций

2. тепловой шок

3. болевой шок

4. маниакально-депрессивный синдром

5. вегетативная реакция

14. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1. парапроктит

2. делирий

3. миокардит

4. остеомиелит

5. синдром Ди-Джорджи

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 8 | 3 |
| 2 | 1 | 9 | 3 |
| 3 | 1 | 10 | 1 |
| 4 | 1 | 11 | 4 |
| 5 | 3 | 12 | 1 |
| 6 | 5 | 13 | 1 |
| 7 | 5 | 14 | 3 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1.Алготритм неотложной терапии при анафилактическом шоке.

2. Тактика ведения больного после купирования острого периода.

**Ситуационная задача №1.**

Больной 43 лет доставлен в приемное отделение бригадой СМП с жалобами на головокружение, снижение АД, заторможенность, вялость, сонливость.

Анамнез заболевания: заболел остро спустя 10 мин после приема пентоксифиллина, наступило резкое ухудшение состояния: затуманивание сознания, помрачнение зрения, головокружение, осиплость голоса, затрудненная речь, холодный липкий пот, высыпания на теле, снижение АД до 60/20 мм рт ст. Вызвана бригада СМП. Оказаны следующие неотложные мероприятия: в/м р-р адреналина 0,1% 1 мл, р-р преднизолона 120 мг в/м. Состояние стабилизировалось. 2 недели назад получал стационарное лечение в хирургическом отделении по поводу атеросклероза сосудов нижних конечностей, получал пентоксифиллин, тромбоАСС.

Объективно: Состояние больного тяжелое. В сознании. Речь прерывистая, затруднена. На коже туловища единичные мелкие пятнисто-папулезные высыпания по типу крапивницы. Кожа бледная, влажная. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 110/90 мм рт ст. ЧСС 90 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1.Поставьте клинический диагноз

2.По какому типу аллергических реакций развился данный процесс?

3. Составьте план неотложных мероприятий на госпитальном этапе

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Состояние после перенесенного анафилактического шока, средней степени тяжести.

2.IgE -опосредованная реакция (анафилактическая реакция)

3. Проводится в реанимационном отделении (все лекарства вводятся внутривенно, при необходимости катетеризируется центральная вена). Продолжение восполнения ОЦК (коллоиды, кристаллоиды). Скорость зависит от степени нормализации АД. Адреналин - постоянная инфузия, 0,1% раствор 1 мл в 100 мл 0,9% хлорида натрия. Скорость зависит от степени нормализации АД. Если на фоне титрования адреналина сохраняется артериальная гипотензия или тахикардия переходят на титрование раствора норадреналина 2-4 мг (1-2 мл 0,2% раствора, разведя в 500 мл 0,9% хлорида натрия) до получения желаемого эффекта.

Допамин 400 мг растворяют в 500 мл в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия, титруя с начальной скоростью 2-20 мкг/кг/мин.

Системные ГКС в начальной дозе дексаметазон 8-32 мг в/в капельно/ преднизолон 90-120 мг.

При стабилизации гемодинамики хлоропирамина гидрохлорид (супрастин) 2% раствор 1 мл в/в или в/м.

Сальбутамол при бронхоспазме ингаляционно: взрослые - по 0,1-0,2 мг (1-2 ингаляции) 4 раза в сутки с интервалом 15 - 20 минут, но не более 8 доз.

При нестабильной гемодинамике и/или нарастании дыхательной недостаточности - перевод на ИВЛ. Контроль за жизненно важными функциями (мониторинг).

**Занятие 3.**Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острых токсико - аллергических реакций.

**Формы текущего контроляуспеваемости**(тестирование, устный опрос,ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отслаивание эпидермиса

2.отслойка сетчатка глаза

3. отек легких

4. отек головного мозга

5. асцит

2. СИНДРОМ ЛАЙЕЛА - ЭТО (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ):

1. инфекционно аллергический миокардит

2. токсичний гепатит

3. алергичний васкулит

4. токсичный эпидермальный некролиз

5. токсична энцефалопатия

3. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ:

1. пузыря

2. геморагических высыпания на коже нижней конечности

3. бронхоспазм

4. отек Квинке

5. крапивница

4.СИНДРОМ СТИВЕНСА - ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. только поражением кожи

2. изолированным поражением слизистой полости рта

3. изолированным поражением слизистых оболочек глаз

4. поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов

5. СИНДРОМ СТИВЕНСА - ДЖОНСОНА ОБЫЧНО:

1. начинается остро

2. начинается подостро

3. имеет хроническое течение

4. возможны различные варианты

6. ДЛЯ СИНДРОМА ЛEЙЕЛА ХАРАКТЕРНО:

1. эпидермальный некролиз

2. отрубевидное шелушение

3. пластинчатое шелушение

4. все перечисленное

7. ОСЛОЖНЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. пневмония

2. присоединение гнойной инфекции на коже и слизистых оболочках

3. почечная недостаточность

4. все перечисленное

8. ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ:

1. сердечно-сосудистой системы

2. желудочно-кишечного тракта

3. центральной нервной системы

4. всех перечисленных систем

9. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ СИДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА:

1. легкое течение

2. выраженная сезонность

3. тяжелое течение

4. отсутствие эффекта при применении наружной терапии

10. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. острым бурным началом

2. подострым началом

3. хроническим течением

4. всем перечисленным

11. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ БЫВАЕТ:

1. при атопическом дерматите

2. при синдроме Лайелла

3. при острой крапивнице

4. при любом из перечисленных поражений

12. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ?  
1. синдром Лайелла  
2. пиодермия  
3. чесотка  
4. пузырчатка  
5. эксфолиативный дерматит

13. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. хроническим течением

2. рецидивирующим течением

3. острым, бурным началом

4. возможны различные варианты течения

14. ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. пузырь

2. чешуйка

3. пустула

4. узел

5. пятно

15. ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ:

1. эндокринной системы

2. костной системы

3. центральной нервной системы

4. мочевыделительной системы

16. ЭРИТРОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. генерализованным покраснением кожного покрова

2. поражением слизистых оболочек

3. наличием пустул

4. полиморфизмом высыпаний

17.ДИАГНОСТИРОВАВ СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ИЛИ СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА, СЛЕДУЕТ:

1. назначить глюкокортикостероиды и госпитализировать больного

2. назначить амбулаторно глюкокортикостероиды

3. назначить антигистаминные препараты

18. ПЕРВИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ МНОГОМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. папулы

2. везикулы

3. пятна

4. все перечисленные элементы

5. ничего из перечисленного

19. У БОЛЬНОГО АНГИНОЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВС ПОЯВИЛИСЬ БОЛЬШИЕ ОЧАГИ ЭРИТЕМЫ С ВОЛДЫРЯМИ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА, ГЛАЗ, ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ПРИ ПРИКОСНОВЕНИИ К НИМ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТСЛОЙКА ЭПИДЕРМИСА (СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО). КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. дерматит

2. псориаз

3. рожа

4. ветряная оспа

5. токсический эпидермолиз (синдром Лайела)

20. СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. только поражением кожи

2. изолированным поражением слизистой оболочки полости рта

3. изолированным поражением слизистых оболочек глаз

4. поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов

5. изолированным поражением слизистой носа

21. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯДЕРМАТИТА ДЮРИНГА?

1. мучительный зуд

2. полиморфизм высыпаний

3. симметричность высыпаний

4. сгруппированность высыпаний

5. хроническое течение

22. КАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА?

1.папулы

2. бугорки

3. везикулы

4. узлы

5. волдыри

23. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ФОРМЫ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ?

1. наследственная

2. инфекционно-аллергическая

3. аутоиммунная

4. токсико-аллергическая

5. алиментарная

24. КАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТИПИЧНЫ ДЛЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ?

1. эритема

2. папулы

3. везикулы

4. волдыри

5. пузыри

25. ТЯЖЕЛЫМИ ВАРИАНТАМИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДА­ТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. эксфолиативный дерматит

2. синдром стивенса-джонса

3. токсикодермия

4. синдром лайелла

5. ангионевротический отек Квинке

26. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИДРОМА ЛАЙЕЛЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. антилейкотриеновые препараты

2. гидрокортизон и препараты кальция

3. антигистаминные препараты

4. глюкокортикостероиды

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 1 | 14 | 1 |
| 2 | 4 | 15 | 4 |
| 3 | 1 | 16 | 1 |
| 4 | 4 | 17 | 1 |
| 5 | 1 | 18 | 4 |
| 6 | 4 | 19 | 5 |
| 7 | 4 | 20 | 4 |
| 8 | 4 | 21 | 3 |
| 9 | 3 | 22 | 3 |
| 10 | 1 | 23 | 5 |
| 11 | 2 | 24 | 1 |
| 12 | 1 | 25 | 1 |
| 13 | 3 | 26 | 4 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1.Особенности клинических проявлений синдрома Лайелла.

2. Особенности клинических проявлений синдрома Стивенса – Джонсона.

3. Особенности клинических проявлений многоформной экссудативной эритемы.

4. Дифференциальная диагностика ОТАР.

5. Современные протоколы лечения ОТАР.Реабилиьация.

**Ситуационная задача №1.**

Ребенок 6 лет. Жалобы со слов мамы на высыпания и боли по всему телу, кашель, недомогание, повышение температуры до 390С.

Анамнез жизни: Масса тела при рождении 3600 г, длина - 52 см. На грудном вскармливании находился до 2-х мес. Рос и развивался согласно возрасту. Часто болеет ОРВИ, бронхитом.

Анамнез заболевания: Заболел остро около 7 дней назад с повышения температуры до 39,60 и появления озноба, сухого кашля, недомогания. В связи с кашлем мама давала ребенку аспирин, мед, состояние ухудшилось.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,60. На коже сыпь представлена в виде «мишени»: пузырьками, геморрагиями, участками некроза, в центре располагается пузырь, заполненный геморрагическим содержимым, по периферии сыпь представлена пятнистой эритемой. На губах, внутренней поверхности щек, нёбе наблюдаются разлитая эритема, отек, пузыри. Последние быстро вскрываются, образуя обширные эрозивные поверхности, покрытые желтовато–серым налетом. Губы и десны опухшие, болезненные, кровоточащие, покрыты геморрагическими корками и отторгающимися некротическими массами. Положительный симптом Никольского. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины симметричны при дыхании. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 40 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 100 в минуту. АД 100/60 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен. Отказывается от питья и еды.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план лечебно-профилактических мероприятий.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Синдром Стивенса Джонсона

2. С различными формами пузырчатки (с вульгарной, доброкачественной неакантолитической). В отличие от пузырчатки Синдром Стивенса Джонсона развивается остро с быстрым развитием высыпаний с типичными мишеневидными элементами, в течение нескольких часов на этих местах появляются пузыри, симптом Никольского положительный. С герпетическими высыпаниями. Отличительной особенностью герпетических высыпаний является с группированность пузырей, чаще на красной кайме губ, твердом и мягком небе, боковых стенках языка, щеках, деснах. Герпетические высыпания на коже после вскрытия покрываются серозно- геморрагическими корочками. С фиксированной эритемой. Отмечается появление крупных размеров пятен ярко - красного цвета, затем приобретают синюшно – багровый и коричневато- черноватый оттенок. В редких случаях на поверхности возникает пузырь. При синдроме Стивенса-Джонсона отмечается поражение слизистых оболочек как минимум двух органов, площадь поражения достигает не более 10% всего кожного покрова Синдром Стивенса-Джонсона развивается остро, поражение кожи и слизистых оболочек сопровождается тяжелыми общими расстройствами: высокой температурой тела (38-40°С), головной болью, сопорозным состоянием, диспепсическими явлениями и др. Высыпания локализуются преимущественно на коже лица и туловища

3.Антигистаминные препараты (лоратадин 10 мг). Глюкокортикоидные препараты (дексаметазон парентерально внутривенно 4-8 мг в сутки). Высокая доза удерживается до стабилизации процесса и снятия синдрома эндогенной интоксикации. Инфузионная терапия с целью дезинтоксикации, мочегонные по показаниям. Для обезболивания - тримеперидин (промедол) 1% раствор

Профилактика вторичной инфекции, бактериальных осложнений.

**Ситуационная задача №2.**

Больной 32 года, поступил в стационар с жалобами на высыпания красного цвета на коже рук, ног, слизистой полости рта, губах, слюнотечение.

Анамнез заболевания: заболел остро. Поднялась температура до 37,8˚С, беспокоила головная боль, недомогание, боль в горле, мышцах, суставах. Самостоятельно начал принимать парацетамол и амоксициллин. Через 2 дня появились пузыри на коже тыла кистей, стоп, голеней, затем высыпания появились на коже бедер и в полости рта. Пузыри в полости рта и на красной кайме губ вскрылись через 3 дня и на их месте образовались болезненные эрозии. Сопутствующие заболевания – хронический гайморит, хронический тонзиллит, частые ангины.

При осмотре: кожный процесс носит распространенный характер, расположен на коже тыла кистей, стоп, разгибательных поверхностях предплечий, голеней, бедер, на слизистой полости рта. Представлен пятнами и папулами розового цвета до 2,0 см в диаметре. Бляшки фиолетово-синюшные с западанием в центре и розово-красные по периферии, по расположению напоминают гирлянды. Пузыри с серозным содержимым. В полости рта, в преддверии рта и на губах обширные эрозивные участки. Одни эрозии покрыты желтовато-серым налетом, при снятии которого возникает кровотечение, другие покрыты кровянистыми корками. Из-за резкой болезненности больной не может открыть рот, речь затруднена. Симптом Никольского отрицательный.

Данные обследования в приемном отделении:

Общий анализ крови: Hb 132 г/л, эр. 5,2×1012/л, лейк. 7,8×109 /л, п/я 2%, с/я 58%, лимф. 28%, эоз. 4%, мон. 8%. СОЭ -22 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. плотн. 1014, лейк. 1-2 в п/зр., эр. – нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №2.**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план лечебных мероприятий.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2.**

1. Синдром Лайелла

2.С вульгарной, доброкачественной пузырчаткой. Отличительная особенность - синдром Лайелла развивается остро с быстрым развитием высыпаний с типичными мишеневидными элементами, в течение нескольких часов на этих местах появляются пузыри, симптом Никольского положительный (при пузырчатке отрицательный). С герпетическими высыпаниями. Отличительной особенностью герпетических высыпаний является сгруппированность пузырей, чаще на красной кайме губ, твердом и мягком небе, боковых стенках языка, щеках, деснах. Герпетические высыпания на коже после вскрытия покрываются серозно- геморрагическими корочками.

3. Системная терапия. Глюкокортикоидные препараты (дексаметазон парентерально внутривенно 4-8 мг в сутки). Высокая доза удерживается до стабилизации процесса и снятия синдрома эндогенной интоксикации. Инфузионная терапия с целью дезинтоксикации.

**Ситуационная задача №3.**

Больная, 18 лет поступила в реанимационное отделение больницы скорой медицинской помощи с высыпаниями по всему кожному покрову. Субъективно резкая болезненность здоровой и пораженной кожи.

Анамнез заболевания: заболевание началось через 5 дней после приема лекарственных препаратов - антибиотиков, нурофена в сиропе, назначенных по поводу ангины. Заболевание сопровождалось повышением температуры до 38,5-39˚С. Повышению температуры предшествовали продромальные явления в виде сонливости, недомогания, рвоты, головной боли, болей и ломоты костей и мышц. Затем на коже появилась уртрикарная сыпь, сопровождающаяся зудом. Наряду с волдырями появились красные пятна и пузыри.

При осмотре: Состояние тяжелое. Процесс носит распространенный характер, поражен почти весь кожный покров. На фоне диффузной, болезненной эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Пузыри с серозным содержимым. Определяется положительный симптом Никольского. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслоение эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом «смоченного белья»), легко оттягивается, а затем отторгается с образованием обширных, болезненных, кровоточащих эрозий. В патологический процесс вовлечены слизистые оболочки полости рта, конъюнктивы, носоглотки, гениталий.

Данные обследования в приемном отделении:

Общий анализ крови: Hb 130 г/л, эр. 5,6×1012/л, лейк. 8,8×109 /л, п/я 2%, с/я 58%, лимф. 28%, эоз. 4%, мон. 8%. СОЭ -20 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. плотн. 1014, лейк. 1-2 в п/зр., эр. – нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №3.**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план лечебно-профилактических мероприятий.

4. Укажите средства наружной терапии

**Эталон ответа к ситуационной задаче №3.**

1.Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).

2.С многоморфной экссудативной эритемой (МЭЭ) - наличие симметричных типичных мишеневидных элементов (либо громадные мишеневидные высыпания), расположенные симметрично. Важен правильно собранный анамнез с выявленем тригерных факторов.

С различными формами пузырчатки (с вульгарной, доброкачественной неакантолитической). В отличие от пузырчатки МЭЭ развивается остро с быстрым развитием полиморфных высыпаний, пузыри на воспалительном эритематозном фоне, симптом Никольского отрицательный.

С герпетическими высыпаниями. Отличительная особенность герпетических высыпаний- сгруппированность пузырей, чаще на красной кайме губ, твердом и мягком небе, боковых стенках языка, щеках, деснах. Герпетические высыпания на коже после вскрытия покрываются серозно- геморрагическими корочками

3. Системная терапия. Глюкокортикоидные препараты (дексаметазон парентерально внутривенно 4-8 мг в сутки). Высокая доза удерживается до стабилизации процесса и снятия синдрома эндогенной интоксикации. Инфузионная терапия с целью дезинтоксикации. Для обезболивания - тримеперидин (промедол) 1% раствор. Профилактика вторичной инфекции, бактериальных осложнений.

4.Ансептики на эрозивно – язвенные поражения (мирамистин, хлоргексидин водный р-р). При присоединении вторичного инфицирования- наружные средства в комбиниациях с антибактериальными средствами

**Модуль 6. Лекарственная аллергия.**

**Занятие 1.** Лекарственная аллергия

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование, устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПЕРВЫХ СИМПТОМАХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ НЕОБХОДИМО:
2. Назначить антигистаминные препараты
3. Продолжить лечение, уменьшить дозу препаратов
4. Отменить наиболее вероятные виновные препараты
5. Отменить все применяемые больным препараты

5. Продолжить лечение

1. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:
2. Отмечаются только кожные проявления
3. Характерно поражение кожи и слизистых оболочек
4. Характерно поражение слизистых оболочек
5. Одновременно поражается несколько органов и систем
6. Характерны только висцеральные поражения
7. СИМПТОМЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:
8. Зависят от дозы медикамента
9. Не зависят от дозы медикамента и способа введения
10. Зависят от способа введения медикамента
11. Зависят от кратности введения препарата
12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
13. Аллергологический анамнез
14. Кожное тестирование
15. Провокационные тесты
16. Лабораторные тесты
17. Верно все

5. ФОРМОЙ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. Аллергический ринит
2. Бронхиальная астма
3. Летучие эозинофильные инфильтраты
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного
6. ДИАГНОСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:
7. Аллергологическом анамнезе
8. Сочетании поражения печени с лихорадкой, гиперэозинофилией, поражением кожи
9. Возникновении подобной симптоматики при повторном применении препарата
10. Регрессе симптоматики при отмене препарата
11. На всем перечисленном

7. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:

1. Концентрация ЛС в моче

2. Концентрация ЛС в крови

3. Концентрация ЛС в спинномозговой жидкости

4. Концентрация ЛС в тканях

8. ЧТО ТАКОЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ?

1. Негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в обычных дозах

2. Негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в высоких дозах

3. Негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в низких дозах

4. Негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в очень высоких дозах

9. НЕПРЕДВИДЕННАЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ЭТО?

1. Нежелательная реакция организма указана в инструкции по его применению

2. Нежелательная реакция организма не указана в инструкции по его применению

3. Верно все

4. Нет правильного ответа

10.КАКАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ІV ТИПА?

1. несколько минут

2. 10-20 минут

3. 4-6 часов

4. 24-48 часов

5. зависит от возраста больного.

11. ОСНОВНОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИПРОТРОПИЯ БРОМИДА:

1. Повышение АД

2. Головная боль

3. Сухость во рту

4. Диарея

5. Тошнота, рвота

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ:

1. Угнетение коры надпочечников

2. Миопия

3. Остеопороз

4. Нарушение обмена меди

5. Задержка роста

13. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. Отмена подозреваемого лекарственного средства

2. Антигистаминные препараты в течение 7-10 дней

3. При выраженных проявлениях преднизолон в дозе 1 мг/кг в день в течение 7-14 дней

4. Плазмоферез для удаления иммунных комплексов

5. Верно все

14. КАКАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ІІІ ТИПА?

1. несколько минут

2. 10-20 минут

3. 4-6 часов

4. 24-48 часов

5. зависит от возраста больного.

15. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. Прописывать медикаменты, строго оправданные клинической ситуацией

2. Избегать полипрагмазии

3. Тщательно собирать лекарственный анамнез

4. Верно все

5. Нет верного ответа

16. НЕМЕДЛЕННЫЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ РЕАКЦИИ ПО АНАФИЛАКТИЧЕСКОМУ ТИПУ ВЫЗЫВАЮТ:

1. Глюкокортикоиды

2. Лактамные антибиотики

3. Ферменты

4. Сорбенты

5. Цитостатики

17. УТРИКАРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. Сопровождаются болью

2. Сопровождаются жжением

3. Сопровождаются зудом

4. Не вызывают субъектных ощущений

18. КАКОВА ДОЗА ПОДКОЖНО ВВОДИМОГО ЭПИНЕФРИНА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ:

1.0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина

2. 2,5 мл 1% раствора эпинефрина

3. 0,5 мл 0,001% раствора эпинефрина

4. 50 мл 0,1% раствора эпинефрина

5. 0,5 мл 0,01% раствора эпинефрина

19. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

1. Сепсисом

2. Ангиной, лимфоаденопатией

3. Гипертермией, анемией

4. Геморрагическим синдромом

5.Всем перечисленным

20. У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЯ К ПЕНИЦИЛЛИНУ. ЕМУ ПРОТИВОПОКАЗАН:

1. Кларитромицин

2. Гентамицин

3. Нистатин

4. Ампиокс

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 4 | 11 | 3 |
| 2 | 4 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 13 | 5 |
| 4 | 5 | 14 | 3 |
| 5 | 4 | 15 | 4 |
| 6 | 5 | 16 | 2 |
| 7 | 2 | 17 | 3 |
| 8 | 1 | 18 | 1 |
| 9 | 2 | 19 | 5 |
| 10 | 4 | 20 | 4 |

**3. Вопросы для рассмотрения.**

1. Клинические формы лекарственной аллергии.

2. Особенности специфической диагностики лекарственной аллергии.

3. Особенности кожного тестирования лекарственной аллергии. Показания и противопоказания к проведению провокационных подъязычных проб.

4. Показания к постановке лабораторных тестов in vitroпри лекарственной аллергии

**Ситуационная задача №1.**

Больная И., 18 лет, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи».

Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувство внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 8 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком, реакций на медикаменты не отмечалось.

Из анамнеза известно, что в детстве больная наблюдалась у аллерголога по поводу атопического дерматита, круглогодичного аллергического ринита. С целью диагностики проводились кожные скарификационные пробы, выявлена сенсибилизация: коровье молоко (+++), пшеничная мука (+++), шерсть кошки (++), собаки (+++), клещ домашней пыли (+++), береза (++). В подростковом возрасте интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергенами уменьшилась. В течение месяца у больной появился сухой кашель, заложенность носа, самостоятельно принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом.

Семейный анамнез: у отца больной бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с затрудненным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка вздута. ЧД -26 уд/мин. При перкуссии - легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох удлинен, выслушивается большое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 130уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД -90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба120/80 мм.рт.ст.). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову -10 х 9 х 8 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ -130 г/л, , эрит.-5,2х1012/л , тром -300х109/л, лейк.-7,2х109/л, лейкоциты -7, 82х1012/л, эоз. -10%, п/я -3%, с/я 65%, лимф. -20%, мон.-2%, СОЭ -5 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ- 0,12м/с, QRS-0,08м/с

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Каковы механизмы развития патологических реакций?

сосудов и отеку органов и тканей. Данный тип реакций протекает без участия комплемента.

3. Что входит в состав противошокового набора (основные препараты)?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Анафилактический шок на парентеральное ведение новокаина, типичный вариант, I степени тяжести.

2.Анафилактический шок развивается по I типу аллергических реакций (аллергическая реакция немедленного типа) как острая системная реакция сенсибилизированного организма на повторный контакт с аллергеном (реагиновый, IgE-опосредованный тип аллергической реакции). Взаимодействие аллергенов с IgE, фиксированными на поверхности тучных клеток и базофилов, приводит к выделению медиаторов (гистамина, серотонина). Физиологические и патологические эффекты гистамина опосредуются через мембранные рецепторы Н1-и Н2-типа: повышение сосудистой проницаемости, сокращение гладкой мускулатуры, легочная вазоконстрикция, повышение внутриклеточной концентрации цГМФ, усиление слизеотделения в верхних дыхательных путях, усиление хемотаксиса эозинофилов и нейтрофилов, активация Т-лимфоцитов, усиление продукции простагландинов, тромбоксана, лейкотриенов и др. Серотонин способен вызывать констрикцию артериол, бронхоконстрикцию, стимулировать перистальтику тонкой кишки. Воздействие указанных медиаторов аллергии в дальнейшем приводит к выраженному спазму гладкой мускулатуры внутренних органов, стазу, гемолизу, недостаточности кровообращения, резкому повышению проницаемости

3.состав противошокового набора

1. раствор адреналина (эпинефрина) 0,1%,1мг/мл, ампулы №10

2. раствор мезатона 1% ампулы №5

3. раствор допамина 5 мл (200мкг) ампулы №5

4. раствор супрастина 2% ампулы №10

5. раствор преднизолона (30мг) ампулы №10

6. раствор дексаметазона (4мг) ампулы №10

7.гидрокортизон гемисукцинат 100мг -№10 (для в/в введения)

8. раствор эуфиллина 2,4% ампулы №10

9.сальбутамол аэрозоль для ингаляций 100мкг №2

10 раствор строфантина-К 0,05% ампулы №5

11. раствор кордиамина 25% ампулы №5

12. раствор диазепама (реланиум, седуксен) 0,5% ампулы №5

13. раствор глюкозы 40% ампулы №20 (р-р глюкозы 5%-205мл)

14. раствор хлорида натрия 0,9% ампулы №20 (р-р хлорида натрия 400мл)

**Занятие 2.** Аллергические реакции к укусам кровососущих насекомых. Аллергия на яд жалящих насекомых.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование, устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ЗАДАЧАМИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ:

1. проведение Диаскин теста

2. специфическая диагностика

3. УЗИ диагностика

4. вакцинопрофилактика

5. постановки реакции Пирке

2. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В УСЛОВИЯХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. использующие только методы неспецифической терапии

2. находящиеся в состоянии стойкой ремиссии > 1 года

3. страдающие сопутствующим туберкулезом

4. получающие специфическую иммунотерапию

5. имеющие онкологические заболевания

3. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ВЫЗЫВАЕТ:

1. укусы комаров

2. укусы клопов

3. контакт с тараканом

4. ужаление перепончатокрылыми

5. москиты

4. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ:

1. пероральным введением аллергена

2. аппликационным введением аллергена

3. подъязычным введением без проглатывания

4. парентеральным введением аллергена

5. введением методом кожных квадратов

5. АДРЕНАЛИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ:

1. дермографической крапивнице

2. ангионевротическом отеке Квинке

3. тепловой крапивнице

4.атопическом дерматите

5. хронической рецидивирующей крапивнице

6. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. глюкокортикостероиды

2. антигистаминные препараты

3. мезатон

4. адреналин

5. норадреналин

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1. генерализованная везикулезная сыпь

1. геморрагическая или папулезная сыпь
2. крапивница.
3. тошнота
4. анафилактический шок.

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1. генерализованная везикулезная геморрагическая или папулезная сыпь

2. ангионевротический отек

3. анафилактический шок.

4. приступы удушья

5. путанность сознания

9. К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. поллиноз

2. бронхиальная астма

3. крапивница

4. ангионевротический отек

5. все верно

10. ШОКОВЫМИ ОРГАНАМИ И ТКАНЯМИ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ (РЕАГИНОВОЙ) АЛЛЕРГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ:

1. кожа, бронхи и легкие

2. почки

3. костная ткань

4. нервная ткань

11. В АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ:

1. антибиотики

2. портативный прибор для исследования ФВД

3. противошоковый набор

4. электрокардиограф

5. аппарат УЗИ

12. ЗАДАЧАМИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ:

1. консультации больных аллергическими заболеваниями

2. специфическая диагностика

3. специфическая иммунотерапия

4. верно все

13. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ВЫЗЫВАЕТ:

1. укусы комаров

2. укусы клопов

3. контакт с тараканом

4. ужаление перепончатокрылыми

5. москиты

**14. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ:**

1. отек на месте укуса, [зуд кожных покровов](https://medcatalog24.ru/allergologiya/allergicheskij-zud/), [крапивница](https://medcatalog24.ru/allergologiya/krapivnitsa/);

2. нарушение работы желудка, кишечника: вздутие живота, рвота, понос, боль в желудке, ухудшение общего состояния;

3. сильный отек горла, губ, языка (если укус в рот или шею), которые могут спровоцировать затрудненное дыхание или одышку. При тяжелом состоянии возникает бронхоспазм и тахикардия (нарушение сердцебиения);

4. сильное головокружение, потеря сознания

5. все верно

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 8 | 4 |
| 2 | 4 | 9 | 1 |
| 3 | 4 | 10 | 5 |
| 4 | 4 | 11 | 1 |
| 5 | 2 | 12 | 4 |
| 6 | 4 | 13 | 4 |
| 7 | 4 | 14 | 5 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Методы диагностики инсектной аллергии.

2. Симптоматическа терапия при местных реакциях от ужаления.

3. Медикаментозная терапия инсектной аллергии

4. Аллергическая реакция на ужаление перепончатокрылыми насекомыми.

5. Алгоритм неотложной помощи при инсектной аллергии.

6. Профилактика инсектной аллергии

**Ситуационная задача №1.**

Девочка В.,14 лет., доставлена в стационар.

Анамнез заболевания: через 10 минут после укуса осы в руку почувствовала нарастающую слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха.Аллергологический анамнез: у матери ребенка поллиноз.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, заторможена. Холодный липкий пот. Телосложение нормостеническое, массатела 44 кг рост 152 см. Кожные покровы бледные, распространенные высыпания уртикарного характера, зуд. Кисти рук и стоп холодные, синюшные. Местно в области укуса гиперемия и отек. Грудная клетка вздута. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука, при аускультации дыхание ослаблено, большое количество сухих свистящих хрипов на выдохе. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. Пульс частый слабый. ЧСС 120 в минуту. АД 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено

Общий анализ крови: Hb -140г/л, эритроциты -5,2х1012/л, лейкоциты -8,3х109/л, п/я-4%, с/я-56%, э-10%, лимфоциты -22%, моноциты -8%, СОЭ-16 мм/час.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план лечебных мероприятий.
3. Что лежит в основе патогенеза данного состояния?

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1. Острая аллергическая (атопическая) реакция на ужаление осы. Анафилактический шок, типичный вариант, острое доброкачественное течение, 2 степень тяжести.

2. Прекратить поступление предполагаемого аллергена (удалить жало). Холод к месту ужаления.

Незамедлительно в середину передне - латеральной поверхности бедра ввести в/м 0,3-0,5 мл 0,1 % р-ра эпинефрина (0,1% р-р адреналина гидрохлорида)**.** В случае отсутствия эффекта через 5-15 мин повторить инъекцию в той же дозе. Увлажненный кислород. Наладить в/в доступ, вводить 1-2л 0,9% р-ра хлорида натрия. Быть готовым к проведению легочно - сердечной реанимации. Транспортировать больного в отделение реанимации.

Дальнейшая тактика:

Если артериальное давление не нормализуется в/в струно (1 мл р-ра адреналина гидрохлорида 0,1% разводят в 10 мл 0,9% р-ра хлорида натрия), вводят дробно в течение 5-10 мин и/или в/в капельное введение эпинефрина (0,1% р-р - 1мл в 100 мл 0,9% р-ра хлорида натрия) с начальной скоростью введения 30-100мл/ч., титруя дозу в зависимости от клинического эффекта. В тяжелых случаях рекомендовано в/в капельно введение прессорных аминов: (норадреналин) в/в капельно 2-4 мг (1-2 мл 0,2% р -ра), разведя в 500мл 0,9% р-ра хлорида натрия до стабилизации АД; добутамин титровать 50 мкг/мин (5 мкг/кг/мин) в 500 мл 0,9% р-ра хлорида натрия. Для ликвидации гиповолемииинфузионная терапия (каллоидные и кристалоидные р-ры).

Терапия второго ряда парентерально глюкортикоиды (раствор преднизолона из расчета 2-5 мг/кг в/в струйно, р-р дексаметазона**-**0,3-0,6мг/кг в/в капельно) каждые 4-6 часов. Антигистаминные препараты:0, 2% р-р хлоропирамина гидрохлорид (супрастин) 1млх2 раза в сутки на фоне полной стабилизации состояния.

4. Что лежит в основе патогенеза данного состояния ?

В основе анафилактического шока лежит аллергическая реакция 1 типа. Сенсибилизация связана с фиксацией комплексов, антител-реагинов и антигенов на поверхности тучных клеток и выбросом ими биологически активных веществ. Выделяют три стадии патологических процессов при анафилактическом шоке: иммунологическая, патохимическая (биохимическая), патофизиологическая, или стадия функциональных расстройств.

*Иммунологическая стадия* - реакция специфического аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях и клетках сенсибилизированного организма.*Патохимическая стадия*- функциональные и морфологические изменения в клетках: активация и дегрануляция тучных клеток и базофилов крови. Комплекс антиген-антитело активизирует протеолитические и липолитические ферменты, вызывает немедленное освобождение из клеток биологически активных веществ (гистамина, ацетилхолина, гепарина, вазоактивных кининов, фибринолизина).

*Патофизиологическая стадия (функциональных расстройств)-* под влиянием биологически активных веществ падает сосудистый тонус и развивается коллапс. Повышается проницаемость сосудов микроциркуляторного русла, что способствует выходу жидкой части крови в ткани и сгущению крови.

**Ситуационная задача №2.**

Больная В.,14 лет. Доставлена в стационар.

Анамнез заболевания: через 10 минут после укуса осы в руку почувствовала нарастающую слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха.

Аллергологический анамнез: наследственность отягощена, у матери поллиноз.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, заторможена. Телосложение нормостеническое, масса 44 кг рост 152 см. Холодный липкий пот. Резкая бледность кожного покрова, высыпания уртикарного характера, зуд. Кисти рук и стоп холодные, синюшные. В области укуса гиперемия и отек. Дыхание затрудненно, перкуторно коробочный оттенок легочного звука. Аускультативно большое количество сухих свистящих хрипов на выдохе. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. Пульс частый слабый ЧСС 120 в минуту. АД 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено

Общий анализ крови в приемном покое: HB-140 г/л, эрит.-5,2х1012/л, тром -300х109/л, лейк.-8,3х109/л, п/я-4%, с/я-56%, э-10%, лимф.-22%, мон.-8%, СОЭ-16 мм/час.

**Вопросы к ситуационной задаче №2.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз

3. Назначьте план лечебных мероприятий.

**Эталон ответа к ситуационной задаче №2.**

1. Острая аллергическая (атопическая) реакция на ужаление осы. Анафилактический шок, типичный вариант, острое доброкачественное течение, 2 степень тяжести

2.Другие виды шока (кардиогенный, септический); острые состояния, сопровождающиеся артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, синкопальные состояния. ТЭЛА, эпилепсия, ваговагальные реакции, психогенные реакции

3.Прекратить поступление предполагаемого аллергена

(удалить жало). Холод к месту ужаления.

Незамедлительно в середину передне- латеральной поверхности бедра ввести в/м 0,1% р-р адреналина гидрохлорида в дозе 0,4 мл из расчета 0,01мг/кг (0,1 % р-р эпинефрина) . В случае отсутствия эффекта через 5-15 мин повторить инъекцию в той же дозе. Увлажненный кислород.

Быть готовым к проведению легочно - сердечной реанимации. Транспортировать больного в отделение реанимации.

Дальнейшая тактика ведения АШ:

Если артериальное давление не нормализуется в/в струно (1 мл р-ра адреналина гидрохлорида 0,1% разводят в 10 мл 0,9% р-ра хлорида натрия), вводят дробно в течение 5-10 мин и/или начинается в/в капельное введение эпинефрина ( 0,1% р-р 1мл в 100 мл 0,9% р-ра хлорида натрия) с начальной скоростью введения 30-100мл/ч., титруя дозу в зависимости от клинического эффекта. В наиболее тяжелых случаях рекомендовано в/в капельно введение прессорных аминов:

- (норадреналин) в/в капельно 2-4 мг (1-2 мл 0,2% р - ра), разведя в 500мл 0,9% р-ра хлорида натрия, со скоростью инфузии 4-8 мкг/мин до стабилизации АД.

-допамин 400 мг растворяют в 500 мл 0,9% р-ра хлорида натрия со скоростью инфузии 2-20мкг/мин . суточная доза 400-8000мкг.

Для ликвидации гиповолемии инфузионная терапия (каллоидные и кристалоидные р-ры)

Терапия второго ряда парентерально глюкортикоиды (преднизолон из расчета 2-5 мг/кг, дексаметазон -0,3-0,6мг/кг) каждые 4-6 часов. Антигистаминные препараты: 2% р-р супрастина 1млх2 раза в сутки на фоне полной стабилизации состояния.Сальбутамол 2,5мг/2,5 мл через небулайзер в 1 мл изотонического раствора, при отсутствии эффекта через 20 мин повторно (до 4 раз в сутки), аминофиллин5-6 мг/кг в/в в течение 30 мин.

**Занятие 3.**Сывороточная болезнь.

**Формы текущего контроляуспеваемости** (тестирование устный опрос, ситуационная задача).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВВЕДЕНИИ СЫВОРОТКИ РАЗВИВАЕТСЯ:

1.на 3 - 5 - и день после введения сыворотки

2. на 8-10-й день после введения сыворотки

3. через 15-20 минут после введения сыворотки

4. через 6 часов после введения сыворотки

1. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПОВТОРНОМ ВВЕДЕНИИ СЫВОРОТКИ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. через 20 минут после введения сыворотки

2. через2 - 6 часов после введения сыворотки

3. на 3 - 5 - и день после введения сыворотки

4. на 8 - 10-й день после введения сыворотки

3. ПРИ ЛЕГКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. лихорадка

2. полилимфоаденопатия

3. гломерулонефрит

4. миокардит

4. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ:

1. Ig G  
2. Ig E  
3. комплементарная система  
4. Ig G, Ig М, Ig E, комплементарная система  
5. Ig А

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острая крапивница

2. температурная реакция

3. лимфаденопатия

4. все верно

5. нет правильного ответа  
  
6. ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ РАЗВИВАЕТСЯ СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ?

1  противостолбнячной сыворотки

2  столбнячного анатоксина

3 АКДС-вакцины

4. все верно

5. нет правильного ответа.

7. ПОНЯТИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергическую реакцию на медикаменты

2. токсическую реакцию на медикаменты

3. токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки

4. токсическую реакцию на белок чужеродной сыворотки

8. ПРОФИЛАКТИКОЙ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постановка кожной пробы с сывороткой

2. конъюнктнвальный тест с сывороткой

3. назначение антигистаминных препаратов перед введением сыворотки

4. введение сыворотки по методу Безредко

9. АНАТОКСИНЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ:

1.ветряной оспы

2. кори

3. столбняка

4. полиомиелита

10. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГЕТЕРОГЕННЫХ (ЛОШАДИНЫХ) СЫВОРОТОК ЯВЛЯЕТСЯ:

1. поллиноз

2. пищевая аллергия к рыбе

3. лекарственная аллергия к пенициллину

4. эпидермальная аллергия к перхоти лошади

11.  ВАКЦИНАЦИЯ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ:

1.  первичной профилактики

2.  вторичной профилактики

3.  третичной профилактики

12. МОЖЕТ ЛИ РАЗВИТЬСЯ СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СЫВОРОТКИ?

1. Да

2. Нет

13. АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ, РАЗВИВАЮЩИМИСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО III ТИПУ ИМУННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Миастения гравис

2. Сывороточная болезнь

3. Иммунный агранулоцитоз

4. Аутоиммунная гемолитическая анемия

14. АЛЛЕРГЕН ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЕТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА:

1. аллергеном из домашней пыли

2. аллергеном из пера подушки

3. аллергеном из пыльцы тополя

4. противостолбнячной сывороткой

5. аллергенами непатогенных плесневых грибов

15. БОЛЬНЫМ ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ:

1. антирабический гамма-глобулин

2. живую гриппозную вакцину

3. столбнячный анатоксин

4. противостолбнячную сыворотку

5. пенициллин

16. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ:

1. антибиотиков

2. противостолбнячной сыворотки

3. водносолевых экстрактов аллергенов

4. столбнячного анатоксина

5. инсулина

17. КОЖНЫЕ ПРОБЫ С ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ СЫВОРОТКОЙ ПОЗВОЛЯЮТ ВЫЯВИТЬ АНТИТЕЛА:

1. к аллергену перхоти лошади

2. к ПСС класса IgG

3. к аллергену мяса птицы

4. к ПСС класса IgE

5. кo всем перечисленным аллергенам

18. ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ:

1. аллергическую наследственность

2. профессиональные факторы

3. влияние пыльцы

4. влияние бытовых факторов

5. все верно

19. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ АЛЛЕРГИЗИРУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ ОБЛАДАЮТ ВАКЦИНЫ

1. против полиомиелита

2. БЦЖ

3. против эпидемического паротита

4. АКДС

5. АДС

20. В АССОЦИИРОВАННОМ ПРЕПАРАТЕ АКДС ТОКСИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НАИБОЛЕЕ ПРИСУЩИ

1. дифтерийному анатоксину

2. столбнячному анатоксину

3. всем перечисленным

4. коклюшному компоненту вакцины

5. всем, кроме коклюшного компонента

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Ответ | № вопроса | Ответ |
| 1 | 2 | 11 | 1 |
| 2 | 3 | 12 | 1 |
| 3 | 1 | 13 | 2 |
| 4 | 4 | 14 | 4 |
| 5 | 4 | 15 | 4 |
| 6 | 4 | 16 | 2 |
| 7 | 4 | 17 | 1 |
| 8 | 4 | 18 | 5 |
| 9 | 3 | 19 | 4 |
| 10 | 4 | 20 | 4 |

**3.Вопросы для рассмотрения.**

1. Этиология сывороточной болезни.

2. Патогенез сывороточной болезни.

3. Клиника сывороточной болезни.

4. Современные протоколы лечения сывороточной болезни.

**Ситуационная задача №1.**

Больной О, 15 лет. В связи с открытой травмой левого бедра пострадавшему произведена первичная хирургическая обработка раны, повторно внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы введено 1500 АЕ противостолбнячной сыворотки.

На пятые сутки после последней инъекции сыворотки у пациента повысилась температура тела до 38° С; появилась выраженная слабость, сердцебиение, боли в области сердца, болезненность и припухлость коленных, локтевых, лучезапястных суставов; зудящая сыпь на коже; увеличились подколенные и паховые лимфатические узлы.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 380 С., беспокоит слабость, периодически боли в области сердца. На туловище и конечностях отмечаются генерализованные уртикарные, розового цвета зудящие высыпания. Пальпируются болезненные подмышечные лимфатические узлы размером 0,5х0,5 см. Коленные, локтевые, голеностопные и лучезапястные суставы отечны, болезненны. Грудная клетка эластична, дыхание при аускультации везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 88 уд. В минуту. АД 100/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: НЬ -130 г/л, , эрит.-5,0х1012/л , лейк.-4,2х109/л, эоз. -2%, п/я -2%, с/я 44%, лимф. -48%, мон.-6%, СОЭ -18 мм/ч.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Укажите основной механизм развития болезни

3. Какие системы вовлекаются в патологический процесс при данном заболевании

4. Составьте план лечения

**Эталон ответа к ситуационной задаче №1.**

1.Сывороточная болезнь средней степени тяжести типичное течение

2.Основной механизм развития болезни — иммунологический. Он включает повреждающее действие циркулирующих иммунных комплексов, которые при достаточной их величине и некотором избытке антигена откладываются в сосудистой стенке, повышая ее проницаемость. Происходит повреждение сосудов и тканей при активном участии иммуноглобулинов класса G. Кроме того, при сывороточной болезни образуются и антитела класса IgE, участие которых в патологическом процессе приводит к освобождению гистамина, серотонина и тромбоцитоактивирующего фактора. Все это вызывает дальнейшее повреждение сосудов и соединительной ткани органов.

3.При сывороточной болезни в процесс вовлекается сердечно-сосудистая система. Больные жалуются на слабость, одышку, сердцебиение, боли в области сердца. Отмечаются снижение артериального давления, тахикардия, при аускультации - приглушенность сердечных тонов, на ЭКГ - снижение вольтажа. Часто диагностируется миокардит, может развиться ишемия миокарда (вплоть до инфаркта).При тяжелом течении заболевания в патологический процесс могут вовлекаться пищеварительный тракт (наблюдаются тошнота, рвота, диарея), почки (очаговый или диффузный гломерулонефрит), легкие (эмфизема легких, летучий эозинофильный инфильтрат, острый отек легких), печень (гепатит).Поражения со стороны нервной системы проявляются чаще всего в виде невритов и полиневритов и очень редко в виде менингоэнцефалитов с характерной симптоматикой.

4. Патогенетическое лечение антикоагулянтами в стационарных условиях под контролем свертываемости крови. При выраженных суставных проявлениях назначают нестероидные противовоспалительные препараты (бруфен, вольтарен, нимесулид, иногда делагил). При поражениях сердца и нервной системы - кортикостероидные препараты. При выраженных отеках показаны мочегонные препараты (триампур и др.). Другую симптоматическую терапию назначают по показаниям.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Критерии оценки результатов по составлению обобщающих таблиц** | - **оценка «отлично»**выставляется обучающемуся еслиграмотно заполнены все графы таблицы, обучающийся демонстрирует полное овладение содержанием учебного материала,в котором легко ориентируется;  - **оценка «хорошо»** выставляется обучающемуся еслизаполненывсе графы таблицы,но при этом содержание граф могут иметь отдельные неточности;  **- оценка «удовлетворительно»** выставляется, если обучающийся заполнил отдельные графы таблицы (50%), имеет разрозненные,бессистемные знания, допускает ошибки вопределении понятий, искажает их смысл. |
| **решение ситуационных** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **собеседование** | Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится

*по экзаменационным билетамв устной форме*

*Критерии оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения экзаменационного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие об антигенпрезентирующих клетках, их виды.

2. Механизмы переработки и представления эндо-и экзоантигенов.

3. Роль молекул главного комплекса гистосовместимости классов I и II.

4. Популяции, субпопуляции лимфоцитов.Иммунорегуляторные лимфоциты, их роль в иммунном ответе.

5. Антигеннезависимая и антигензависимая дифференцировка Т- и В-лимфоцитов.

6. Кооперация клеток в иммунном ответе.

7. Цитотоксический клеточный иммунный ответ.

8. Воспалительный Т-клеточный иммунный ответ.

9. Иммунологическая память и вторичный иммунный ответ.

10. Имунные процессы в слизистых оболочках (мукозальный иммунный ответ).

11. Иммуноферментный анализ. Механизм. Практическое использование.

12. Иммунный блот. Механизм. Практическое использование.

13. Радиоиммунный анализ. Механизм. Практическое использование.

14. Применение моноклональных АТ в иммуноанализе.

15. Показатели иммунограммы, характеризующие адаптивный клеточный иммунный ответ.

16. Клеточные эффекторы врожденного иммунитета.

17.Бактерицидные продукты нейтрофилов и макрофагов (кислородзависимые, кислороднезависимые).

18. Патогенаассоциированные молекулярные паттерны (образы патогенности, РАМР); свойства, структура, виды, роль во врожденном иммунитете.

19. Рецепторы врожденного иммунитета. Распознавание (опосредованное, прямое) патогенов клетками врожденного иммунитета (растворимые рецепторы, мембранные рецепторы, цитоплазматические рецепторы).

20. Строение Toll-подобных рецепторов, лиганды, экспрессия клетками иммунной системы.

21. Пути передачи и последствия передачи сигналов с рецепторов врожденного иммунитета.

22. Гуморальные эффекторы врожденного иммунитета (система комплемента, реактанты острой фазы, белки теплового шока, цитокины).

23. Понятие о системе комплемента. Альтернативный и классический пути активации.

24. Врожденные дефекты системы комплемента, методы диагностики.

25. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа.

26. Виды антигенов по степени чужеродности.Основные качества антигенов: иммуногенность и специфичность

27. Антигенная детерминанта(эпитоп), роль в формировании специфичности антигена.

28. Виды антигенной специфичности: видовая, групповая, гетероспецифичность.

29. Суперантигены. Аутоантигены.

30. Антигены экзогенного происхождения. Антигены эндогенного происхождения.

31. Тимусзависимые и тимуснезависимые антигены. Понятие об митогене.

32. Принципы получения и очистки антигенов. Искусственные антигены, их типы, применение

33. Цитокины. Роль в иммунном ответе

34. Строение иммуноглобулинов.

35. Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

36. Характеристика различных классов иммуноглобулинов. Секреторные IgА. Строение, роль в формировании местного иммунитета.

37. Реакция агглютинации и ее разновидности.

38. Использование антител в серологической диагностике инфекционных заболеваний.

39. Определение классов иммуноглобулинов. Реакция преципитации по Манчини.

40. Гуморальный иммунный ответ.

41. Антителозависимая клеточная цитотоксичность

42. Механизм реакции иммунофлуоресценции

43. Моноклональные антитела. Определение, характеристика, принципы получения

44. Показатели иммунограммы, характеризующие гуморальный иммунный ответ.

45. Классификация иммунотропных препаратов.

46. Механизм действия иммунотропных препаратов. Показания к применению.

47. Клинические проявления ЮРА, СКВ.

48. Современные методы диагностики ЮРА, СКВ.

49. Протоколы лечения ЮРА, СКВ. Генно - инженерные препараты.

50. Первичные иммунодефициты с дефектами гуморального звена иммунитета

51. Комбинированные первичные иммунодефициты.

52. Синдромы врожденных дефектов фагоцитов

53. Первичные иммунодефициты, ассоциированные с дефектами системы комплемента

54. Эпидемиология ВИЧ инфекции, распространенность, возрастные аспекты

55. Иммунологические механизмы патогенеза ВИЧ инфекции

56. Группы риска при ВИЧ инфекции. Пути передачи.

57. Клинические проявления ВИЧ инфекции. Стадии инфекционного процесса.

58. Виды кожных проб (апликационные, скарификационные, внутрикожные)

59. Провокационные тесты при аллергии (назальный, ингаляционный, холодовой и др.).

60. Аллергодиагностика **ImmunoCAP**

61.Основные правила интерпретации иммунограммы. Тесты 1-го и 2 – го уровня

62. Особенностиаллергологического анамнеза. Внешние и внутренние факторы риска БА

64. Ранние и поздние механизмы иммунного воспаления при БА

65. Классификация. Клинические проявления БА.

66. Возрастные особенности клиники БА у детей

67. Фенотипы БА

68. Инструментальные методы исследования оценки функции внешнего дыхания

69. Основные статические и динамические показатели оценки функции внешнего дыхания.

70. Спирометрия. Показания и противопоказания. Методика выполнения. Оценка результатов.

71. Ингаляционные и провокационные пробы: показания к проведению, анализ результатов.

72. Пикфлоуметрия: показания к проведению, оценка результатов.

73. Основные показатели обструктивных нарушений легочной вентиляции.

74. Основные показатели рестриктивных нарушений легочной вентиляции.

75. Классы лекарственных препаратов при лечении БА и их характеристика

76. Препараты неотложной помощи при БА, механизм действия КДБА. Средства доставки

77. Мероприятия при обострении легкой и средней степени тяжести БА.

78. Мероприятия при тяжелом обострении БА

79. Клинические критерии астматического состояния

80. Патогенетические механизмы астматического состояния

81. Неотложная помощь при астматическом статусе

82. Факторы высокого риска неблагоприятного исхода БА

83. Осложнения при астматическом статусе

84. Селективные симпатомиметики, механизм действия. Способы доставки препаратов.

85.Комбинированный бронхорасширяющие препараты, механизм действия

86. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), механизм действия

87. Комбинированные противовоспалительные препараты для лечения БА

88. Антилейкотриеновые препараты, механизм действия

89. Ступенчатая терапия БА

90.Оценка контроля БА.Тест по контролю над БА

91.Диспансерное наблюдение больных с бронхиальной астмой

92. Образовательные программы, практическое значение

93. Спелеотерапия, механизм лечебного эффекта

94. Горноклиматическое лечение при БА, адаптационные реакции

95. Респираторная терапия при БА, управление дыханием

96. Физиотерапия при БА (лазеротерапия)

97. Патогенез аспириновой астмы

98. Особенности клиники аспириновой астмы

99. Методы диагностики аспириновой астмы

100. Особенности терапии аспириновой астмы

101.Классификация альвеолитов у детей

102.Этиология и патогенез альвеолитов

106. Клинические симптомы при альвеолитах

103. Диагностика альвеолитов

104. Показания и противопоказания к проведению пункционной биопсии легких

105.Дифференциальный диагноз альвеолитов

106.Основные принципы лечения альвеолитов.

107.Этиология аллергического ринита. Классификация аллергического ринита.

108.Клинические проявления аллергического ларингита

109.Дифференциальная диагностика аллергического ринита

110.Диспансерное наблюдение больных с аллергическим ринитом. Особенности анамнеза.

111.Аллергический конъюнктивит.

112.Календарь пыления растений

113. Характеристика антигистаминных препаратов

114. Фармакотерапия аллергического ринита. Барьерные методы лечения

115. Местные противовоспалительные препараты для лечения аллергического ринита.

116. Деконгестанты и увлажняющие средства в лечении аллергического ринита.

117. Стандарт оснащения кабинета врача аллерголога-иммунолога

118. Характеристика аллергенов.

119. Сублингвальная АСИТ.

120. Скарификационные тесты, оценка результатов.

121. Правила хранения аллергенов

122. Осложнения АСИТ, неотложная помощь.

123. Эпидемиология атопического дерматита.Факторы риска атопического дерматита.

124. Патогенез атопического дерматита.

125. Клинические проявления атопического дерматита в зависимости от возраста

126. Дифференциальная диагностика АтД(чесотка,себорейный дерматит,ихтиоз, псориаз, иммунодефицитные состояния).

127. Показания к применению и механизм действия иммуносупрессивных препаратов

128. Элиминационные диеты

129. Классификация атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

130. Клинические проявления атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

131. Особенности лечения атопического дерматита осложненного вторичной инфекцией

132. Узкополостная УФ - терапия

133. Психотерапия и рефлексотерапия

134. Гипокситерапии, показания, методика проведения, механизм лечебного эффекта.

135. Физические факторы в комплексной программе реабилитации АД

136. Санаторно курортное лечение. Бальнеотерапия

137. Общие принципы наружной терапии атопического дерматита.

138. Средства по уходу за кожей. Увлажняющие средства в лечении атопического дерматита

139. ТГКС - топические глюкокортикостероиды. Классификация. Механизм действия

140. ТИК - топические ингибиторы кальциневрина

141. Особенности наружной терапии при осложненных формах атопического дерматита.5

142. Определение и классификация крапивницы.

143. Основные диагностические критерии острой и хронической крапивницы.

144. Дифференциальная диагностика крапивницы.

145.Оценка крапивницы по степени тяжести

146.Общие принципы лечения острой и хронической крапивницы

147.Иммунологические механизмы патогенеза пищевой аллергии.

148.Особенности клинических проявлений пищевой аллергии.

149.Методы диагностики пищевой аллергии

150.Протоколы лечения пищевой аллергии.

151.Элиминационные диеты при пищевой аллергии.

152.Меры профилактики пищевой аллергии.

153.Патогенез анафилактического шока.

154.Особенности клинического течения анафилактического шока.

155.Критерии тяжести анафилактического шока. Варианты клинических проявлений

156.Алготритм неотложной терапии при анафилактическом шоке.

157.Тактика ведения больного после купирования острого периода анафилактического шока.

158. Особенности клинических проявлений синдрома Лайелла.

159. Особенности клинических проявлений синдрома Стивенса – Джонсона.

160. Особенности клинических проявлений многоформной экссудативной эритемы.

161. Дифференциальная диагностика ОТАР

162. Современные протоколы лечения ОТАР. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.

163. Клинические формы лекарственной аллергии.

164. Особенности специфической диагностики лекарственной аллергии.

165. Показания к постановке лабораторных тестов in vitro при лекарственной аллергии

166. Аллергическая реакция на ужаление перепончатокрылыми насекомыми

167. Методы диагностики инсектной аллергии.

168. Медикаментозная терапия инсектной аллергии. Алгоритм неотложной помощи.

169. Профилактика инсектной аллергии

170. Этиология сывороточной болезни.Патогенез.

171. Клиника сывороточной болезни.

172. Современные протоколы лечения сывороточной болезни. Меры профилактики.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Модуль 1. Общая иммунология.**

***1. Темы рефератов.***

1.Популяции, субпопуляции лимфоцитов. Иммунорегуляторные лимфоциты, их роль в иммунном ответе.

2.Антигеннезависимая и антигензависимая дифференцировка Т- и В-лимфоцитов.

3.Кооперация клеток в иммунном ответе.

4. Понятие о системе комплемента, характеристика путей активации комплемента

5. Рецепторы комплемента, роль в иммунных процессах.

6. Врожденные дефекты системы комплемента, методы диагностики.

7. Антигены. Определение. Свойства. Химическая природа.

8. Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

9. Основные качества антигенов: иммуногенность и специфичность

10. Принципы получения и очистки антигенов. Искусственные антигены, их типы, применение

11. Антигензависимые и антигеннезависимые свойства антител.

12. Характеристика различных классов иммуноглобулинов. Секреторные IgА. Строение, роль в формировании местного иммунитета.

13. Реакция агглютинации и ее разновидности.

**Составить таблицы**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ №1**

**Таблица 1.**

Заполнитьтаблицу основных популяций иммунорегуляторных (CD4+) T-лимфоцитов с обозначением их фенотипа, продуцируемых цитокинов и описанием роли в иммунном ответе.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Субпопуляция Th- клеток** | **Продукция цитокинов** | **Роль в иммунном ответе** |
| Th -1 |  |  |
| Th-2 |  |  |

**Таблица 2.**

Заполнить таблицу. Иммуннокомпетентные клетки. Функции.

|  |  |
| --- | --- |
| **Клетки** | **функции** |
| МИКРОФАГИ:  Нейтрофилы  Базофилы  Эозинофилы |  |
| МАКРОФАГИ (МК):  Моноциты -предшественники МК  Тканевые МК (купферовские клетки, остеокласты костной ткани, микроглия ЦНС) |  |
| О-лимфоциты |  |
| NK- клетки (нормальные киллеры) |  |
| Т-ЛИМФОЦИТЫ  Т-хелперы (CD4+):  Th1  Th2  Т-киллеры |  |
| Т-цитотоксические |  |
| В-лимфоциты |  |
| Плазматические клетки |  |

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ №2**

Таблица №1.

Заполнитьтаблицу сравнительная характеристика первичного и вторичного гуморального иммунного ответа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика | Первичный  иммунный ответ | Вторичный  иммунный ответ |
|  |  |  |
| Антигенпрезентирующие клетки |  |  |
| Популяция лимфоцитов, вступающих в иммунный ответ |  |  |
| Преобладающий тип антител |  |  |
| Латентный период иммунного ответа (в днях) |  |  |
| Пик IgG-ответа (в днях) |  |  |
| Интенсивность иммунного ответа |  |  |

Таблица 2.

Заполнить таблицу. Клинические проявления дефектов отдельных компонентов комплемента.

|  |  |
| --- | --- |
| **Известные дефекты компонентов** | **Клинические проявления** |
| С1  С1r  С4  С2  С3 |  |
| Фактор D  Фактор Р (пропердин)  Фактор Н |  |
| С5  С6  С7  С8  С9 |  |
| С1INH (ингибитор С1эстеразы) |  |

Таблица 3.

Заполнить таблицу. Особенности клеток, реализующих механизмы врожденного иммунитета.

|  |  |
| --- | --- |
| **Название**  **клеток** | **Характеристика** |
| Макрофаги |  |
| Моноциты |  |
| Нейтрофилы |  |
| Эозинофилы |  |
| Естественные киллеры |  |
| Дендритные клетки |  |
| Базофилы |  |
| Тучные клетки |  |

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ №3**

Таблица №1.

Заполнитьтаблицу типы Т-хелперов и их связь с системой цитокинов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип Т - хелперов | Секретируемые цитокины | Ответ на действие цитокинов |
| Th0 |  |  |
| Th1 |  |  |
| Th2 |  |  |

Таблица 2.

Заполнить правую часть таблицы. Антигены.

|  |  |
| --- | --- |
| Антигены экзогенного происхождения |  |
| Антигены эндогенного происхождения |  |
| Формы иммунитета по происхождению |  |
| Форма врожденного иммунитета |  |
| Видовой иммунитет |  |
| Качества видового иммунитета |  |
| Приобретенный иммунитет |  |
| Качества приобретенного иммунитета |  |
| Формы приобретенного иммунитета |  |
| Условия формирования естественного активного иммунитета |  |
| Формирование естественного пассивного иммунитета |  |
| Формирование искусственного активного иммунитета |  |
| Формирование искусственного пассивного иммунитета |  |
| Виды иммунитета по отношению к возбудителю |  |
| Антигены |  |
| Виды антигенов по функциональной активности |  |
| Полноценные антигены |  |
| Химическая природа полноценных антигенов |  |
| Гаптены |  |
| Химическая природа гаптенов |  |
| Полугаптены |  |
| Химическая природа полугаптенов |  |
| Качества антигенов |  |
| Иммуногенность |  |
| Специфичность |  |
| Свойства, определяющие иммуногенность антигена |  |
| Специфичность антигена определяется |  |
| Антигенная детерминанта (эпитоп) |  |
| Субстрат специфичности антигенной детерминанты |  |
| Валентность антигена |  |
| Условия, когда гаптены и полугаптены приобретают свойства полноценных антигенов |  |
| Роль белка в комплексном антигене |  |
| Роль гаптена или полугаптена в комплексном антигене |  |
| Антигенная мимикрия |  |

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ №4**

Таблица 1.

Заполнить правую часть таблицы**.** Антитела**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Антитела |  |
| Виды иммуноглобулинов |  |
| Функциональные структуры антител |  |
| Fab - фрагмент |  |
| Fc |  |
| Два основных качества антител |  |
| Активный центр антител |  |
| Назначение активного центра |  |
| Валентность антител |  |
| Классификация антител по валентности |  |
| Полные антитела |  |
| Неполные антитела |  |
| Виды антител в зависимости от характера их действия на антиген |  |
| Реагины (цитофильные антитела) |  |
| Свойства антител-опсонинов (IgG 1, IgG 3, IgM) |  |
| Источник синтеза антител |  |
| Селективный дефицит IgА |  |

**Таблица 2.**

**Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз**

Пациент К. 5 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| Лимфоциты(%) | 61 | 60 |
| Лимфоциты (109/л) | 2,379 | 2,380 |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.665 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 29 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.690 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 42 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 37 | 0,120 – 0,540 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,35 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 11,12 | 8 – 13 |

**Ответьте на следующие вопросы:**

1) какие показатели отклоняются от нормы?

2) поставьте предварительный иммунологический диагноз

**Таблица 3.**

**Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз**

Пациент К. 16 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.8 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 5 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.15 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 37 | 8 – 20 |
| CD4+ лимфоциты(109/л) | 0.8 | 0,120 – 0,540 |
| CD8+лимфоциты (%) | 30 | 27-35 |
| CD8+лимфоциты(109/л) | 0.8 | 0.6-0.9 |
| IgA, г/л | 0.7 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 0.2 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 3.1 | 8 – 13 |

**Ответьте на следующие вопросы:**

1) какие показатели отклоняются от нормы?

2) назовите функцию нарушенных параметров иммунной системы?

3) охарактеризуйте изменения в соответствии с патогенетическим принципом оценки функции иммунной системы

**Таблица 4.**

**Оцените иммунограмму и поставьте предварительный иммунологический диагноз**

Пациент К. 18 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| СD3+лимфоциты (%) | 59 | 55-70 |
| CD20+лимфоциты (%) | 30 | 10-17 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 52 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 14 | 27-35 |
| CD8+лимфоциты(109/л) | 3,7 | 0.6-0.9 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,3 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 15,5 | 8 – 13 |
| ЦИК | 12 | 12-20 |
| Фагоцитарный индекс | 35 | 59-67 |
| Фагоцитарное число | 2,6 | 3,7-4,8 |

**Ответьте на следующие вопросы:**

1. Какое звено иммунного ответа подавлено?

2. Сформулируйте иммунологический диагноз.

3. Назначьте медикаментозное лечение.

**Модуль2. Клиническая иммунология**

**Ситуационная задача 1**

Девочка 1 год, жалобы со слов матери на кашель, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** заболела остро, заболевание началось с повышения температуры тела до 37,8°С. К вечеру состояние ухудшилось: появились частый кашель.

**Анамнез жизни:** Девочка от первой нормально протекавшей бере­менности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддо­ма на 3-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. стала докармливаться адаптирован­ными смесями из-за гипогалактии у матери. С 1,5 мес. переведена на искусственном вскармливании. В 3 мес. впервые перенесла ОРВИ. Было проведено симптоматическое лечение.До года перенесла ОРВИ 5 раз.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,6°С. Кожный покров чистый. Зев гиперемирован. Дыхание через нос затруднено, ринорея. Грудная клетка не вздута. Перкуторно: над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, рассеянные непостоянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС120 ударов в мин. Живот при паль­пации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови:HGB - 122 г/л, RBC-4,2x1012/л, WBC- 10,0x109/л, EO - 1%, PLT – 240x109г/л, LYM% - 56%, MON - 8%, NEUT-35%, п/я - 7%, с/я - 28%, СОЭ - 15 мм/час.

**Вопросы к ситуационной задаче №1.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Составьте план иммунореабилитации.

**Ситуационная задача 2**

Мальчик 8 лет поступил в стационар на обследование и лечение.

Жалобы: на боли в суставах, утреннюю скованность, слабость, повышение температуры.

Анамнез заболевания: Болен в течение 6 месяцев, когда поднялась температура тела до 390, появилась слабость, утомляемость, боли в суставах. Осмотрен участковым педиатром, получал парацетамол, поливитамины, интерферон. На фоне лечения лихорадка сохранялась, припухли лучезапястные суставы, тыл обеих кистей рук. В первой половине дня отмечалась скованность. Через 1,5 месяца от начала заболевания ребенок госпитализирован в ЦРБ. На фоне лечения состояние ребенка не улучшалось, увеличилось число припухших суставов, появилось ограничение сгибания и разгибания и припухлость в локтевых суставах, боли в шейном отделе позвоночника. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии ребенок переведен в ОДКБ в ревматологическое отделение.

Анамнез жизни: Ребенок от II беременности, на фоне гестоза, роды затяжные. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 50 см. На грудном вскармливании до 1 месяца. С 6 лет частые ОРВИ, пневмонии, хронический тонзиллит.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое. Кожный покров бледный. Питание понижено. Периферические шейные лимфоузлы I­II степени. Костная система: болезненность и припухлость межфаланговых, запястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение в движении и утренняя скованность. Перкуторно легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100 в минуту. Живот мягкий. Печень на 1,5 см выступает из-под правого подреберья. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: HGB-100 г/л, RBC-3.2х1012/л, WBC-23.2х109/л,PLT - 278х109/л LYM – 48% MON – 9% NUET –27%EO-6%

п/я-6%, с/я-21%,СОЭ-55 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок-68 г/л, А-50%, α-16%, ß-10%, γ-26%, СРБ- 80мг/мл, ревматоидный фактор – положит.

ЭКГ: QRS не отклонена, синусовая аритмия. ЧСС-70-100 в минуту. Метаболические изменения в миокарде.

Рентгенограмма лучезапястных и локтевых суставов: остеопороз, сужение суставных щелей, мелко-кистозная перестройка костной структуры эпифизов.

**Вопросы к к ситуационной задаче №2.**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2. Оцените данные обследования

3. Назначьте основные лечебные мероприятия.

4. Составьте план диспансеризации.

**Ситуационная задача №3.**

Больная А., 7 лет, планово поступила в стационар.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды 1-е, срочные, самостоятельные, вторичная слабость родовой деятельности, безводный периодоколо суток, ягодичное предлежание, выписана из родильного дома на 3 сутки. Ранний неонатальный период без патологии. Росла и развивалась по возрасту, самостоятельно пошла в 10 мес. Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: после года у девочки отмечается неустойчивость походки, частые падения, заваливания в покое и при движении, непроизвольные движения в туловище и конечностях. Частые простудные заболевания. Неоднократно перенесла пневмонию до 3-4 раз в год. С 1г. 8 мес. отмечается усиление слюноотделения.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Походка неустойчивая, непроизвольные движения руками, головой. Кожный покров бледный, на коже туловища пигментные и депигментированные пятна. Отмечается повышенная растяжимость кожной складки. На конъюнктивах телеангиэктазии. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный, чистый. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb -122 г/л, эрит.-5,76х1012/л , лейк.-4,24х109/л, Нt-36,4 %, тр. -209х10³ г/л, нейтр. -78,2%, м- 6,4 %, лимф.- 11,5%,э-3,6%, СОЭ– 15 мм/ч, вр.св.-345-420.

Общий анализ мочи: уд.вес- м/м, белок- отр., сахар- отр., лейк.-3-4 в п/зр., пл.эпит.- 1-2в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ. белок- 73 г/л, общ.билирубин-7,2 мкмоль/л, глюкоза- 5,6 ммоль/л., АЛАТ – 28 Ед/л (норма - до 40), АСАТ – 39 Ед/л (норма - до 40), креатинин-69 мкмоль/л, мочевина-4,3 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: IgA-0,38г/л (N 0,79-1,69),Ig М-1,91 г/л (N 0,4-0,9),IgG-4,62 г/л (N 6,67-11,79).

ЭКГ умеренная синусовая тахиаритмия с ЧСС 100-114 в мин. Нормальное расположение ЭОС.

**Вопросы к ситуационной задаче №3.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза

3.Оцените иммунологический анализ крови.

4. Нуждается ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

5. Назовите режимы заместительной иммунотерапии

**Ситуационная задача №4.**

Больной М., 1 год, поступил с жалобами со слов мамына частые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, пневмония.

Анамнез жизни: роды II срочные, физиологичные, вес 3890 гр. Грудное вскармливание до 7 мес.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились с 8 месяцев, в возрасте 10 месяцев перенес пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров бледный, обычной влажности. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный. Гипоплазия лимфоузлови миндалин. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики и менингиальных знаков нет.

Общий анализ крови: Нb - 121 г/л, Эр - 4,lx1012/л, Лейк - 5,0х109/л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ -10 мм/час.

Общий анализ мочи: уд.вес- м/м, белок- отр., сахар- отр., лейк.-3-4 в п/зр., пл.эпит.- 1-2в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ.белок- 69,2 г/л,β-глобулины – 0 г\л, γ-глобулины – 0 г\л, ревматоидный фактор – отриц., титр АСЛО – отриц.

В посеве кала выделены грибы рода Candida

Иммунограмма – IgA-0 г/л, Ig М-0мг/л, IgG-5,2 г/л. В-лимф. - 1%, Т-лимф. - 57%.

Посев из зева на флору - Haemophillus influenza 104КОЕ.

**Вопросы к ситуационной задаче №4.**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Какое обследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Нуждаются ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

4.Какие существуют препараты внутривенных иммуногобулинов для заместительной терапии?

**Ситуационная задача №5.**

Мальчик, 1,5 лет, родился доношенным, от третьей, нормально протекавшей беременности, массой 3750, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 мес., развивался удовлетворительно. В 7 месяцев перенес ОРВИ, тяжелую пневмонию, находился в реанимационном отделении, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся вялотекущей пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста – упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре в возрасте одного года: состояние тяжелое, температура тела 39°, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 26%, подкожно-жировой слой практически отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка - на 3,5 см.

Rh-графия легких: двусторонние сегментарные затемнения.

Клинический анализ крови: Hb –90 г/л, Эр – 2,8х 1012/л, ЦП – 0,78, L – 4,1х 109 /л, с/я – 59%,   
п/я - 5%, лф - 28%, м - 5%, э - 3%. СОЭ - 3 мм/час.

Иммунограмма:CD3 отн.- 44%, CD3 абс.-1,12х 109 /л, CD4 отн.-19%, CD4 абс.- 0,51х 109 /л, CD8 отн. - 24%, CD8 абс. -0,59х 109 /л

**Вопросы к ситуационной задаче №5.**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Сформулируйте клинический диагноз.

3. Назначьте дополнительные лабораторные методы исследования

4. Оцените данные обследования.

5. Составьте алгоритм противовирусного лечения больного.

**Ситуационная задача №6.**

Мария К., 6лет, поступает в стационар с жалобами со слов матери на зуд и высыпания, беспокойство, плохой сон.

**Анамнез заболевания:** Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, мать употребляла молочные продукты в большом количестве. Наследственность отягощена по линии мамы (крапивница). Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длиной тела 50 см. Первые высыпания возникли в 2 месяца при переводе на искусственное вскармливание «Малютка». После исключения из деты молочных продуктов состояние ребенка улучшилось. Обострение связано с употрелением медового торта.

Объективно: кожные покровы сухие, на сгибах локтевых и коленных суставов, в области запястий, на шее эритематозно сквамозные высыпания, участки инфильтрации. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

Данные обследования:

*ОАК:* гемоглобин 105г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфо­циты 57%, СОЭ 12 мм/час.

*Кожные пробы*: рыба (++++), коровье молоко (++), куриное яйцо (+++), пшеница (++), овес (++).

*Уровень общего IgE в сыворотке крови* равен 94 МЕ/л

*Выявлены специфические IgE- антитела* к следующим пищевым аллергенам: коровьему молоку (+++), белку куриного яйца (+++), желтку (++), глютену (++).

**Вопросы к ситуационной задаче №6.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.
2. Укажите методы лабораторной диагностики

**3. Укажите не медикаментозные методы лечения при данном заболевании**

**Ситуационная задача №7.**

Больной Д, 3 года, поступил с жалобами со слов мамына частые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, пневмония.

Анамнез жизни: роды I срочные, масса 3890 гр., длина 52 см. Грудное вскармливание до 7 мес.

Анамнез заболевания: с 8 месяцевчастые респираторные заболевания, бронхиты, синуситы, отиты, в возрасте 10 месяцев, 1 года, 2 лет перенес пневмонию.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожный покров бледный, обычной влажности. Носовое дыхание свободное. Зев спокойный.Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, средней громкости. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У обследуемого** | **Норма** |
| Лимфоциты(%) | 61 | 60 |
| Лимфоциты (109/л) | 2,379 | 2,380 |
| СD3+лимфоциты (%) | 70 | 55-70 |
| СD3+лимфоциты (109/л) | 1.665 | 0,825 – 1,900 |
| CD19+лимфоциты (%) | 29 | 8 – 20 |
| СD19+лимфоциты (109/л) | 0.690 | 0,120 – 0,540 |
| CD4+ лимфоциты (%) | 42 | 8 – 20 |
| CD8+лимфоциты (%) | 37 | 0,120 – 0,540 |
| IgA, г/л | 0 | 0,9 – 1,6 |
| IgM, г/л | 1,35 | 0.7-3.15 |
| IgG, г/л | 11,12 | 8 – 13 |

**Вопросы к ситуационной задаче №7.**

1. Оцените иммунограмму, какие показатели отклоняются от нормы?

2. Поставьте предварительный иммунологический диагноз

3. Нуждаются ли ребенок в заместительной иммунотерапии? Укажите цель назначения заместительной иммунотерапии.

4.Какие существуют препараты внутривенных иммуногобулинов для заместительной терапии?

**Модуль3. Аллергические заболевания органов дыхания**

**Ситуационная задача №8.**

Больной К., 8 лет, поступил в стационар с жалобами на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

Болен с 5 летнего возраста, когда появились приступы кашля и свистящего дыхания, которые участились в последние 2 года (ежедневно потребность в короткодействующих β-2 агонистах, ночные приступы несколько раз в неделю). Приступы провоцируются вирусной инфекцией, физической нагрузкой. Ребенок постоянно получает беклометазон в дозе 100мкгх2 раза в день.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 50 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании, при даче молочных адаптированных смесей отмечались стойкие высыпания, которые сохранялись до 2 лет. В возрасте 6 месяцев перенес обструктивный бронхит. С 3-летнего возраста стал посещать детский сад, часто болел ОРВИ. У матери ребенка – бронхиальная астма.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожный покров чистый, периорбитальный цианоз. Грудная клетка вздута. При аускультации дыхание умеренно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС - 90 уд/мин., АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,0 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 130 г/л, Эр - 4,9x1012/л, Ц.п. - 0,9, Лейк -6,3х109/л, п/я - 4%, с - 56%, э - 4%, л - 32%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -58%, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л.

Спирометрия – нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом, прирост 15%.

**Вопросы к ситуационной задаче №8.**

1. Укажите этиологические факторы заболевания

2. Выделите ведущие клинические синдромы.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Перечислите дополнительные методы обследования.

5. Составьте план диспансерного наблюдения и реабилитации

**Ситуационная задача № 9.**

Пациент 8 лет

**Жалобы:** на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

**Анамнез заболевания:** болен с 6 месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2- 4 месяца. С 2- летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Последний приступ - неделю назад. В период ремиссии выявлена сенсибилизация к домашней пыли, шерсти животных, березе, некоторым видам трав. Ребенок получает сингуляр.

**Анамнез жизни:** Дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

**Объективно:** ребенок астенического телосложения, отстает в физическом развитии. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз. Грудная клетка вздута. Дыхание умеренно ослаблено, сухие свистящие хрипы на выдохе. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 уд/мин., тоны ясные, ритмичные. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см выступает из под края реберной дуги, эластичная, селезенка не пальпируется.

Исследования функции внешнего дыхания - нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60-70%, тест на обратимость бронхиальной обструкции с сальбутамолом 18%.

**Вопросы к ситуационной задаче №9.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите нарушения легочной функции характерные для бронхиальной астмы

3. Укажите дополнительные обследования для выявление гиперреактивности бронхов

4. На основании каких показателей спирометрии можно дифференцировать рестриктивные и обструктивные нарушения

**Ситуационная задача №10.**

Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

**Анамнез заболевания:** с 2 лет после поступления в детский сад стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, одышкой. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией беродуала. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с контактом с кошкой. Назначен монтелукаст 4 мг в форме жевательной таблетки, получал не регулярно.

Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°С отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту. Семейный анамнез: у матери ребенка – атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°С, навязчивый сухой кашель. Слизистая зева слегка гиперемирована. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие и влажные хрипы. Выдох удлинен. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

***ОАК:*** Нb - 120 г/л, эр - 4,6х1012/л, лейк - 4,8х109/л, п/я - 3%, с/я -51%, л - 28%, э- 8%, м - 10%, СОЭ – 5 мм/час.

***ОАМ:*** количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

***Рентгенограмма органов грудной клетки:*** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №10.**

1. Укажите этиологические факторы заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования

4. Составьте план неотложных мероприятий.

5. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Ситуационная задача №11.**

Девочка 8 лет.

**Анамнез заболевания:** Больна с 3-х летнего возраста, когда впервые появилась экспираторная одышка и приступообразный кашель. Приступы экспираторной одышки с дистанционными хрипами рецидивировали 1-2 раза в месяц на фоне нормальной температуры. Приступы чаще возникали ночью. Приступ купировался ингаляциями беродуала. Рекомендованная врачом базисная терапия не проводилась. В последний год состояние девочки ухудшилось, приступы одышки отмечаются до 4-х раз в месяц, длятся до 30 минут. При возникновении последнего приступа одышки девочка была госпитализирована в тяжелом состоянии. Приступ продолжался 6,5 часов, не купировался неоднократными ингаляциями беродуала.

**Анамнез жизни:** Девочка от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных родов, масса тела при рождении 3540 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находилась на грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью. В возрасте 8-и месяцев появились признаки атопического дерматита. У матери девочки - пищевая и лекарственная аллергия.

**Объективно:** На момент поступления в стационар состояние тяжелое, плаксива, непродуктивный приступообразный кашель. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧДД - 34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, местами не прослушивается. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

**Вопросы к ситуационной задаче №11.**

1 Сформулируйте диагноз

2. Составьте план лечения

3. Нуждается ли больной в базисной терапии, какой ступени?

**Ситуационная задача №12.**

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар с жалобами на приступообразный сухой кашель, свистящее дыхание.

Болен с 6 лет, когда появились приступы удушья 3-4 раза в год. В последние 2 года приступы стали частыми, продолжительными (ежедневно потребность в короткодействующих β-2 агонистах, ночные приступы несколько раз в неделю). Приступы провоцируются вирусной инфекцией, физической нагрузкой. Ребенок получает постоянно препараты ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в низких дозах.

Анамнез жизни: с 8 месяцев, перенес неоднократно ОРВИ, 2 раза обструктивный бронхит. С 4-летнего возраста в период цветения отмечается заложенность носа, чихание, зуд. Мать и дедушка ребенка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

При поступлении: состояние тяжелое. Кожный покров чистый, бледный. Грудная клетка вздута. Аускультативно: выслушиваются свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧД - 32 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 80 уд/мин., АД – 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 130 г/л, Эр - 4,9x1012/л, Ц.п. - 0,9, Лейк -6,0х109/л, п/я - 4%, с - 54%, э -6%, л - 32%, м - 4%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1012, белок - отсутствует, эпителий плоский - единичный, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа 1- 4%, альфа 2 - 10%, бета - 12%, гамма - 16%.

Определение титра специфических IgE в сыворотке крови - поливалентная сенсибилизация.

**Вопросы к ситуационной задаче №12.**

1. Поставьте клинический диагноз

2. Составьте план обследования.

3. Укажите группы препаратов для быстрого купирования симптомов астмы.

**Ситуационная задача №13.**

Мальчик В., 9 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Болен с 6 летнего возраста, когда впервые возник приступ кашля, свистящего дыхания. В дальнейшем обострения заболевания повторялись до 3-4 раз в год, были связаны с ОРВИ, физической нагрузкой. Приступы удушья отмечались в дневное и ночное время 3-4 раза в неделю, купировались ингаляцией беродуала. В течение последних 3 месяцев ребенок получал монтелукаст.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. В возрасте 4 месяцев переведен на искусственное вскармливание, с 6 месяцев впервые появились высыпания при употреблении коровьего молока, цитрусового сока, которые рецидивировали при нарушении диеты до 1 года. С 2 лет часто болел ОРВИ (6-8 раз в год), сохранялся длительно кашель.

У матери ребенка – хроническая крапивница, у деда по линии отца– бронхиальная астма.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, умеренно бледный. Слизистая оболочка зева умеренно гиперемирована. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД –30 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 8,2х109/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –32%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** количество 120,0 мл, прозрачность полная, относительная плотность 1018, лейкоциты- 2-3 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа 1- 4%, альфа 2 - 6%, бета - 12%, гамма - 18%, АЛТ - 22 Ед/л (норма - до 40), ACT - 18 ЕД/л (норма - до 40).

Рентгенограмма органов грудной клетки***:*** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №13.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.

3. Нуждаются ли ребенок в пересмотре базисной терапии? Терапия какой ступени показана в данном случае?

**Ситуационная задача №14.**

Мальчик 7 лет, наблюдается по поводу бронхиальной астмы.

**Анамнез заболевания:** с 2 лет после поступления в детский сад стал часто болеть респираторными заболеваниями. ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией беродуала. В дальнейшем приступы повторялись 4 раза в год, были связаны с ОРВИ. Получает монтелукаст 4 мг в форме жевательной таблетки.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев страдал атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался соответственно возрасту. Семейный анамнез: у матери ребенка - атопический дерматит, у отца и деда по отцовской линии- бронхиальная астма.

**Объективно:** жалоб на момент осмотра нет, состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Слизистая зева спокойна. Грудная клетка не вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 24 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 84 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

***ОАК:*** Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 4,8х109/л, п/я – 3%, с/я –51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

**Спиротест** в норме.

**Вопросы к ситуационной задаче №14.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. На чем основан лечебный эффект спелеотерапии.

**Ситуационная задача №15.**

Больная К., 50 лет, поступила в отделение пульмонологии с жалобами на частые (до 10 раз в сутки, в том числе ночные до 4-5 раз) приступы удушья, затрудненное свистящее дыхание, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, постоянную заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа. Больна длительно, в сезон цветения (май) заложенность носа, слезотечение, ринорея, сухой кашель. На фоне лечения антигистаминными препаратами явления рино-конъюнктивита купировались, но сухой кашель сохранялся. В последующем присоединялась постоянная заложенность носа. Проведено аллергологическое обследованиекожное тестирование пыльцевыми и бытовыми аллергенами. Выявлена пыльцевая аллергия на одуванчик, березу. Проведено 3 курса СИТ с эффектом. Через 2 года присоединилась лекарственная аллергия на аспирин, пищевая - на томаты, в виде приступов удушья, затрудненного дыхания. При обследовании у ЛОР врача выявлен полипозный синуит. Выполнена полипотомия. Отмечалось непродолжительное улучшение состояния. Затем приступы удушья участились (ежедневные, в том числе ночные), постоянная заложенность носа. Обострения заболевания 2 раза в год, связывает с ОРВИ, сезоном цветения (май-июнь), приемом НПВС. На фоне базисного противовоспалительного лечения (симбикорт) состояние больной улучшилось и стабилизировалось. Настоящее ухудшение связано с сезоном цветения и самостоятельной отменой ИГКС.

Объективно: носовое дыхание затруднено, экспираторная одышка, ЧД - 26 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - жесткое дыхание, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям. АД - 130/ 70 мм рт. ст. PS- 84 в мин. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. Живот мягкий, б/болезненный.

Данные обследования: Общий IgE – 250 МЕ/мл.

Рентгенография ОГК - усиление легочного рисунка. В базальных отделах - повышение прозрачности легочной ткани. Корни не расширены, структурные. Купол диафрагмы четкий. Границы сердца в норме.

Спирография: ЖЕЛ-68% ОФВ1 – 52% от должных показателей, обратимость обструкции (в постдилятационном тесте) 27%. Вариабельность обструкции (по пикфлоуметрии) – 35%.

**Вопросы к ситуационной задаче №15.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Назовите форму заболевания, тяжесть течения.

2. Какой объем лечения вы назначите больной?

3. Что необходимо исключить из употребления во избежание обострений заболевания?

**Ситуационная задача №16.**

Вприемное отделение поступил ребенок12 лет с жалобами со слов мамы на вялость, снижение массы тела, малопродуктивный кашель, одышку при физической нагрузке.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. До 2 лет рос и развивался хорошо.

Анамнез заболевания: мальчик в течение 2 месяцев находился на каникулах в сельской местности, помогал в [сборе сена](http://zodorov.ru/testovie-zadaniya-himicheskaya-avariya-simptomi-otravlenij-him.html).

При осмотре состояние средней тяжести. Оотстает в [физическом развитии](http://zodorov.ru/narushenie-sna-u-detej.html), кожный покров бледный. Аускультативно в базальных отделах обоих легких мелкопузырчатые хрипы.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - 4,5xl012/л, Лейк - 4,8х10⁹/л, п/я - 2%, с - 50%, э - 2%, л - 36%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: сотопоподобной рисунок с рассеянными очагами мелких теней.

Результаты бактериологических обследований: Thermophilus actinomycetes.

**Вопросы к ситуационной задаче №16.**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Ваши рекомендации по обследованию

3. Ваши рекомендации по терапии

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ЭАА?

**Ситуационная задача №17.**

Мальчик 2,5 лет поступил в стационар с жалобами со слов матери на появление у ребенка заложенности носа, повышение температуры тела до 37,80, осиплости голоса, грубого лающего кашля.

Данные анамнеза: ребенок от II беременности, 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3700г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 2-х месяцев. Привит согласно календарного плана. Мать ребенка неделю назад перенесла ОРВИ. Ребенок заболел сутки назад, когда появился насморк, в ночь лающий кашель, одышка.

Объективно: Состояние ребенка ближе к тяжелому. Температура тела 37,60. Телосложения правильного, питания удовлетворительного. Масса тела 13 кг, длина - 86 см. Ребенок возбужден. Кожный покров влажный. В зеве умеренная разлитая гиперемия, слизь на задней стенке глотки. Из носа слизистое отделяемое. Грудная клетка цилиндрическое формы. В покое инспираторная одышка, с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение межреберий, яремной, подключичных ямок), ЧД 64 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно жесткое дыхание. Область сердца не изменена. Сердечные тоны средней громкости. ЧСС 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Мочеиспускание свободное. Менингиальных симптомов нет.

Данные лабораторного исследования: Анализ крови: Нв-128 г/л, эритроциты -3,4х1012/л, цв.пок.-0,95, лейкоциты -4,0х109/л, э-2%, п/я-2%, с/я-14%, лимфоциты -80%, моноциты -2%, СОЭ-12 мм/час.

Биохимический анализ крови: Общий белок-66 г/л, А-60%, глобулины: α-12%, β-10, γ-16%. Рентгенография органов грудной клетки: легкие и сердце без видимых изменений.

**Вопросы к ситуационной задаче №17.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план обследования

3. Составьте план неотложных мероприятий.

**Ситуационная задача №18.**

Больной О., 7 лет, жалуется со слов матери на водянистые, обильные выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания.

Подобное состояние отмечается в течение всего майского месяца, после того как семья переехала на дачу.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает поллинозом.

При обращении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, сухой. Отмечается одутловатость лица с красными глазами, рот приоткрыт, сухие, потрескавшиеся губы, распухший нос, воспаленные веки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк – 6,8х109/л, п/я – 2%, с/я –37%, л –48%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** относительная плотность 1012, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа -10%, бета - 12%, гамма - 18%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 20 в п/зр, с/я – 7-10 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №18.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?

3. Составьте план обследования.

4. Тип аллергических реакций при пыльцевой сенсибилизации

**Ситуационная задача №19.**

Девочка Д., 10 лет после выезда в лес обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, приступообразный сухой кашель

Девочка в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает чихание, зуд, обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель.

Анамнез жизни: ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3550 г, длина 52 см. С 1 месяца на искусственном вскармливании. До года атопический дерматит, в 3 года острая крапивница при употреблении меда. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает рецидивирующей крапивницей.

При обращении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, суховат. Отмечаются периорбитальные тени. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –22 в 1 минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 120 г/л, эр – 4,3х1012/л, лейк – 6,6х109/л, п/я – 2%, с/я –35%, л –50%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи***:*** относительная плотность 1014, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, глобулины: 12%, бета - 12%, гамма - 16%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 15 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №19.**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования.

3. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.

**Ситуационная задача №20.**

Больной О., 7 лет, жалуется со слов матери на водянистые, обильные выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания.

Подобное состояние отмечается в течение всего майского месяца, после того как семья переехала на дачу.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает поллинозом.

При обращении состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, сухой. Отмечается одутловатость лица с красными глазами, рот приоткрыт, сухие, потрескавшиеся губы, распухший нос, воспаленные веки. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нb - 128 г/л, эр – 4,5х1012/л, лейк – 6,8х109/л, п/я – 2%, с/я –37%, л –48%, э – 15%, м – 8%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1012, лейкоциты-1- 2 в п/з, эритроциты- нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -58%, глобулины: альфа -10%, бета - 12%, гамма - 18%.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 20 в п/зр, с/я – 7-10 в п/зр.

**Вопросы к ситуационной задаче №20.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования.

3. Наметьте план лечения больного на период обострения.

**Ситуационная задача №21.**

Ребенок 13 лет, наблюдается аллергологом в областном детском центре аллергологии и клинической иммунологии по поводу бронхиальной астмы, проводится плановое обследование

Анамнез заболевания: искусственное вскармливание с 3 месяцев, атопический дерматит до 1,5 лет с обострениями на фоне нарушения диеты (коровье молоко). С 2х-летнего возраста отмечались частые эпизоды бронхообструкции. В 5 лет выставлен диагноз: Бронхиальная астма. Тогда же назначена базисная терапия (монтелукаст) - курсами по 3 месяца. С 10 лет в связи с учащением обострений и ежедневной потребностью в бронхолитиках, назначен бекламетазон дипропионат в дозе 250 мкг/сут. С 12 лет переведен на комбинированный препарат серетид, доза 25/250 мкг/сут, однако на этом фоне отмечались ежедневные приступы затрудненного дыхания, что явилось показанием к увеличению дозы серетида до 25/500 мкг/сут, которую ребенок получает до настоящего времени. На фоне постоянной базисной терапии приступы затрудненного дыхания возникают в апреле-июле (цветение деревьев), а также на фоне ОРВИ и при физической нагрузке. Приступы нетяжелые, купируются однократной ингаляцией сальбутамола. Последнее обострение 2 месяца назад – в мае на фоне цветения. Круглогодичное течение аллергического ринита, с сезонными обострениями, постоянная заложенность носа, чихание. Семейный анамнез: мать ребенка страдает бронхиальной астмой.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа сухая, лихеноидные элементы в локтевых сгибах, экскориации. Носовое дыхание умеренно затруднено. Одышки нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий IgE в сыворотке крови: 220 ЕД/л.

Аллергопробы (prick-test). Выраженная сенсибилизация к аллергенам пыльцы деревьев: береза(++++), ольха (++++), лещина (++++). Умеренная сенсибилизация к бытовым аллергенам:домашняя пыль серии 303+, 304++.

ФВД на фоне постоянной терапии серетидом: ОФВ1 77%, ПСВ 78%, МОС 25- 82%, МОС 50- 72%, МОС 75- 64%.

**Вопросы к ситуационной задаче №21.**

Сформулируйте диагноз.

2. Укажите дополнительные методы обследования? В какой период болезни их следует проводить?

3. Составьте план лечения

4. Показания к АСИТ. От чего зависит эффективность АСИТ

**МОДУЛЬ 4. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ**

**Ситуационная задача №22.**

Больная, 3 года, на приемеу врача с жалобами со слов мамы на высыпания.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длина 50 см. На естественном вскармливании до 2 мес. Анамнез по атопии отягощен: у отца поллиноз.

Анамнез заболевания: высыпания с 2х мес. после перевода на молочные смеси. Обострения не частые, до 2 раз/год. Последнее ухудшение – в течение 2х недель, связывают с нарушением диеты (упортебление сладостей). Получали зиртек, комфодерм - с временным эффектом. В доме кошка.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, сухой, на коже конечностей, туловища единичные мелкие папулезные высыпания, бляшки бледно-розового цвета. На коже лица эритема, шелушение. Беспокоит умеренный зуд кожи. SCORAD 12. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации, печень плотной эластической консистенции, безболезненная, выступает на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

*Общий анализ крови:*Hb 115г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, п/я 31%, с/я 39%, лимфо­циты 57%, СОЭ 12 мм/час.

*Уровень общего IgE в сыворотке крови*: 194 МЕ/л.

*ИФА а/т лямблии*титр 1:500 (положительный), аскариды - отрицат., токсокары - отрицат.

*Общий анализ мочи:* удельный вес 1012, белок отриц., эпителий 7-8 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з

*Копроцитограмма:* непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

*Кал на я/г, простейшие*: обнаружены цисты лямблий 5-6 в поле зрения.

*УЗИ органов брюшной полости*: без особенностей.

**Вопросы к ситуационной задаче №22.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Укажите факторы риска атопического дерматита по анамнезу?

3. Распределите значение индекса SCORAD в зависимости от степени тяжести патологического процесса (легкое, среднетяжелое и тяжелое течение)

4.Назовите основные принципы диетотерапии при атопическом дерматите

**Ситуационная задача №23.**

Участковый врач посетил на дому девочку 6 лет по активу, полученному от врача неотложной помощи.

Жалобы: на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку, высыпания, зуд.

Анамнез заболевания: у девочки высыпания с 1 года, последнее обострение при нарушении диеты, после употребления шоколада. В гостях при контакте с кошкой возник приступ удушья. После лечебных мероприятий, проведенных врачом неотложной помощи, состояние улучшилось, передан актив участковому врачу.

Анамнез жизни: девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С 2 месяцев на искусственном вскармливании. С 1 года страдает атопическим дерматитом. После года отмечалась аллергическая сыпь после употребления в пищу шоколада, клубники, яиц. Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Навязчивый сухой кашель. Кожные покровы сухие. На щеках, за ушами, в локтевых и коленных сгибах эритема, сухость, шелушение, расчесы. Язык «географический», заеды в углах рта. Дыхание свистящее, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧДД –34 за 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - масса сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 92 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный.

Данные лабораторных исследований

ОАК: Нb - 118 г/л, эр – 4,3х1012/л, лейк – 5,8х109/л, п/я – 2%, с/я –48%, л –28%, э – 14%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

ОАМ: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи – нет, лейкоциты- 3-4 в п/з, эритроциты- нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №23.**

1. Сформулируйте диагноз

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №24.**

Оля К., 7 мес., поступает в стационар с жалобами со слов матери на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез заболевания: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, астма.

Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. После дачи смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, везикуло-папулезные высыпания, корочки, трещины в области локтевых сгибов, запястий, шеи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык "географический". Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание жесткое. Тоны сердца ритмичны. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Данные лабораторных исследований

ОАК: гемоглобин 97 г/л, эритроциты 3,5х1012/л, лейкоциты 15,0х109/л, эозинофилы 7%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

ОАМ: белок отриц., эпителий 13-10-15 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Копрограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты един., слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.

**Вопросы к ситуационной задаче №24.**

1. Укажите факторы риска заболевания по данным анамнеза

2. Сформулируйте диагноз.

3. Укажите заболевания для проведения дифференциальной диагностики атопического дерматита

4. Оцените анализы, назначьте лечение.

**Ситуационная задача №25.**

Света Е.,7 лет, поступает в стационар с жалобами на сильный зуд и мокнутие кожи, высыпания, плохой сон.

Анамнез заболевания: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, мать много употребляла молочных продуктов. У матери в анамнезе крапивница Ребенок в срок, масса при рождении 3100 г, длиной тела 50 см. Первые проявления распространенного атопического дерматита возникли в 2 месяца при переводе на искусственное вскармливание «Малютка». После исключения из деты молочных продуктов состояние ребенка улучшилось. Одновременно с кожными изменениями начали беспокоить симптомы дисфункции ЖКТ (метеоризм, боль в животе, запор, белесоватая слизь в кале). Ухудшение состояния кожи и пищеварительного тракта наступило при приеме коровьего молока, куриного яйца, куриного мяса, рыбы.

Объективно: кожные покровы сухие, на сгибах локтевых и коленных суставов, в области запястий, на шее - участки инфильтрации кожи, трещины, мокнутие. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень безболезненная, выступает на 1 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул с белесоватой слизью. Мочеиспускание не нарушено.

Данные обследования:

ОАК: гемоглобин 105г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, базофилы 1%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Эхографическое исследование органов брюшной полости: увеличение желчного пузыря с перегибом шейки и увеличение размеров хвоста поджелудочной железы; печень без изменений.

Кожные пробы: рыба (++++), коровье молоко (++), куриное яйцо (+++), пшеница (++), овес (++).

Уровень общего IgE в сыворотке крови - 194 МЕ/л

Выявлены специфические IgE- антитела к пищевым аллергенам: коровьему молоку (+++), белку куриного яйца (+++), желтку (++), глютену (++).

ОАМ: белок отриц., эпителий 12-10-11 в поле зрения, лейкоциты 1-2-2 в поле зрения, эритроциты 0-1-0 в поле зрения, удельный вес 1012.

Копроцитограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

**Вопросы к ситуационной задаче №25.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №26.**

Больная, 3 года, на приеме у врача с жалобами со слов мамы на высыпания.

Анамнез жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Ребенок родился в срок, масса при рождении 3100 г, длина 50 см. На естественном вскармливании до 2 мес. Анамнез по атопии отягощен: у отца поллиноз.

Анамнез заболевания: высыпания с 2х мес. после перевода на молочные смеси. Последнее ухудшение - в течение 2х недель. Получали зиртек, комфодерм - с временным эффектом. В доме кошка.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, сухой, на коже конечностей, туловища мелкие папулезные высыпания, отёчность и гиперемия кожи подбородка, лба с участками мокнутия и серозными корочками с серозно-гнойным экссудатом. Беспокоит умеренный зуд кожи. SCORAD 12. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает на 1 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb 115г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 9%, п/я 31%, с/я 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Уровень общего IgE в сыворотке крови: 194 МЕ/л.

ИФА а/т лямблии титр 1:500 (положительный), аскариды – отрицат., токсокары – отрицат.

Кровь на иммуноглобулины: IgA 0,1 г/л (N 0,28); IgM 0,42 г/л; IgG 8,5 г/л (повышен)

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок отриц., эпителий 7-8 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/ з, эритроциты 0-1 в п/з

Копроцитограмма: непереваренная клетчатка +, лейкоциты до 10, слизь +++; яйца гельминтов не обнаружены, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в п/з, нейтральный жир отриц.

Кал на я/г, простейшие: обнаружены цисты лямблий 5-6 в поле зрения.

УЗИ органов брюшной полости: без особенностей.

**Вопросы к ситуационной задаче №26.**

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

**Ситуационная задача №27.**

Больной 14 лет, обратился с жалобами на высыпания, сухость кожи, кожный зуд.

Обострения атопического дерматита круглогодично, с короткими периодами ремиссии.

Объективное: кожный покров диффузно сухой. Кожный патологический процесс распространенный: в области естественных складок, сгибательных поверхностей рук и ног участки инфильтрации и лихенификации кожи, трещины. В области лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног сухие, шелушащиеся эритематозные папулы и бляшки. SCORAD 56. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации во всем отделам, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0х1012/л, лейкоциты 8,3х109/л, Тр-309х109л, СОЭ-4 мм/ч, нейтр-42%, м-5%, л-51%, э-2,0%

IgE общий в сыворотке крови- 306 МЕ/мл.

**Вопросы к ситуационной задаче №27.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Обоснуйте диагноз.

3. Определите показания к назначению фототерапии, обоснуйте применение.

**Ситуационная задача №28.**

Больной 14 лет, обратился к аллергологу с жалобами на высыпания по всему телу, сухость кожи, кожный зуд.

Анамнез заболевания: Ребенок с ранних лет страдает атопическим дерматитом. Обострения атопического дерматита круглогодично, с короткими периодами ремиссии.

При осмотре: кожный покров диффузно сухой. Кожный патологический процесс распространенный: в области естественных складок, сгибательных поверхностей рук и ног участки инфильтрации и лихенификации кожи, трещины. В области лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног сухие, шелушащиеся эритематозные папулы и бляшки. SCORAD 56. Беспокоит сильный зуд кожи. В легких и сердце патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен пальпации во всем отделам, печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0х1012/л, лейкоциты 8,3х1012/л, Тр-309х109л, СОЭ-4 мм/ч, нейтр-41,2%, м-5,5%, л-50,7%, э-2,0%

Общий анализ мочи: прозр, уд.вес-м/м, белок-нет, глюкоза-отр., лейк.-5-6в п/зр., пл.эпителий-10-12 в п/зр.

IgE общий в сыворотке крови- 106 МЕ/мл.

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, глюкоза 4,4 ммоль/л.

Кал на я/г, простейшие: не обнаружены.

**Вопросы к ситуационной задаче №28.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Назовите основные критерии для постановки диагноза атопического дерматита в данном возрастном периоде.

3. Определите показания к назначению ингибиторов кальциневрина, обоснуйте применение. Какова схема использования этих препаратов у данного больного?

**Ситуационная задача №29.**

Больная 10 лет поступила с жалобами на сильный зуд по всему телу, отечность век, сыпь, боль в животе, тошноту.

Анамнез заболевания: больна 3 дня, появился насморк, кашель. В связи с чем мать давала чай с медом, малиной. Через 3 часа появился отек век, а затем зуд кожи.

Анамнез жизни: девочка от 3 беременности, во время которой мать несколько раз переболела острым респираторным заболеванием и принимала антибиотики. Бабушка по линии матери страдает хроническим гепатитом. На первом году жизни девочки наблюдались атопический дерматит, частые ОРЗ, дисбиоз кишечника. С 5 лет отмечает боль в эпигастральной области и в правом подреберье. С этого же времени появляются периодические высыпания на теле, сопровождающиеся зудом.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, капризничает, отказывается от еды. Кожные покровы гиперемированы, на этом фоне- множественные зудящие различной величины папулы бледно-розового цвета, округлой или продолговатой формы, следы расчесов. Уртикарии расположены на шее, туловище, внутренних поверхностях конечностей, ягодицах. Оба века отечны, глазные щели значительно сужены. Видимые слизистые полости рта гиперемированы, слизистая оболочка полости глотки также гиперемирована и отечна. Живот при пальпации мягкий, печень + 1,0 см., положительный симптом Кера.

Данные обследования: общий анализ крови: Нв-120 г/л, эритроциты 5,0, лейкоциты 8,3

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, альбумины 50%, L- глобулины 10%, В-глобулины 11%, Y-глобулины 13%.

Кожные пробы- сенсибилизация к аллергенам говядины (+++), ржаной муки (+++), коровьего молока (+++), лимона (+++), гречки (+), пыльцы ежи (++), райграса (+), лебеды (+++).

**Вопросы к ситуационной задаче №29.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №30.**

Больной 18 лет обратился к аллергологу с жалобами на возникающие при механическом раздражении высыпания на теле, сопровождающиеся умеренным кожным зудом.

Анамнез заболевания: Вышеуказанные симптомы беспокоят около 1,5 лет. По поводу высыпаний получает лоратадин, супрастин - с временным эффектом. Наследственность по атопии не отягощена.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски. На коже головы, груди, туловища ярко красные папулы, округлой или продолговатой формы, возникающие при механическом раздражении кожи. Дермографизм ярко красный. Видимые слизистые без особенностей. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Нв-130 г/л, эритроциты 5,3х1012/л, лейкоциты 8,3х1012/л, Ht–35,3%, ЦП–27,2pg, Тр-359х10³/μL, нейтр-41,2%, м-5,5%, л-50,7%, э-2,0%, СОЭ-4 мм/ч,

Общий анализ мочи: прозр, белок-нет, глюкоза-отр., лейк.-1-2в п/зр., пл.эпителий-1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общ. белок 76г/л, АлАТ 23 ед/л(норма - до 40),, АсАТ 24 ед/л. (норма - до 40), глюкоза 5,4 ммоль/л.

Кал на я/г, простейшие: не обнаружены.

**Вопросы к ситуационной задаче №30.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Назовите классификацию крапивницы по продолжительности проявлений.

3. По какому типу аллергических реакций протекает данный вариант крапивницы?

4. Составьте план дополнительного обследования

5. Составьте план лечения

**Ситуационная задача №31.**

Оля К., 7 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами со слов мамы на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, бронхиальная астма.

Анамнез заболевания: после употребления в пищу смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, на коже шеи, в области запястий, локтевых сгибов множественные папулы диаметром до 1 мм ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 38. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык чистый, влажный. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. пл. 1012., белок отриц., эпителий 10 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения,

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты - ед., слизь +++, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №31.**

1.Назовите факторы риска развития данного заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**Ситуационная задача №32.**

Катя К., 8 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами со слов матери на высыпания,зуд кожи, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3500. Закричала сразу. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (бронхиальная астма). У бабушки по линии матери - аллергический ринит.

Анамнез заболевания: высыпания на коже щек впервые появились после кормления молочной смесью. В настоящее время получает цельное коровье молоко, высыпания усилились.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, в области живота гиперемия, в области запястий, локтевых сгибов папулы ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 40. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 32%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес 1012, белок отриц., лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты ед., слизь +++; эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №32.**

1. Назовите факторы риска по данным анамнеза

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**Ситуационная задача №33.**

Оля К., 7 мес., поступает в аллергологическое отделение с жалобами со слов мамы на зуд и мокнутие кожи, высыпания, беспокойство, плохой сон.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Роды в срок, с массой 3600. Закричала сразу. Вакцинация БЦЖ сделана в роддоме. Ребенок находится на искусственном вскармливании с 2 мес. Наследственность отягощена по линии мамы (лекарственная аллергия). У бабушки по линии матери - аллергический ринит, бронхиальная астма.

Анамнез заболевания: после употребления в пищу смеси "Малютка" впервые появились покраснение и высыпания на коже щек. В настоящее время получает цельное коровье молоко. Девочка получала местное лечение без эффекта. Кожные изменения усилились. Ребенок направлен на стационарное лечение.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Девочка правильного телосложения, питание снижено. Кожа конечностей сухая, живота гиперемирована, на коже шеи, в области запястий, локтевых сгибов множественные папулы диаметром до 1 мм ярко-розового цвета, корочки, расчесы. SCORAD 38. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы величиной 1,5х0,5 см, подвижные. Видимые слизистые оболочки чистые, язык чистый, влажный. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицей, желтый с примесью слизи. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: гемоглобин 117 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 10,0х109/л, эозинофилы 8%, палочкоядерные 30%, сегментоядерные 39%, лимфоциты 57%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: отн. пл. 1012., белок отриц., эпителий 10 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения,

Копрограмма: непереваренная клетчатка+, лейкоциты - ед., слизь +++, жирные кислоты отриц., эпителий 6-8 в поле зрения, нейтральный жир отриц.,яйца гельминтов не обнаружены

**Вопросы к ситуационной задаче №33.**

1.Назовите факторы риска развития данного заболевания

2. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

3. Составьте план обследования.

4. Тактика введения прикорма для детей с атопическим дерматитом.

**МОДУЛЬ № 5.Острые токсико – аллергические реакции. Анафилактический шок.**

**Ситуационная задача №34.**

Больной В.10 лет, на дом вызвана бригада скорой помощи. Около 20 минут назад появились жалобы со слов матери на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу внебольничной пневмонии была сделана первая иньекция (0,5 амоксициллина внутримышечно).

При осмотре ребенок заторможен. Кожный покров бледный, на этом фоне - множественные зудящие различной величины уртикарные высыпания бледно-розового цвета, округлой или продолговатой формы. Уртикарии расположены на шее, туловище, внутренних поверхностях конечностей, ягодицах. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания - 56 в 1 мин. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт.ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

**Вопросы к ситуационной задаче №34.**

1. Поставьте клинический диагноз?

2. Укажите классификацию по характеру течения АШ

3.Иммунологический механизм анафилактической реакции

4.Окажите неотложную помощь

**Ситуационная задача №35.**

Больной 43 лет доставлен в приемное отделение бригадой СМП с жалобами на головокружение, снижение АД, заторможенность, вялость, сонливость.

Анамнез заболевания: заболел остро спустя 10 мин после приема пентоксифиллина, наступило резкое ухудшение состояния: затуманивание сознания, помрачнение зрения, головокружение, осиплость голоса, затрудненная речь, холодный липкий пот, высыпания на теле, снижение АД до 60/20 мм рт ст. Вызвана бригада СМП. Оказаны следующие неотложные мероприятия: в/м р-р адреналина 0,1% 1 мл, р-р преднизолона 120 мг в/м. Состояние стабилизировалось. 2 недели назад получал стационарное лечение в хирургическом отделении по поводу атеросклероза сосудов нижних конечностей, получал пентоксифиллин, тромбоАСС.

Объективно: Состояние больного тяжелое. В сознании. Речь прерывистая, затруднена. На коже туловища единичные мелкие пятнисто-папулезные высыпания по типу крапивницы. Кожа бледная, влажная. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 110/90 мм рт ст. ЧСС 90 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Вопросы к ситуационной задаче №35.**

1.Поставьте клинический диагноз

2.По какому типу аллергических реакций развился данный процесс?

3. Составьте план неотложных мероприятий на госпитальном этапе

**Ситуационная задача №36.**

Ребенок 6 лет. Жалобы со слов мамы на высыпания и боли по всему телу, кашель, недомогание, повышение температуры до 390С.

Анамнез жизни: Масса тела при рождении 3600 г, длина - 52 см. На грудном вскармливании находился до 2-х мес. Рос и развивался согласно возрасту. Часто болеет ОРВИ, бронхитом.

Анамнез заболевания: Заболел остро около 7 дней назад с повышения температуры до 39,60 и появления озноба, сухого кашля, недомогания. В связи с кашлем мама давала ребенку аспирин, мед, состояние ухудшилось.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,60. На коже сыпь представлена в виде «мишени»: пузырьками, геморрагиями, участками некроза, в центре располагается пузырь, заполненный геморрагическим содержимым, по периферии сыпь представлена пятнистой эритемой. На губах, внутренней поверхности щек, нёбе наблюдаются разлитая эритема, отек, пузыри. Последние быстро вскрываются, образуя обширные эрозивные поверхности, покрытые желтовато–серым налетом. Губы и десны опухшие, болезненные, кровоточащие, покрыты геморрагическими корками и отторгающимися некротическими массами. Положительный симптом Никольского. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины симметричны при дыхании. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 40 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 100 в минуту. АД 100/60 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен. Отказывается от питья и еды.

**Вопросы к ситуационной задаче №36.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план лечебно-профилактических мероприятий.

**Ситуационная задача №37.**

Больной 32 года, поступил в стационар с жалобами на высыпания красного цвета на коже рук, ног, слизистой полости рта, губах, слюнотечение.

Анамнез заболевания: заболел остро. Поднялась температура до 37,8˚С, беспокоила головная боль, недомогание, боль в горле, мышцах, суставах. Самостоятельно начал принимать парацетамол и амоксициллин. Через 2 дня появились пузыри на коже тыла кистей, стоп, голеней, затем высыпания появились на коже бедер и в полости рта. Пузыри в полости рта и на красной кайме губ вскрылись через 3 дня и на их месте образовались болезненные эрозии. Сопутствующие заболевания – хронический гайморит, хронический тонзиллит, частые ангины.

При осмотре: кожный процесс носит распространенный характер, расположен на коже тыла кистей, стоп, разгибательных поверхностях предплечий, голеней, бедер, на слизистой полости рта. Представлен пятнами и папулами розового цвета до 2,0 см в диаметре. Бляшки фиолетово-синюшные с западанием в центре и розово-красные по периферии, по расположению напоминают гирлянды. Пузыри с серозным содержимым. В полости рта, в преддверии рта и на губах обширные эрозивные участки. Одни эрозии покрыты желтовато-серым налетом, при снятии которого возникает кровотечение, другие покрыты кровянистыми корками. Из-за резкой болезненности больной не может открыть рот, речь затруднена. Симптом Никольского положительный.

Данные обследования в приемном отделении:

Общий анализ крови: Hb 132 г/л, эр. 5,2×1012/л, лейк. 7,8×109 /л, п/я 2%, с/я 58%, лимф. 28%, эоз. 4%, мон. 8%. СОЭ -22 мм/ч.

Общий анализ мочи: отн. плотн. 1014, лейк. 1-2 в п/зр., эр. – нет.

**Вопросы к ситуационной задаче №37.**

1.Поставьте предварительный диагноз?

2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план лечебных мероприятий.

**Модуль 6. Лекарственная аллергия.**

**Ситуационная задача №38.**

Больная И., 18 лет, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи».

Около часа назад пациентке под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувство внутренней тревоги, слабости. Пациентке незамедлительно в стоматологическом кабинете был введен 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 8 мг дексаметазона внутривенно, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, беспокойство, слабость. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком, реакций на медикаменты не отмечалось.

Из анамнеза известно, что в детстве больная наблюдалась у аллерголога по поводу атопического дерматита, круглогодичного аллергического ринита. С целью диагностики проводились кожные скарификационные пробы, выявлена сенсибилизация: коровье молоко (+++), пшеничная мука (+++), шерсть кошки (++), собаки (+++), клещ домашней пыли (+++), береза (++). В подростковом возрасте интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергенами уменьшилась. В течение месяца у больной появился сухой кашель, заложенность носа, самостоятельно принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом.

Семейный анамнез: у отца больной бронхиальная астма, мать страдает хронической крапивницей.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с затрудненным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка вздута. ЧД -26 уд/мин. При перкуссии - легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких - выдох удлинен, выслушивается большое количество сухих, рассеянных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 130уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД -90/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба120/80 мм.рт.ст.). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову -10 х 9 х 8 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ -130 г/л, , эрит.-5,2х1012/л , тром -300х109/л, лейк.-7,2х109/л, лейкоциты -7, 82х1012/л, эоз. -10%, п/я -3%, с/я 65%, лимф. -20%, мон.-2%, СОЭ -5 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 114 в 1 минуту. PQ- 0,12м/с, QRS-0,08м/с

**Вопросы к ситуационной задаче №38.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Каковы механизмы развития патологических реакций?

сосудов и отеку органов и тканей. Данный тип реакций протекает без участия комплемента.

3. Что входит в состав противошокового набора (основные препараты)?

**Ситуационная задача №39.**

Девочка В.,14 лет., доставлена в стационар.

Анамнез заболевания: через 10 минут после укуса осы в руку почувствовала нарастающую слабость, головокружение, тошноту, ощущение нехватки воздуха.Аллергологический анамнез: у матери ребенка поллиноз.

Объективно: Состояние ребенка тяжелое, заторможена. Холодный липкий пот. Телосложение нормостеническое, массатела 44 кг рост 152 см. Кожные покровы бледные, распространенные высыпания уртикарного характера, зуд. Кисти рук и стоп холодные, синюшные. Местно в области укуса гиперемия и отек. Грудная клетка вздута. Перкуторно над легкими коробочный оттенок легочного звука, при аускультации дыхание ослаблено, большое количество сухих свистящих хрипов на выдохе. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. Пульс частый слабый. ЧСС 120 в минуту. АД 80/50 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено

Общий анализ крови: Hb -140г/л, эритроциты -5,2х1012/л, лейкоциты -8,3х109/л, п/я-4%, с/я-56%, э-10%, лимфоциты -22%, моноциты -8%, СОЭ-16 мм/час.

**Вопросы к ситуационной задаче №39.**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план лечебных мероприятий.
3. Что лежит в основе патогенеза данного состояния?

**Ситуационная задача №40.**

Больной О, 15 лет. В связи с открытой травмой левого бедра пострадавшему произведена первичная хирургическая обработка раны, повторно внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы введено 1500 АЕ противостолбнячной сыворотки.

На пятые сутки после последней инъекции сыворотки у пациента повысилась температура тела до 38° С; появилась выраженная слабость, сердцебиение, боли в области сердца, болезненность и припухлость коленных, локтевых, лучезапястных суставов; зудящая сыпь на коже; увеличились подколенные и паховые лимфатические узлы.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 380 С., беспокоит слабость, периодически боли в области сердца. На туловище и конечностях отмечаются генерализованные уртикарные, розового цвета зудящие высыпания. Пальпируются болезненные подмышечные лимфатические узлы размером 0,5х0,5 см. Коленные, локтевые, голеностопные и лучезапястные суставы отечны, болезненны. Грудная клетка эластична, дыхание при аускультации везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 88 уд. В минуту. АД 100/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: НЬ -130 г/л, , эрит.-5,0х1012/л , лейк.-4,2х109/л, эоз. -2%, п/я -2%, с/я 44%, лимф. -48%, мон.-6%, СОЭ -18 мм/ч.

**Вопросы к ситуационной задаче №40.**

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Укажите основной механизм развития болезни

3. Какие системы вовлекаются в патологический процесс при данном заболевании

4. Составьте план лечения

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации.

Тестирование обучающихся проводится*в информационной системе Университета*

**Модуль 1 Общая иммунология**

**Тема 1.** Иммунокомпетентные клетки, Т- и В- система иммунитета.

**2. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. АКТИВНЫЙ ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ ФОРМИРУЕТСЯ:

1. при введении сыворотки

2. после введения антибиотиков

3. после перенесенного заболевания

4. рецидива инфекции

2. ПОЛУЧЕНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ:

1. истощением поливалентных сывороток

2. иммунизацией животных

3. иммунизацией доноров

4. гибридомной технологией

3. ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ СИНТЕЗА IgM НА IgG ОБЕСПЕЧИВАЮТ:

1. Т-киллеры

2. Т-хелперы

3. макрофаги

4. естественные киллеры

4. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ИММУНИТЕТА:

1. антиген взаимодействует с антигеном

2. антиген взаимодействует с аллергеном

3. антиген взаимодействует с рецептором на поверхности клеток

4. антитело взаимодействует с рецептором на поверхности клеток

5. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

1. только антител

2. только антигенов

3. антител и антигенов

4. аллергической реакции замедленного типа

6. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ МОЛЕКУЛ МНС:

1. презентация антигенов иммунокомпетентным клеткам

2. блокирование приживления тканей

3. расщепление антигенов

4. связывание иммуноглобулинов

7. В ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ОРГАНИЗМЕ ТКАНЕВЫЕ МАКРОФАГИ ФОРМИРУЮТСЯ:

1. из лимфоцитов

2. моноцитов

3. фибробластов

4. базофилов

8. ФУНКЦИИ МОЛЕКУЛ MHC I:

1. связывания с CD8 молекулой на Т-клетках

2. презентация экзогенных антигенов

3. связывания CD4- молекулой на Т-клетках

4. презентация нативных антигенов

9. СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ НАЗЫВАЮТСЯ РЕАКЦИИ, В КОТОРЫХ:

1. антитела сыворотки взаимодействуют с антигеном

2. антиген взаимодействует с аллергеном

3. антиген взаимодействует с рецептором на поверхности клеток

4. антитело взаимодействует с рецептором на поверхности клеток

5. Т-хелперы взаимодействуют с В-клетками памяти

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекционный синдром

2. аллергический синдром

3. аутоиммунный синдром

4. пролиферативный синдром

11. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МОЛЕКУЛ HLA-I:

1. на антигенпрезентирующих клетках

2. на эпителиальных клетках

3. на Т-лимфоцитах

4. на всех ядросодержащих клетках

12. ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ МАКРОФАГА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. моноцит

2. эритроцит

3. эозинофил

4. нейтрофил

13. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

1. синтез антител

2. антигеннезависимая дифференцировка лимфоцитов

3. антигензависимая дифференцировка лимфоцитов

4. пролиферация клонов лимфоцитов, распознавших антиген

14. МОЛЕКУЛА СD 8 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. NК-клеток

2. Т-цитотоксических клеток

3. Т-хелперов

4. базофилов

15. МОЛЕКУЛА СD4 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. зрелых В-лимфоцитов

2. Т-хелперов

3. нейтрофилов

4. цитотоксических лимфоцитов

16. СD19 ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ:

1. NK-клеток

2. Т-хелперов

3. нейтрофилов

4. В-лимфоцитов

17. ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ ЛИМФОЦИТЫ РАСПОЗНАЮТ:

1. комплекс вирусного антигена в составе молекул МСН класса I

2. комплекс вирусного антигена в составе молекул МСН класса II

3. вирусный антиген

4. антиген МСН класса I

18. КЛЕТКИ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА:

1. макрофаги

2. Т-лимфоциты

3. естественные киллеры

4. плазматические клетки

5. большие гранулярные лимфоциты

19. Т-ХЕЛПЕРЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕННЫЕ ПЕПТИДЫ В КОМПЛЕКСЕ С:

1. МНС I класса

2. МНС II класса

3. Т-клеточным рецептором

4. МНС I и II класса

20. КАКИМ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ:

1. Е-РОК

2. ЕАС-РОК

3. НСТ-тест

4. М-РОК

5. методомпроточной цитофлюориметрии.

21. CD 3 ЭКСПРЕССИРУЕТСЯ НА МЕМБРАНЕ:

1. Т-лимфоцитов

2. В-лимфоцитов

3. нейтрофилов

4. эозинофилов

22. ЕСЛИ ИММУНОДЕФИЦИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И МИКОЗАМ, СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ДЕФЕКТ:

1. В-лимфоцитов

2. Т-лимфоцитов

3. фагоцитов

4. системы комплемента

5. продукции Ig

23. В КОМПЛЕКСЕ С МОЛЕКУЛАМИ МНС I КЛАССА АНТИГЕН ИНДУЦИРУЕТ АКТИВАЦИЮ:

1. В-лимфоцитов

2. эпителиальных клеток

3. макрофагов

4. CD 8- позитивных предшественников Т-киллеров

24. Т-КЛЕТОЧНО-ОПОСРЕДОВАННЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:

1. образованию грануломы

2. инфильтрату на месте введения антигена

3. отторжению трансплантата

4. все перечисленное правильно

25. ВТОРИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ИММЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПО СРАВНЕНИЮ С ПЕРВИЧНЫМ:

1. более широкую специфичность

2. преобладание Ig М антител

3. продукция комплементсвязывающих антител

4. отличается высокой скоростью и силой

26. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества Т- и В-лимфоцитов

2. определение CD4-лимфоцитов

3. определение CD8-лимфоцитов

4. верно все

27. ОСНОВНЫЕ ЦИТОКИНЫ Th-1 ЛИМФОЦИТОВ:

1. ИФН α, ИФН β, ИФН γ

2. ИФН α, ИЛ-2, ИФН γ

3. ИФН β , ИЛ-2, ИФН γ

4. ИФН γ, ИЛ-2, ФНО α

28. ОСНОВНЫЕ ЦИТОКИНЫ Th-2 ЛИМФОЦИТОВ:

1. ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10

2. ИФН γ ИФН α, ИФН β

3. ИЛ-4, ИФН γ , ФНО α

4. ИЛ-4, ИЛ-5,ФНО α

29. АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. СD8+Т-лимфоцитами

2. СD4+Т-лимфоцитами

3. В-лимфоцитами

4. макрофагами

30. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1. острые инфекционные заболевания

2. иммунодефицитные состояния

3. паразитарные заболевания

4. аллергические заболевания

**Тема 2.** Врожденный иммунитет, механизмы. Система комплемента.

**2. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. В РЕАЛИЗАЦИИ РЕАКЦИЙ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА УЧАСТВУЮТ:

1. Т-лимфоциты

2. В-лимфоциты

3.Миелобласты

4. Моноциты/макрофаги, нейтрофилы

2. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:

1. наследуется

2. осуществляется только миелоидными клетками

3. не наследуется

4.формирует клетки иммунологической памяти

3. ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПАССИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. получения антител через плаценту от матери

2. вакцинации

3. введения сыворотки

4. перенесенного заболевания

1. РЕАКЦИЯ СВЯЗЫВАНИЯ КОМПЛЕМЕНТА ВКЛЮЧАЕТ:

1. два ингредиента

2. три ингредиента

3. четыре ингредиента

4. пять ингредиентов

1. ЦИТОКИНАМИ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. липидные регуляторы клеточной активности

2. небольшие белковые молекулы, секретируемые в экстрацеллюлярное пространство и регулирующие функции клеток на генетическом уровне

3. белковые молекулы, распознающие чужеродные структуры

4. биологически активные соединения, вызывающие цитолиз измененных клеток

5. гормоны

6. В РЕАКЦИИ ПРЕЦИПИТАЦИИ УЧАСТВУЮТ:

1. бактериальная клетка

2. бактериальная клетка, токсин

3. бактериальная клетка, токсин, антитоксическая сыворотка

4. токсин, антимикробная сыворотка, электролит

5. токсин, антитоксическая сыворотка, электролит

7. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ – ЭТО ЦИТОКИНЫ, КОТОРЫЕ:

1. прекращают развитие воспалительных реакций

2. блокируют действие ингибиторов воспаления

3. связывают микроорганизмы в очаге воспаления, обеспечивая их разрушение ферментами

4. инициируют и поддерживают воспалительные реакции

8. ХЕМОКИНЫ - ЭТО ГРУППА ЦИТОКИНОВ, КОТОРАЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

1. адекватные химические условия в зоне воспаления

2. направленное движение клеток в организме

3. размножение клеток

4. остановку пролиферации и последующую гибель клеток путем апоптоза

9. РЕАКТАНТАМИ ОСТРОЙ ФАЗЫ НАЗЫВАЮТ:

1. белки плазмы крови, содержание которых меняется при развитии воспалительной реакции

2. антитела, реагирующие с антигеном до развития иммунной реакции

3. гормоны, определяющие адаптацию организма к повреждению

4. реактивы, с помощью которых можно обнаружить развитие в организме острой воспалительной реакции

10. К КЛЕТОЧНЫМ ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ОТНОСИТСЯ:

1. система комплемента

2. интерфероны

3. макрофаги

4. лизоцим

5. Т-лимфоциты

1. РЕЦЕПТОРЫ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА:

1. внеклеточные (растворимые)

2. мембранные

3. цитоплазматические

4. все перечисленное

5. все перечисленное и Т-клеточные рецепторы

1. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ:

1. тестирование биологической активности

2. количественное определение цитокинов с помощью ифа

3. иммуногистохимическое внутриклеточное окрашивание

4. иммунофлюоресценция

5. все перечисленное

1. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПРОТЕКАЕТ:

1. с участием антител

2. без участия антител

3. с участием фагоцитов

4. с участием натуральных киллеров

5. с участием лизоцима

1. К ОПСОНИНАМ ОТНОСИТСЯ КОМПОНЕТ КОМПЛЕМЕНТА:

1. С3

2. С4

3. С6

4. С1

1. ПУСКОВЫМ ЭТАПОМ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ПО КЛАССИЧЕСКОМУ ПУТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. фагоцитоз

2. формирование иммунного комплекса с участием иммуноглобулина  igm

3. взаимодействие с эндотоксинами грамотрицательных бактерий

4. образование опсонинов

5. активация лимфоцитов

1. ПРОЯВЛЕНИЕМ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. наследственный ангионевротический отек

2. аллергическая крапивница

3. синдром Лайелла

4. синдром Ди - джорджи

1. КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ АКТИВАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕ:

1. активных форм кислорода

2. мембраноатакующего комплекса

3. С3-конвертазы

4. С5-конвертазы

5. С1-ингибитора

18. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ЗАПУСКАЕТСЯ:

1. комплексом АГ-АТ

2. липополисахаридами микробов

3. комплексом АГ- Ig М

4. активацией лимфоцитов

19. КЛАССИЧЕСКИЙ ПУТЬ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ЗАПУСКАЕТСЯ:

1. комплексом АГ- IgG

2. через пропердиновую систему

3. через фактор В

4. активацией лимфоцитов.

20. ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЁКА ХАРАКТЕРНЫ:

1. нормальный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

2. сниженный уровень компонентов комплемента С2, С4 и ингибитора С1-эстеразы в сыворотке крови

3. сниженный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

4. нормальный уровень ЦИК, IgА, IgE в сыворотке крови

21. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ПРОВОДЯТ IN VIVO:

1. кожные пробы, провокационные пробы, элиминационные пробы

2. определение иммунологических показателей

3. определение иммуноглобулинов

22. МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОСНОВОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЕФЕКТЫ:

1. на рибосомах клетки

2. на митохондриях клетки

3. на молекуле рнк

4. на молекуле днк

5. ничего из перечисленного

**Тема 3.** Антигены. Свойства, специфичность, иммуногенность.

2. **Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. НЕПОЛНОЦЕННЫЕ АНТИГЕНЫ ИНАЧЕ НАЗЫВАЮТСЯ:

1. аутоантигены

2. изоантигены

3. анатоксины

4. гаптены

2. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ МЕТОД - СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИКОТОРОЙ ИНДИКАТОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. флюоресцирующие вещества

2. радиоизотопы

3. фермент и его субстрат

4. эритроциты

3. РЕАКЦИЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЭТО СЕРОЛОГИЧЕСКАЯРЕАКЦИЯ, В КОТОРОЙ АНТИТЕЛА МЕЧЕНЫ:

1. ферментом

2. радионуклеидом

3. флюорохромом

4. ферментом и его субстратом

4. РЕАКЦИИ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С УЧАСТИЕМ МЕЧЕНЫХ АНТИГЕНОВИЛИ АНТИТЕЛ:

1. связывания комплемента

2. гемолиза

3. преципитации

4. иммунофлюоресцентная

5. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПОДСЧЕТА Т - И В–ЛИМФОЦИТОВИСПОЛЬЗУЮТ ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМЫ:

1. АВО

2. СД

3. изоантигенов

4. аутоантигенов

6. КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. плазматические клетки

2. макрофаги

3. тромбоциты

4. тучные клетки

7. КЛЕТКИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕЗЕНТАЦИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. дендритные клетки

2. плазматические клетки

3. тучные клетки

4. тромбоциты

8. ГАПТЕНЫ – ЭТО:

1. неполные антитела

2. полные антитела

3. неполноценные антигены

4. полноценные антигены

9. МАРКЕР ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-КЛЕТОК:

1. CD4

2. CD8

3. СД3

4. CD1

10. ИНГРЕДИЕНТЫ РЕАКЦИИ НЕПРЯМОЙ ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНЦИИ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ:

1. иммунная диагностическая сыворотка;

2. антииммуноглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом;

3. исследуемый материал;

4. иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка;

5. исследуемый материал, иммунная диагностическая сыворотка, антиглобулиновая сыворотка, меченая флуорохромом.

11. ПРЕПАРАТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИЗВЕСТНЫЕ АТ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА МИКРООРГАНИЗМА:

1. бактериофаги

2. аллергены

3. иммунные диагностические сыворотки

4. диагностикумы

5. анатоксины

12. К АПК (АНТИГЕН ПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ) ОТНОСЯТСЯ:

1. эритроциты

2. тромбоциты

3. дендритные клетки

4. эпителиальные клетки

13. СВОЙСТВА ПОЛНОЦЕННЫХ АНТИГЕНОВ:

1. чужеродность

2. отсутствие детерминантных групп

3. низкий молекулярный вес

14. КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ БАКТЕРИЙ НЕСУТ ПРИЗНАКИ АНТИГЕННОЙ ЧУЖЕРОДНОСТИ:

1. жгутики

2. капсула

3. клеточная стенка

4. все перечисленное

15. К БАКТЕРИАЛЬНЫМ АНТИГЕНАМ ОТНОСЯТ:

1. О-антиген

2. гемагглютинин

3. ЛПС

4. Изоантигены

16. В СЕРОЛОГИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ДИАГНОСТИКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1. титр АГ

2. титр АТ

3. иммунные комплексы

4. титр цитокинов

5. абсолютное количество Ig

17. ДЛЯ КОЖНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ С БЫТОВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПРИМЕНЯЮТ ГИСТАМИН:

1. 0,001%

2. 0,01%

3. 0,0001%

4. 0,1%

18. КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ:

1. дендритные клетки.

2. плазматические клетки

3. эритроциты

4. тромбоциты

19.  Т-ЛИМФОЦИТЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕН, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЙ В АССОЦИАЦИИ С МОЛЕКУЛАМИ:

1. МНС класса I

2. иммуноглобулинов

3. белков острой фазы

4. комплемента

20. АНТИГЕНЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1. вещества, вызывающие появление специфических цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ) и синтез специфических антител

2. вещества, вызывающие фагоцитоз

3. вещества, вызывающие активацию системы комплемента

21. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ, СОДЕРЖАЩИЕ АТ ТОЛЬКО К ОДНОМУ АГ, НАЗЫВАЮТСЯ:

1. поливалентными

2. аффинными

3. монорецепторными

4. моноклональными

5. поликлональные

22. АНТИГЕНЫ HLA II ИГРАЮТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В:

1. распознавании антигена CD4+ Т-лимфоцитами

2. ассоциации с болезнями

3. противовирусной иммунной реакции

4. контроле синтеза комплемента

**Тема 4Антитела. Строение, функции.**

2. **Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. КЛЕТКИ, ПРОДУЦИРУЮЩИЕ АНТИТЕЛА:

1. макрофаги

2. Т-лимфоциты

3. естественные киллеры

4. плазматические клетки

2. В – ЛИМФОЦИТЫ:

1. являются иммунорегуляторными клетками

2. обеспечивают противовирусный иммунитет

3. обеспечивают клеточный иммунитет

4. в ответ на антиген трансформируется в клетки, синтезирующие антитела

3. МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК СВЯЗАН С:

1. IgM

2. sIgA

3. IgG

4. тучными клетками

4. МОЛЕКУЛА ИММУНОГЛОБУЛИНА ( IGG ) СОСТОИТ:

1. из двух тяжелых полипептидных цепей, соединенных между собой дисульфидными связями

2. из двух легких полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями

3. верно 1 и 2

4. из одной тяжелой и одной легкой полипептидных цепей, соединенных дисульфидными связями

5. СВОЙСТВА ИММУНОГЛОБУЛИНА G:

1. проходит через плаценту

2. имеет 4 подкласса

3. обеспечивает защиту против инфекций

4. верно все перечисленное

6. АНТИТЕЛА ОДНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПРИНАДЛЕЖАТ:

1. к одному классу иммуноглобулинов

2. к разным классам иммуноглобулинов

3. не принадлежат к белкам глобулиновой фракции

7. ПРИ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. применение иммуностимуляторов

2. применение донорского иммуноглобулина

3. применение миелопида

4. верно 1

8. СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ИММУНОГЛОБУЛИНА А МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

1. атопическое заболевание

2. гепатиты

3. ангииты

4. психозы

9. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. наличия острого инфекционного процесса

2. наличия хронического воспаления

3. атопии

4. гельминтоза

10. ГИПЕРГЛОБУЛИНЕМИЯ А ХАРАКТЕРНА:

1. для атопии

2. для воспалительных процессов на слизистых оболочках

3. для анафилаксии

4. для рахита

11. СВОЙСТВАМИ IgG АНТИТЕЛ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. возможность прохождения через плаценту

2. невозможность прохождения через плаценту

3. возможность частичного прохождения через плаценту

4. невозможность частичного прохождения через плаценту

12. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕПОЛНЫХ АНТИТЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. реакция Хеддельсона

2. реакция Райта

3. реакция Кумбса

4. реакция Пирке

5. реакция Манту

13. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в первые месяцы и годы жизни

2. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате бактериальных и вирусных инфекций

3. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

4. отсутствие изменений со стороны иммунной системы

14. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО КОНТАКТА С АНТИГЕНОМ:

1. через 10 мин

2. через 1 час

3. через 5-7 дней

4. через 3-5 недель

15. ГЛАВНЕЙШИМИ ( СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ) ТИПАМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. выработка специфических антител

2. накопление ЦИК

3. фагоцитоз

4. выработка серотонина

16. Fab-ФРАГМЕНТ МОЛЕКУЛЫ ИММУНОГЛОБУЛИНА ОТВЕТСТВЕН ЗА:

1.связывание комплемента

2. связывание антигена

3.вязывание с Fс-рецептором

4. связывание с макрофагами

5. прохождения Ig G через плаценту

17. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ:

1.в плазматических клетках

2. в Т-лимфоцитах

3. в полиморфноядерных лейкоцитах

4. в макрофагах

18. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ В-КЛЕТОЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. трансплантация тимуса

2. введение тимических гормонов

3. введение иммуноглобулинов

4. введение антибиотиков

19. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КАКОГО КЛАССА УЧАСТВУЮТ В ЗАЩИТЕ ПЛОДА ОТ ИНФЕКЦИЙ?

1. IgM

2. IgE

3. IgG

4. IgA

20. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ПРОНИКАЮТ Ig:

1. Ig G

2. Ig М

3. Ig А

4.Ig Е

**МодульN2.Клиническая иммунология, аллергология**

**Тема 1.Иммунореабилитация.Иммуномодуляторы: бактериальные, химическичистые, индукторы интерферона, иммуноглобулины**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ СТИМУЛИРУЮТ ТОЛЬКО Т-СИСТЕМУ ИММУНИТЕТА:

1. тимозин

2. октагам

3. иммуновенин

4. левамизол

2. ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:  
1. терапия, направленная на активацию иммунитета  
2. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло - или аутоантигены  
3. систему мер по возвращению иммунного статуса к исходному, сбалансированному состоянию

3. ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ - ЭТО:  
1. комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций иммунной системы  
2. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло- или аутоантигены  
3. терапия, направленная на активацию иммунитета

4. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРИНЦИПАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:  
1. необходимость учета побочного действия имунотропных пренаратов

2. учет клинических признаков, свидетельствующих о наличии дефекта в работе иммунной системы  
3. по завершении курса иммунотерапии необходимо провести иммунологическое обследование пациента

4. все верно

5.НАПРАВЛЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО АГЕНТА МОЖЕТ ЗАВИСЕТЬ ОТ:  
1. дозы препарата  
2. возраста больного

3. температуры окружающей среды

4. пола

6.ВАКЦИНАЦИЯ - ЭТО:  
1. целенаправленное введение в организм заданного АГ в неагрессивной форме в иммуногенных дозах с целью индукции защитного иммунного ответа и формирования иммунологической памяти для профилактики инфекционных заболеваний  
2. целенаправленное введение в организм бактериальных лизатов   
3. целенаправленное введение в организм бактериофага для профилактики инфекционных заболеваний

7. К ИММУННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ВАКЦИННЫМ ЭФФЕКТОМ, ОТНОСЯТСЯ:

1.комплексный иммунный препарат

2.миелопид

3.рибомунил

4. Т-активин

5.ликопид

8. ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ:  
1. всем пациентам до и после трансплантации органов  
2. пациентам только до трансплантации органов  
3. пациентам только после трансплантации органов

9.СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ:  
1. использование нескольких иммуносупрессантов  
2. использование одного иммуносупрессанта  
3. использование всех иммуносупрессантов

10. К ТИМИЧЕСКИМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:  
1. бронхомунал  
2. тималин  
3. бронховаксом

11. ЛЮБОЙ ПРЕПАРАТ, ИЗБИРАТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИЙ НА СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ИММУНИТЕТА:  
1. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать и общее неспецифическоевоздействие на всю иммунную систему в целом  
2. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать действие на нервную систему   
3. помимо эффекта на этот компонент, будет оказывать действие на кровеносную систему

12. К РАСТИТЕЛЬНЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:  
1. бронхомунал  
2. тималин  
3. иммунал

13. ИММУНОТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:  
1. назначение с лечебной или профилактической целью при заболеваниях, связанных с нарушениями иммунитета, препаратов химической или биологической природы обладающих иммунотропной активностью   
2. назначение с лечебной или профилактической целью при заболеваниях, связанных с нарушениями иммунитета, антибиотиков  
3. назначение с лечебной или профилактической целью при инфекционных заболеваниях химиотерапевтических препаратов.

14. ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ – ЭТО:  
1. система мер по возвращению иммунного статуса к исходному, сбалансированному состоянию  
2. терапия, направленная на активацию иммунитета  
3. терапия, направленная на удаление АТ или лимфоцитов, специфически реагирующих на алло-или аутоантигены

15. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭФФЕКТ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НАПРАВЛЕН НА:  
1. ликвидацию у больного с аллергическим процессом инфекционного очага   
2. ликвидацию у больного с аллергическим процессом основной причины заболевания  
3. ликвидацию у больного с аллергическим процессом всех лейкоцитов

16. К ОЧИЩЕННЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЛИЗАТАМ ОТНОСЯТСЯ:  
1. ИРС- 19  
2. бронхомунал  
3. Бронховаксом

4. все вышеперечисленное

17. ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1. средства, усиливающие иммунный ответ  
2. средства, подавляющие иммунный ответ (лекарственные препараты, обладающие иммунотропностью или неспецифического действия и другие различные агенты биологической или химической природы, угнетающие иммунные процессы)  
3. лекарственные средства, обладающие иммунотропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту).

18. К МИКРОБНЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. бронхомунал  
2. тималин  
3. иммунал

19. РИБОМУНИЛ ОТНОСИТСЯ К ИММУНОКРРЕКТОРАМ:  
1. бактериального происхождения  
2. тимического происхождения  
3. костномозгового происхождения

4.производным имидазола

20. ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ:  
1.микробные  
2. тимические  
3. костномозговые  
4. все верно

**Тема 2. Аутоиммунные болезни. Системная красная волчанка, ревматоидный артрит.**

**2. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. КАКИЕ ВАРИАНТЫ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПРЕДСТАВЛЯЮТ НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ?

1. аутоантитела к ДНК-нативной и ДНК-денатурированной.

2. аутоантитела к РНК, коллагену, эластину.

3. антинуклеарный фактор (АНФ) и аутоантитела к органам.

2. ЧТО ТАКОЕ СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ?

1.это заболевание соединительной ткани, наиболее характерное проявление которого – уплотнение или фиброз кожи.

2. хроническое аутоиммунное заболевание поперечно-полосатой мускулатуры.

3. это группа заболеваний, в основе патогенеза которых лежит воспаление сосудистой стенки.

3. ЧТО ТАКОЕ СИНДРОМ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА:

1.это системное поражение микрососудов (геморрагический васкулит), сопровождающееся геморрагиями и тромбозами.

2.это системный некротизирующий васкулит.

3. это гранулематозный ангиит.

4. ЧТО ТАКОЕ БОЛЕЗНЬ СТИЛА?

1. это форма ювенильного ревматоидного артрита.

2. это некротический лимфаденит.

3. это «сухой» синдром.

5. КАКОВА ЭТИОЛОГИЯ РЕВМАТИЗМА?

1. нуклеиновые кислоты вирусов.

2.β-гемолитический стрептококк типа А.

3. мембранные антигены E.Сoli

6. КАКИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1. нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды.

2. цитостатики, иммуномодуляторы.

3. все вышеперечисленное

4. нет правильного ответа

7. ЧТО ТАКОЕ АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1. это патологические процессы, в основе которых лежит аутоагрессия, индуцированная аутоантигенами.

2. это проявление повышенной чувствительности организма к аллергену в ответ на повторный контакт с аллергеном.

3. это неспособность к иммунному ответу на определенный антиген.

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАМИ АУТОИММУННОГО ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ?

1.содержание циркулирующих аутоантител, аутосенсибилизированных лимфоцитов, наличие возможности выделения аутоантигена, возможность пассивного переноса патологического процесса с помощью аутоантител и аутосенсибилизированных лимфоцитов.

2. содержание циркулирующих аутоантител

3. содержание в крови аутоантигена

9. КАКОЙ ФЕНОМЕН ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ОТ АГРЕССИИ СОБСТВЕННОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ?

1. феномен иммунологического распознавания.

2. феномен иммунологической памяти.

3. феномен иммунологической толерантности.

10. В ОСНОВЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕЖИТ ЯВЛЕНИЕ АНТИГЕННОЙ МИМИКРИИ?

1. в основе аутоиммунной патологии.

2. в основе аллергических заболеваний.

3. в основе иммунологической толерантности.

11. ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОСНОВАНА НА:

1. определение уровня нейропептидов

2.обнаружение сенсибилизированных лимфоцитов

3. определении активности комплемента

4. определение уровня альбуминов.

12.СЛЕДСТВИЕМ АУТОИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. хронический тиреоидит

2.пневмония

3. бронхит

4. энтерит.

13. ИСТИННЫЕ АУТОИММУННЫЕ БОЛЕЗНИ ЭТО:

1. болезни, в патогенезе которых лимфоциты, запускающие механизмы деструкции, распознают именно нативные молекулы мембран собственных клеток или межклеточного вещества и инициируют иммунное воспаление

2. все патологические процессы, при которых имеется повреждение тканей иммунными механизмами

3. аллергические реакции

14. ДЛЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАЗЫВАЕМЫХ «АУТОИММУННЫМИ», ХАРАКТЕРНО:

1. длительное, хроническое течение

2. быстрое выздоровление

3. кратковременное течение

15. У РАЗНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЯХ ОДИНАКОВОЙ НОЗОЛОГИИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

1.одинаковые аутоантигены-мишени

2. у каждого человека - свой уникальный аутоантиген

3. вариабельные аутоантигены

16. В НОРМЕ У КАЖДОГО ЗДОРОВОГО ОРГАНИЗМА В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОИДНЫХ ТКАНЯХ ИМЕЮТСЯ:

1.и Т- и В-лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

2. В-лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

3. Т- лимфоциты с антигенраспознающими рецепторами для «своего»

17. МАНИФЕСТАЦИЯ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1.результатом возникновения аномальных аутореактивных клонов Т- лимфоцитов

2. результатом возникновения аномальных аутореактивных клонов В- лимфоцитов

3. результатом проникновения патогенного внешнего фактора

18. К ОСНОВНЫМ СИМТОМАМ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСЯТСЯ:

1.воспаление мозга

2. гломерулонефриты

3. дефицитная анемия

19. АНТИНУКЛЕАРНЫЕ АНТИТЕЛА И РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АССОЦИИРУЮТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

1. язвенная болезнь

2. железодефицитная анемия

3. системная красная волчанка

4. идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

5. аутоиммунный тиреоидит

20. ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИМЕНЯЮТСЯ:  
1. иммунодепрессанты, направленные на подавление остроты воспалительного процесса  
2. иммуномодуляторы, направленные на подавление остроты воспалительного процесса  
3. иммуностимуляторы, направленные на подавление остроты воспалительного процесса

**Тема 3.Первичные иммунодефициты: генетические основы, клинико-иммунологическая характеристика первичных иммунодефицитов**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1.НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК КВИНКЕ ОБУСЛОВЛЕН:

1.генетическими дефектами

2. неспецифическими факторами

3. аутоаллергией

4. сенсибилизацией неинфекционными аллергенами

2. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ДЕФЕКТЫ СВЯЗАНЫ С:

1. ингибитором первого фактора системы комплемента

2. отклонениями в количестве и функциональной активностиВ - клеток

3. четвертым фактором системы комплемента

4. наследственными нарушениями бактерицидной функции нейтрофилов

3. ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ:

1. генетические нарушения

2. хроническая почечная недостаточность

3. дефицит ферментов

4. дефекты эмбриогенеза

4. СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ИММУНОГЛОБУЛИНА А МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ:

1. атопическое заболевание

2. гепатиты

3. ангииты

4. дерматофитии

5. ДЛЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА ХАРАКТЕРНО:

1. тромбоцитопения, экзема

2. тимомегалия, спленомегалия

3. гипокальциемия, судороги

4. апластическая анемия, эозинопения

6. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в первые месяцы и годы жизни

2. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате бактериальных и вирусных инфекций

3. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

4. отсутствие изменений со стороны иммунной системы

7. В ДИАГНОСТИКЕ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ КОЛИЧЕСТВО Т И В ЛИМФОЦИТОВ В КРОВИ?

1. острые инфекционные заболевания

2. иммунодефицитные состояния

3. паразитарные заболевания

4. аллергические заболевания

8. К ОСОБЕННОСТЯМ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, детерминированные генетически

2. изменения в системе иммунитета, проявляющиеся в любом возрасте

3. изменения в системе иммунитета, развившиеся в результате различных видов патологии или внешних воздействий

4. изменение в системе иммунитета, наиболее часто сочетающиеся с гельминтами бактериальными и вирусными инфекциями

9. ЕСЛИ ИММУНОДЕФИЦИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ И МИКОЗАМ, СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ ДЕФЕКТ:

1. В-лимфоцитов

2. Т-лимфоцитов

3. фагоцитов

4. системы комплемента

10.НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекционный синдром

2. аллергический синдром

3. аутоиммунный синдром

4. пролиферативный синдром

11. ПРИ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. применение иммуностимуляторов

2. применение донорского иммуноглобулина

3. применение миелопида

4. верно 1, 2

12. НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫМ И ТОЧНЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ПОНЯТИЯ "ИММУНОДЕФИЦИТ" ЯВЛЯЕТСЯ:

1. изменения в системе иммунитета, обусловленные количественным дефицитом иммунокомпетентных клеток

2. изменения в системе иммунитета в результате нарушения этапов созревания, дифференцировки, функциональной активности и числа клеток, участвующих в иммунологическом ответе

3. изменения в системе иммунитета в результате нарушения функциональной активности клеток, участвующих в иммунологическом ответе

4. изменения в системе межклеточных взаимодействий

5. изменения неспецифической реактивности иммунных клеток

13. ГИПЕРГЛОБУЛИНЕМИЯ А ХАРАКТЕРНА:

1. для атопии

2. для воспалительных процессов на слизистых оболочках

3. для анафилаксии

4. для психопатологических состояний

14. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА М ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. наличия острого инфекционного процесса

2. наличия хронического воспаления

3. атопии

4. гельминтоза

15. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. синдрома Вискотта-Олдридча

2. болезни Брутона

3. синдрома Оммена

4. общей вариабельной иммунной недостаточности

5. синдрома Джоба

16. ДЕФИЦИТ IG КЛАССА А, М, G НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. агаммаглобулинемии

2. хронической гранулематозной болезни

3. селективном иммунодефиците Ig A

4. врожденном дефекте комплемента

5. синдроме Вискотта-Олдридча

17. БРУТОНОВСКАЯ ГИПОГАМАГЛОБУЛИНЕМИЯ СВЯЗАНА С ДЕФИЦИТОМ:

1. В-лимфоцитов

2. макрофагов

3. Т-клеток

4.моноцитов

5. нейтрофилов

18. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ТИМУСА НОВОРОЖДЕННОМУ ПОКАЗАНА ПРИ:

1. селективном иммунодефиците IgA

2. синдроме ДиДжорджи

3.гипогаммаглобулинемии Брутона

4. врожденном ангионевротическом отеке

5. общей вариабельной иммунной недостаточности

19. ВРОЖДЕННЫЙ Т-КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЭТО:

1. дефицит пуриннуклеотидфосфотазы

2. селективный дефицит IgA

3. синдром ДиДжорджи

4. болезнь Брутона

5. синдром Чедиака-Хигаши

20. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. гипер-IgE

2. болезни Брутона

3. врожденного дефекта фагоцитарной системы

4. синдрома Луи-Бар

5. нет верного ответа

**Занятие 4. ВИЧ-инфекция.**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ СИМТОМОВ ИНДИКАТОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИМЕНЯЮТ:  
1. антиретровирусную химиотерапию  
2. антибактериальную химиотерапию  
3. притивопротозойную химиотерапию

2. УКАЖИТЕ ВРЕМЯ ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ЗАРАЖЕНИИ:

1. уже внутриутробно

2. сразу после рождения

3. через 1 месяц после рождения

4. через 6 месяцев после рождения

5. через 1 год после рождения

3. УКАЖИТЕ ВИЧ-ИНДИКАТОРНЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ:

1. цитомегаловирусная инфекция

2. иерсиниоз

3. риккетсиоз

4. саркома Капоши

4. ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПОЗВОЛЯЕТ:  
1. снизить уровень продуктов вирусов в крови до неопределимых количеств  
2. повысить уровень продуктов вирусов в крови   
3. полностью уничтожить вирус

5.ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ВИЧ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. нарушением «распознавания» чужеродных антигенов системой макрофагов

2. нарушением процессов антителогенеза

3. снижением уровня Т-хелперов

4. снижением уровня секреторных антител

5. все верно

6.ИММУНОДЕФИЦИТ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

1. снижением уровня Т4-лимфоцитов

2. снижением уровня эозинофилов

3. снижением количества ЦИК

4. высоким уровнем только иммуноглобулина А

5. снижением уровней иммуноглобулинов

7.ОКОНЧАНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ АССОЦИИРУЕТСЯ С:

1. повышением температуры тела

2. увеличением лимфатических узлов

3. появлением кандидоза слизистых оболочек и кожных покровов

4. появлением антител к ВИЧ

5. резким похуданием

8. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

1. по клиническим признакам.

2. при выявлении антител к ВИЧ в ИФА.

3. при выявлении антител к ВИЧ в ИФА и в иммуноблоте.

4. при выявлении стойкой лимфаденопатии.

5. при выявлении генерализованной саркомы Капоши

9. ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ ЧЕЛОВЕК ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:

1. только в периодах, выраженных клинически

2. только в терминальной стадии

3. только в стадии острой инфекции

4. только в стадии бессимптомной инфекции

5. пожизненно

10. ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антиретровирусных препаратов.

2. НПВС.

3. протипротозойных препаратов.

4. цитостатиков.

5. иммуномодуляторов

11. ИНФИЦИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВИЧ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ:

1.различных парентеральных процедурах

2.случайном уколе во время операции

3.подготовке полости рта к протезированию

4.удалении зубного камня

5.проведении физиотерапевтических процедур

12. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ:

1. при половом контакте, через парентерально вводимые кровь и продукты крови

2. укусы насекомых

3.через неповрежденную кожу

4.через неповрежденные слизистые оболочки

13.ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. основным видом терапии

2. вспомогательным видом терапии

3. не применяется

4. иммунореабилитационным приемом

14. К КАКОМУ СЕМЕЙСТВУ ВИРУСОВ ОТНОСИТСЯ ВИЧ:

1. ретровирусы

2.аденовирусы

3.цитомегаловирусы

4.герпесвирусы

15. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ –ИНФЕКЦИИ:

1.половой, парентеральный, вертикальный

2.половой, бытовой, парентеральный

3. половой, через насекомых

4. воздушно-капельный

16**.** НАЗОВИТЕ МЕМБРАННЫЙ БЕЛОК (РЕЦЕПТОР) КЛЕТОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ КПОВЕРХНОСТНОМУ АНТИГЕНУ ВИЧ:

1.CD-8

2. CD-4

3. CD-3

4. CD-124

17.КАК ДОЛГО СОДЕРЖИТСЯ ВИЧ В ОРГАНИЗМЕ БОЛЬНОГО:

1.5 лет

2. 7 лет

3.до первых клинических признаков

4. пожизненно

18ПЕРЕЧИСЛИТЕ СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ:

1. инкубация, первичных проявлений, вторичных заболеваний, терминальная

2.СПИД, терминальная стадия

3.инкубация, СПИД

4. первичные проявления, вторичные проявления

19.ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ДЕТИ МОГУТ ПОЛУЧАТЬ ПРИВИВКУ:

1.только живыми вакцинами

2.всеми вакцинами, кроме живых (зависит от уровня клеток CD4, если клеток больше 400, то делать можно)

3.всеми вакцинами

4.только анатоксинами

20. ТЯЖЕЛЫЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ВОЗНИКАЮТ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ:

1. при снижении лейкоцитов ниже 3000кл/мкл

2. при снижении Т-лимфоцитов ниже 500кл/мкл

3. при снижении CD4 лимфоцитов ниже 500кл/мкл

4. при снижении CD4 лимфоцитов ниже 200кл/мкл

**Занятие 5. Диагностика аллергических заболеваний.**

1**. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества Т- и В-лимфоцитов

2. определение CD4-лимфоцитов

3. определение CD8-лимфоцитов

4. верно все

2. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ МЕТОД – СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ

КОТОРОЙ ИНДИКАТОРНОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. флюоресцирующие вещества

2. радиоизотопы

3. фермент и его субстрат

4. эритроциты

3. РЕАКЦИЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЭТО СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ

РЕАКЦИЯ, В КОТОРОЙ АНТИТЕЛА МЕЧЕНЫ:

1. ферментом

2. радионуклеидом

3. флюорохромом

4. ферментом и его субстратом

4.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПОДСЧЕТА Т - И В – ЛИМФОЦИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПОВЕРХНОСТНЫЕ МАРКЕРЫ СИСТЕМЫ:

1. АВО

2. СД

3. изоантигенов

4. аутоантигенов

5. КАКОМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ ПРОВОДЯТ ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ С МЕДИКАМЕНТАМИ:

1. строго по показаниям больным лекарственной аллергией

2. больным бронхиальной астмой

3. больным с поллинозом

6. СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления

2. аппарат УЗИ.

3. электрокардиограф

4. компъютерный томограф

7. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты

2. внутрикожные тесты

3. Prick-тесты

4. аппликационные тесты

5. провокационные тесты

8. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ:

1. аппликационная проба

2. скарификационная проба

3. уколочный прик- тест

4. проба с физической нагрузкой

9. ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ АТОПИЙ:

1. наличие С-реактивного белка

2.увеличение специфических антител класса IgE

3.повышение концентрации интерлейкина-4

4. снижение гамма-интерферона

10. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ (ИФА) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. высокой специфичностью и чувствительностью

2. низкой специфичностью и чувствительностью

3. низкой нформативностью

4. большое количество сыворотки, необходимое для исследования

11. ПРИ ИММУНОДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОНКОМАРКЕРЫ:

1. PSA (простатоспецифический антиген, ПСА) - СЕА (раково-эмбриональный антиген (РЭА)

2. СА-15-3

3. СА-19-9

12. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА?

1. цепная полимеразная реакция

2. радиоиммунный анализ

3. иммуноферментный анализ

4. агглютинация

13. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛЛИНОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. реакцию лейколизиса

2. реакцию преципитации

3. реакцию гемагглютинации

4. определение специфических IgE

5. определение системы комплемента

14. ПОСТАНОВКА ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ВКЛЮЧАЕТ:

1. сбор иммунологического анамнеза

2. физикальное обследование

3. лабораторные иммунологические исследования

4. формулировку иммунологического диагноза

5. все верно

15. ПОКАЗАНИЯ К ОЦЕНКЕ ИММУННОГО СТАТУСА:

1. аутоиммунная патология, аллергические заболевания

2. патология беременности

3. вторичная иммунологическая недостаточность

4. верно все

16. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА:

1. выяснить наследственную предрасположенность к аллергологическим заболеваниям

2. выяснить связь между факторами окружающей среды и развити­ем заболевания

3.выяснитьте группы аллергенов или единичные аллергены, которые могли бы вызвать возникновение аллергии.

4. верно все

17. ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПРИ АЛЛЕРГИИ:

1. апликационные

2. скарификационные

3.внутрикожные.

4. верно все

18. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕАГИНОВОГО ТИПАСЕНСИБИ­ЛИЗАЦИИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ РЕАКЦИИ:

1. **радиоаллергосорбентный тест (RAST),**

2.**радиоиммуносорбентный тест (RIST)**

**3. метод иммунофлюоресценции**

4. 1 и 2

19. ПЦР-ДИАГНОСТИКА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

1. выявления инфекционной патологии

2. в научных исследованиях

3.верно 1,2

4. ничего из перечисленного.

20. МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОСНОВОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДЕФЕКТЫ:

1. на рибосомах клетки

2. на митохондриях клетки

3. на молекуле РНК

4.на молекуле ДНК

5. ничего из перечисленного.

**Занятие 6. Иммунный статус здорового и больного человека.**

**1. Тестовый контроль**

*Выберите один правильный ответ*

1. МЕТОДАМИ ОЦЕНКИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подсчет количества В-лимфоцитов

2. подсчет количества Т-лимфоцитов

3. НСТ тест

4. определение циркулирующих иммунных комплексов

2. ОЦЕНКА ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРОВОДИТСЯ ПУТЕМ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА:

1. нейтрофилов

2. тромбоцитов

3. В-лимфоцитов

4. лейкоцитов

3. С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ОПРЕДЕЛЯЮТ:

1.абсолютное число лимфоцитов в крови

2. концентрацию ТТГ в сыворотке крови

3. СОЭ

4. антигены группы АВ0

4. ИММУНИТЕТ - ЭТО:

1. защита организма от микроорганизмов

2. защита организма  от вирусов

3. механизм элиминации генетически чужеродных субстанций

5. КАКОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАДО НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТ:

1. общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы

2. определение содержания Т- и В-лимфоцитов.

3. содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM

4.  все вышеперечисленное.

6. КАКОЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАДО НАЗНАЧИТЬ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТ:

1. определение содержания Т- и В-лимфоцитов.

2.содержание сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgG, IgM

3. определение фагоцитарной активности нейтрофилов.

4. все вышеперечисленное.

7. В-ЛИМФОЦИТЫ И ПЛАЗМОЦИТЫ СПОСОБНЫ:

1. к антителообразованию

2. к фагоцитозу

3. к реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ)

4. к киллингу клеток-мишеней

8. АНТИТЕЛА IgG ОБРАЗУЮТСЯ В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ В ОРГАНИЗМ:

1. гликопротеина

2. аминокислоты

3. солей тяжелых металлов

4. глюкозы

 9. АНТИГЕНЫ HLA II ИГРАЮТ ВАЖНУЮ РОЛЬ В:

1. распознавании антигена CD4+ Т-лимфоцитами

2. ассоциации с болезнями

3. противовирусной иммунной реакции

4. контроле синтеза комплемента

5. отторжении аллотрансплантанта

10. ГУМОРАЛЬНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. В- лимфоцитами

2. Т- лимфоцитами

3. тучными клетками

4. моноцитами

5. нейросекреторными клетками

11. ПОГЛОТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ФАГОЦИТОВ ИЗУЧАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

1. ЕАС-РОЛ

2. фагоцитарного числа

3. РБТЛ на ФГА

4. Е-РОЛ

5. концентрации иммуноглобулинов

12. ФАГОЦИТОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. моноцитарно-макрофагальными клетками

2. гепатоцитами

3.В-лимфоцитами

4. интерферонами

5. Т- лимфоцитами

13. ИММУНИТЕТ ЭТО:

1. фагоцитоз

2.защита от генетически чужеродных живых тел и веществ

3. функциональная активность Т- и В-лимфоцитов

4. количество натуральных киллеров

5. концентрация иммуноглобулинов

14. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. Т-лимфоцитами

2. нейтрофилами

3. тромбоцитами

4. базофилами

5.эозинофилами

15. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

1. Т-хелперами

2. имуноглобулинами класса G

3. макрофагами

4. Т-киллерами

5. В-лимфоцитами

16. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ НАЧИНАЕТСЯ С:

1. физикального обследования

2. сбора иммунологического анамнеза

3. лабораторных иммунологических исследований

4. формулировки иммунологического диагноза

5.клинического анализа крови

17. СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

1. лизоцимом

2. Т-лимфоцитами

3. эозинофилами

4. В-лимфоцитами

5. тучными клетками

18. БАКТЕРИЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

1. кожных проб

2. определения концентрации лизоцима

3. РБТЛ на ЛПС

4. оценки НСТ-теста

5. исследования фагоцитарного числа

**Модуль3. Аллергические заболевания органов дыхания.**

**1. Тема**:Бронхиальная астма. Этиология. Патогенез. Клиника, возрастныеособенности.

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ НА ОСНОВЕ:

1. хронического аллергического воспаления бронхов

2. хронического бактериального воспаления бронхов

3. хронического вирусного воспаления бронхов

4. гипореактивности бронхов

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. пищевая

2. пыльцевая

3. лекарственная

4. бытовая, эпидермальная, грибковая

3. МЕХАНИЗМЫ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ:

1. бронхиальной астмы

2. микробной экземы

3. контактного дерматита

4. сахарный диабет

5. реакции Манту

4. ОБСТРУКЦИЯ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА

1. спазмом гладкой мускулатуры бронхов.

2. спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком гладкой мускулатуры бронхов, дискринией, гиперкинией.

3. отеком слизистой бронхов и дискринией.

4. механической обструкцией бронхов в результате скопления слизи.

5. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ ДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПО:

1. возрасту

2. степени компенсации

3. по уровню контроля

4. полу

6. БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОБУСЛОВЛЕНА:

1. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов

2. бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи

3. гиперсекрецией слизи

4. гипосекрецией слизи, отеком стенки бронхов

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА С ПОВТОРЯЮЩИМИСЯ ПРИСТУПАМИ ВЕСНОЙ ОБУСЛОВЛЕНА СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ К ПЫЛЬЦЕ:

1. злаковых

2. сорных трав

3. деревьев, кустарников

4. луговых трав

1. КАКИЕ ВНУТРЕННИЕ ФАКТОРЫ РАСПОЛАГАЮТ К РАЗВИТИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. атопия

2. тригеры

3. вакцинация

4. ксенобиотики

1. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. затруднение вдоха

2. клиника влажной астмы

3. одышка инспираторного характера с удлиненным вдохом

4. признаки удушья резко выражены

1. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ЭТО:

1. аллергическое заболевание, характеризующееся рецидивирующими, обратимыми приступами удушья, обусловленными высокой гиперреактивностью бронхов.

2. локальное обструктивное заболевание легких.

3. диффузное обструктивное заболевание легких, характеризующееся низкой обратимостью обструктивного процесса.

4. заболевание, характеризующееся низкой чувствительностью бронхов к медиаторам анафилаксии.

1. ЭКВИВАЛЕНТОМ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. кратковременное затруднение дыхания без нарушения общего состояния

2. упорный лающий кашель

3. спонтанный пневмоторакс

4. приступ инспираторного затруднения дыхания

12. ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. наличие астмы в семейном анамнезе

2. железодефицитная анемия в первые годы жизни

3. проживание в сельской местности

4. занятия спортом в подростковом возрасте

5. преждевременное половое созревание

13. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ФАКТОВ РИСКА БУДУТ ВЕРНЫ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%

2. конкордантность у монозиготных близнецов 100%

3. у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

4. если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

14. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. вакцинация

2. атопия

3. гиперреактивность бронхов

4. отягощенный анамнез

15. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПИКФЛУОМЕТРИЮ У ДЕТЕЙ?

1. с рождения

2. с 3х лет

3. с 12 лет

4. с 5 лет

16. КАКИЕ МЕДИАТОРЫ ВЫСВОБОЖДАЮТСЯ ПРИ ДЕГРАНУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК?

1. брадикинин, хемотаксический фактор эозинофилов, гистамин и медленно реагирующее вещество анафилаксии

2. брадикинин

3. хемотаксический фактор эозинофилов

4. гистамин

17. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БА ПРОВОДИТСЯ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

1. обструктивный бронхит

2. муковисцидоз

3. аспирация инородного тела

4. ГЭР

5. все перечисленное

18. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОЗВОЛЯЕТ:

1. выявить все виновные аллергены

2. предположить группу виновных аллергенов

3. исключить виновные аллергены

4. не играет роли

19. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ:

1. анемический

2. болевой

3. синдром крупа

4. бронхообструктивный

5. астеноневротический

20. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЙ СБОР КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОБСТРУКЦИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ:

1. аспирацию инородного тела

2. бронхолегочную дисплазию

3. пороки развития

4. врожденный порок сердца

5. верно все

**Тема 2. Функциональные методы диагностики бронхиальной астмы.**

1**. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ИЗМЕРЯЕТСЯ:

1. дыхательный объем легких

2. резервный объем легких

3. жизненная емкость легких

4. пиковая скорость выдоха

2. ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. давление в дыхательных путях на вдохе
2. степень обструкции дыхательных путей
3. насыщение гемоглобина кислородом
4. величина сердечного выброса

3. НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОМЕТРИИ МОЖНО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕСТРИКТИВНЫЕ И ОБСТРУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ:

1. индекс Тифно
2. объем форсированного выдоха за первую секунду
3. время выдоха
4. пиковая скорость выдоха

4. С ПОМОЩЬЮ ПИКФЛОУМЕТРА МОЖНО УСТАНОВИТЬ:

1. ЖЕЛ
2. Резервный объём выдоха
3. Пиковую скорость выдоха
4. Максимальный объём выдоха

5. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛУЧШЕ ВСЕХ ПОКАЗЫВАЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ ПРИ БА?

1. остаточный объем
2. максимальная вентиляция легких (МВЛ)
3. ФЖЕЛ1, ПОС
4. жизненная емкость легких (ЖЕЛ)

6. ДЛЯ ХР. ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СПИРОГРАФИИ:

1.ЖЕЛ 5000 мл (100% должн.), ФЖЕЛ 3900мл (96% должн.), индекс Тиффно 78% (в Н до 70%)

* + - 1. ЖЕЛ 5000 мл (98% должн.), ФЖЕЛ 2600мл (94% должн.), индекс Тиффно 52%
      2. ЖЕЛ 4600 мл (87% должн.), ФЖЕЛ 4000мл (105% должн.), индекс Тиффно 87%

 7. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПИКФЛОУМЕТРИЮ У ДЕТЕЙ?

1. с рождения

2. с 3х лет

3. с 12 лет

4. с 5 лет

8. ДЛЯ ДОСТОВЕРНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЫ С БРОНХОДИЛАТАТОРАМИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. ОФВ 1
2. ЖЕЛ
3. ОЕЛ

9. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОФВ 1 И МАКСИМАЛЬНЫЕ ЭКСПИРАТОРНЫЕ ПОТОКИ:

1. увеличиваются
2. снижаются
3. остаются неизменными

10. С КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО НАПРАВИТЬ РЕБЕНКА НА ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ СПИРОМЕТРИИ:

1. с 6 лет
2. с 3 лет
3. с 4 лет
4. с 8 лет

11. БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ В СЛУЧАЕ ПРИРОСТА ОФВ1 ИЛИ ПОС ВЫДОХА НА:

1. 5-10%
2. 15-20%
3. 20-30%
4. в каждом из перечисленных случаев

12. КАКАЯ ВЕЛИЧИНА ПОКАЗАТЕЛЯ (FEV1 - ОФВ1) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

1. FEV1 = 115%
2. FEV1 = 100%
3. FEV1 = 90%
4. FEV1 = 85%
5. FEV1 = 70%

13. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ФУНКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. бронхиальная гиперреактивность
2. рестриктивные расстройства внешнего дыхания
3. прогрессирующая бронхиальная обструкция
4. необратимая бронхиальная обструкция

14.ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД:

1. ингаляционные пробы с антихолинэргическими препаратами
2. ингаляционные пробы с бета2-симпатомиметиками
3. мониторирование показателя ОФВ1
4. реопульмонография

15. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ?

1. пульсоксиметрия
2. реопульмонография
3. пикфлоуметрия
4. рентгенография

16. ПРИРОСТ ИСХОДНО СНИЖЕННОГО ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА (ОФВ) ЗА 1 С БОЛЕЕ ЧЕМ НА 20% ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 200 МКГ БЕТА2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1. гиперреактивности бронхов
2. рестриктивных изменений легочной функции
3. обратимой бронхиальной обструкции
4. необратимой бронхиальной обструкции
5. все вышеперечисленное неверно

17. ПРИРОСТ ИСХОДНО СНИЖЕННОГО ОБЪЕМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА (ОФВ) ЗА 1 С СОСТАВИЛ 10% ПОСЛЕ ИНГАЛЯЦИИ 200 МКГ БЕТА2-СИМПАТОМИМЕТИКА (САЛЬБУТАМОЛА), ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА:

1. гиперреактивности бронхов
2. рестриктивных изменений легочной функции
3. обратимой бронхиальной обструкции
4. необратимой бронхиальной обструкции
5. все вышеперечисленное неверно

18. ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ

1. уменьшение ОФВ1 и скоростных показателей спирометрии
2. увеличение ООЛ
3. уменьшение ЖЕЛ и ОФВ1

**Тема 3. Терапия бронхиальной астмы в период обострения.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НАИМЕНЬШЕЙ БИОДОСТУПНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ:

1. бекламетазона дипропионат

2. циклесонид

3. будесонид

4. флютиказона пропионат

2. САЛЬМЕТЕРОЛ ОТНОСИТСЯ К:

1. антихолинергическим средствам

2. неселективным стимуляторам β2 - адренорецепторов

3. длительно действующим агонистам β2 - адренорецепторов

4. ингибиторам фосфодиэстеразы

3. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ Β2 - АГОНИСТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА:

1. при поддерживающей терапии бронхиальной астмы
2. при хроническом бронхите
3. при купировании приступов бронхиальной астмы
4. при пневмонии

4. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

5. ПРИ УСУГУБЛЕНИИ ОБСТРУКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ:

1. сальбутамол

2. фенотерол

3. атровент

4. серетид

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬМЕТЕРОЛА:

1. 2- 3 часа
2. 4-5 часов
3. 6-8 часов
4. 8-10 часов
5. до 12 часов

7. КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)?

1. снижение тонуса вагуса
2. стимуляция бета-рецепторов
3. блокада альфа-рецепторов
4. блокада гистаминорецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

 8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

1. синусовая тахикардия
2. желудочковая тахикардия
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. обструктивный бронхит
5. артериальная гипертензия

9. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНОГО ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. боль в грудной клетке
2. удушье
3. кашель с гнойной мокротой
4. кровохарканье

10. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянная инспираторная одышка
2. приступы одышки с удлиненным выдохом
3. лающий кашель
4. боль в грудной клетке, связанная с дыханием

11. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЛЕГКИХ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ:

1. влажные крупнопузырчатые хрипы
2. влажные мелкопузырчатые хрипы
3. крепитация
4. сухие свистящие хрипы

12. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. внутривенное введение эуфиллина
2. ингаляция кислорода
3. ингаляционное введение бета-2 адреностимуляторов через небулайзер
4. внутривенное введение адреналина

13.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. беродуал
2. омализумаб
3. супрастин
4. антибиотики

14. КАКОЙ ИЗ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ invivo и invitro?

1. бекламетазона дипропионат
2. флунизолид
3. триамцинолона ацетонид
4. флутиказона пропионат

5. будесонид

**Тема 4. Астматическое состояние (астматический статус). Критерии, неотложная помощь.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АСТМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ СОСТОЯНИЕ ЧЕРЕЗ:
2. 1 час некупируемого приступа
3. 2-3 часа некупируемого приступа
4. 6 часов некупируемого приступа
5. 30 мин некупируемого приступа

2. АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ:

1. грубое сухое дыхание
2. большое количество свистящих или жужжащих хрипов
3. «немое легкее»
4. везикулярное дыхание

3. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ:

1. наличием парадоксального пульса
2. резистентностью к агонистам β2 - адренорецепторов
3. определением участков немого легкого при аускультации
4. Верно все

4 . НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ:

1. антибиотиков
2. сальметерола через дозируемый ингалятор
3. глюкокортикоидных препаратов
4. монтелукаста

5. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ВЫЗЫВАЮТ:

1. тахикардию и мышечную дрожь
2. усиление кашлевого рефлекса
3. резкое угнетение дыхания центрального генеза
4. сгущение мокроты с затруднением ее эвакуации

6. ИНГАЛЯЦИЯ 100% КИСЛОРОДА ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

1. резкое возбуждение
2. временную остановку дыхания
3. учащение дыхания
4. купирование астматического статуса

7. В ЛЕЧЕНИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

1. ингибиторы АПФ;
2. антибиотики
3. преднизолон
4. НПВС

8. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ:

1. нарушение сознания
2. «немое легкое»
3. признаки острого легочного сердца
4. верно все

9. КАКОЙ ФАКТОР НЕ УЧАСТВУЕТ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ?

1. альвеолярный отек
2. отек слизистой бронхов
3. бронхоспазм
4. повышенная секреция слизи
5. нарушение выделения мокроты

10. КОМПОНЕНТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:

1. задержки мокроты
2. ларингоспазма
3. воспаления бронхов
4. бронхоспазма
5. отека слизистой оболочки

11. КАКОЙ ИЗ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ invivo и invitro?

1. бекламетазона дипропионат
2. флунизолид
3. триамцинолона ацетонид
4. флутиказона пропионат
5. будесонид

12. ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ СИСТЕМНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВЫСОКИХ ДОЗ ЛЮБЫХ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ:

1. такая же, как и при применении системных глюкокортикоидов
2. значительно ниже, чем при использовании системных глюкокортикоидов
3. выше, чем при использовании системных глюкокортикоидов
4. во много раз выше, чем при использовании системных глюкокортикоидов

13. ГДЕ В КЛЕТКАХ НАХОДЯТСЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ?

1. в ядре

2. в цитоплазме

3. на клеточной мембране

4. в рибосомах

5. в митохондриях

14. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ УВЕЛИЧИВАЮТ СРОДСТВО ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ К ИХ РЕЦЕПТОРАМ:

1. теофиллины

2. антилейкотриеновые препараты

3. β2- адреномиметики короткого действия

4. β2- адреномиметики длительного действия

5. кромоны

15. ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО СМЕРТЕЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТ:

1. наличие выраженного аллергического компонента

2. приступы провоцируются физической нагрузкой

3. гормональная зависимость

4. язвенная болезнь в анамнезе

5. астма сочетается с аллергодерматозом

16. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЕТСЯ:

1. внутривенное введение антибиотиков

2. блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов

3. седативные препараты

4. гормоны парентерально

**Тема5. Бронхорасширяющие средства в лечении бронхиальной астмы*.* Способы доставки препаратов.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СРЕДНЯЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА БЕКЛАМЕТАЗОНА ПРОПИОНАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 100 мкг
2. 400 мкг
3. 800 мкг

2. В СОСТАВ БЕРОТЕКА ВХОДИТ:

1. ипратропиума бромид 20 мкг
2. фенотерола гидробромид 200 мкг
3. флунизолида гемигидрат 250 мкг
4. тербуталина сульфат 250 мкг

3.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НЕОБХОДИМО:

1. увеличить дозу β2 – агонистов
2. увеличить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов
3. ввести глюкокортикоиды внутривенно
4. выполнить все указанные мероприятия

4. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. внутривенное введение эуфиллина
2. ингаляция кислорода
3. ингаляционное введение бета-2 адреностимуляторов через небулайзер
4. внутривенное введение адреналина

5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. беродуал
2. омализумаб
3. супрастин
4. антибиотики

6. САЛЬМЕТЕРОЛ ОТНОСИТСЯ:

1. к антихолинергическим средствам
2. к неселективным стимуляторам β2 - адренорецепторов
3. к длительно действующим агонистам β2 - адренорецепторов
4. к ингибиторам фосфодиэстеразы

7. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ Β2 - АГОНИСТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА:

1. при поддерживающей терапии бронхиальной астмы
2. при хроническом бронхите
3. при купировании приступов бронхиальной астмы
4. при пневмонии

8 . ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

9. ПРИ УСУГУБЛЕНИИ ОБСТРУКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧАТЬ:

1. сальбутамол
2. фенотерол
3. атровент
4. серетид

10. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ САЛЬМЕТЕРОЛА:

1. 2- 3 часа
2. 4-5 часов
3. 6-8 часов
4. 8-10 часов
5. до 12 часов

11. КАКОВ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ САЛЬБУТАМОЛА (БЕРОТЕКА)?

1. снижение тонуса вагуса
2. стимуляция бета-рецепторов
3. блокада альфа-рецепторов
4. блокада гистаминорецепторов
5. непосредственное влияние на гладкую мускулатуру бронхов

 12. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ?

1. синусовая тахикардия
2. желудочковая тахикардия
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. обструктивный бронхит
5. артериальная гипертензия

13.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

1. β 2-агонисты короткого действия
2. седативные средства
3. антигистаминные препараты 1 поколения
4. муколитики

14. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К БЕТА2-АГОНИСТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Серевент (сальметерол)
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Фликсотид (флутиказон)

15.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К БЕТА2-АГОНИСТАМ ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Формотерол (форадил, оксис)
4. Фликсотид (флутиказон)
5. Атровент (ипратропиум)

16.ЧТО ТАКОЕ СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. постепенное увеличение доз применяемых лекарственных препаратов
2. выбор объема терапии в зависимости от тяжести течения заболевания с последующей коррекцией в зависимости от уровня контроля за астмой
3. уменьшение дозы ингаляционных кортикостероидов

**Тема6.Противовоспалительная терапия бронхиальной астмы (БА).**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1 . ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ДОЛГОСРОЧНОГО КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ АСТМЫ (БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ) ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
2. ингаляционные β2 - агонисты короткого действия
3. антихолинергические препараты
4. фиксированная комбинация: β2 - агонист короткого действия и М -холинолитик

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГКС:

1. недостаточность коры надпочечников
2. остеопороз
3. кандидоз полости рта
4. гипергликемия

3. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИГКС:

1. периодически принимать противогрибковые препараты
2. обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
3. полоскать рот содовым раствором после ингаляции препаратов
4. делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами

4.ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОНТЕЛУКАСТА СОСТАВЛЯЕТ:

1. 2 недели
2. 1 месяц
3. 3 месяца
4. 2 месяца

5. ОСНОВУ ДОЛГОСРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СОСТАВЛЯЮТ:

1. ингаляционные симпатомиметики короткого действия
2. ингаляционные симпатомиметики длительного действия
3. ингаляционные кортикостероиды
4. пероральные кортикостероиды
5. холинолитики

6.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К ИНГАЛЯЦИОННЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Беродуал
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Фликсотид (флутиказон)

7.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСИТСЯ К КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТАМ?

1. Сальбутамол
2. Беродуал
3. Формотерол (форадил, оксис)
4. Серетид
5. Атровент (ипратропиум)

8.ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СОДЕРЖИТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ?

1. Спирива (тиотропиум бромид)
2. Сальбутамол
3. Беродуал
4. Формотерол (форадил, оксис)
5. Симбикорт

9.К ЧИСЛУ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТСЯ:

1. Беклометазон
2. Будесонид
3. Флутиказон
4. Флунизолид
5. Все перечисленное

10.КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. антибиотики
2. глюкокортикоиды
3. метилксантины
4. нпвс
5. теофиллин

11.ЧТО ТАКОЕ СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. постепенное увеличение доз применяемых лекарственных препаратов
2. выбор объема терапии в зависимости от тяжести течения заболевания с последующей коррекцией в зависимости от уровня контроля за астмой
3. уменьшение дозы ингаляционных кортикостероидов

12.КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КАК ДОПОЛНЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ ИГКС БОЛЬНЫХ БА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ?

1. ингаляционнные холинолитики
2. ингаляционные симпатомиметики короткого действия
3. теофиллины короткого действия
4. антилейкотриеновые препараты

13.ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК «АСТМА ПОД КОНТРОЛЕМ»?

1. постоянный контроль за состоянием самим пациентом
2. постоянный контроль за состоянием пациента врачом
3. достижения полного контроля над симптомами бронхиальной астмы в результате подбора терапии

14.КАКАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА В ДОСТИЖЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД АСТМОЙ?

1. средние или высокие дозы ИГКС
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. комбинированная терапия ИГКС и β-2 агонисты длительного действия
4. комбинированная терапия β-2 агонисты длительного действия и антихолинергического препарата
5. комбинированная терапия β-2 агонисты длительного действия и антилейкотриенового препарата

15.КАКОЙ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ СООТВЕТСТВУЕТ 2 СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. средние или высокие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС в сочетании с ДДБА
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты
4. наличие минимально возможной дозы перорального ГКС

16. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. антибиотики
2. глюкокортикоиды
3. метилксантины
4. нпвп
5. теофиллин

17. КАКОЙ ОБЪЕМ ТЕРАПИИ СООТВЕТСТВУЕТ 5 СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

1. средние или высокие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС в сочетании с ДДБА
2. β-2 агонисты короткого действия «по потребности»
3. низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты
4. наличие минимально возможной дозы перорального ГКС
5. омализумаб

18.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ОТ 1 ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. пищевая

2. пыльцевая

3. лекарственная

4. бытовая, эпидермальная, грибковая

19. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. специфическая иммунотерапия

2. частичная элиминация аллергенов

3. применение глюкокортикостероидов

4. применение иммунодепрессантов

20.ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. беродуал

2. омализумаб

3. супрастин

4. антибиотики

**Тема 7. Немедикаментозные методы лечения бронхиальной астмы. Профилактика.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

* 1. увеличение и улучшение стационарной помощи
  2. усиление профилактического направления медицины
  3. улучшение психологической помощи населению
  4. развитие профессионального спорта
  5. развитие нетрадиционной медицины

2. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В ПЕРИОД РЕМИССИИ НАЗНАЧАЮТ:

1. сульфидные ванны
2. амплипульстерапию
3. ультразвуковую терапию
4. циркулярный душ
5. углекислые ванны

3. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ?

1. исследование функции внешнего дыхания
2. рентгенологическое исследование грудной клетки
3. фибробронхоскопия
4. брохография

4. КАКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ 1-ГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНО АСТМОЙ?

1. диафрагмальное дыхание
2. упражнения на расслабление
3. велотренировки
4. все верно
5. все неверно

5. ЧТО ПОКАЗАНО ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ?

1. ультрафиолетовое облучение

2. углекислые ванны

3. ингаляции протеолитичеких ферментов

4. ультразвук

6. КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ?

1. профилактика и реабилитация - разные понятия
2. профилактика и реабилитация - идентичные понятия
3. реабилитация является составной частью профилактики

7. ЧТО ИЗУЧАЕТ РЕАБИЛИТОЛОГИЯ?

1. саногенетические механизмы восстановления организма
2. использование специфических функциональных нагрузок
3. воздействие методов реабилитации на организм человека
4. все вышеперечисленное

8. ДЛЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ :

1. спелеолечение
2. иитервальная гипокситерапия
3. амплипульс
4. дыхательная гимнастика
5. все вышеперечисленное

9.  НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ:

1.  координация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний

2.  лечение впервые выявленных заболеваний

3.  координация мероприятий по третичной профилактике неин­фекционных заболеваний

10. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ - СОСТАВЛЯЮЩИЕ:

1.  вторичной профилактики

2.  третичной профилактики

3.  первичной профилактики

**Тема 8. Аспириновая астма.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АСПИРИНОВКАЯ ТРИАДА- ЭТО:

1. анафилактоидная чувствительность к НПВС
2. приступы удушья
3. наличие полипов
4. верно все
5. нет верного ответа

2. ПРИЗНАКАМИ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. частое сочетание с полипозным риносинуситом
2. частое сочетание с язвенной болезнью
3. частое сочетание с пиелонефритом
4. частое сочетание с ГЭРБ

3. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С АСПИРИНОВЙ АСТМОЙ:

1. аспирин
2. беродуал
3. сальбутамол
4. будесонид

4. ПРИЗНАКАМИ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. приступы удушья могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда
2. частое сочетание с язвенной болезнью
3. частое сочетание с пиелонефритом
4. частое сочетание с ГЭРБ

5. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С АСПИРИНОВЙ АСТМОЙ:

1. диклофенак
2. беродуал
3. сальбутамол
4. будесонид

6. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

1. Полипоз слизистой носа.
2. Развитие заболевания в результате нарушения синтеза простагландинов
3. Связь с приемом НПВС.
4. Все верно
5. Нет верного ответа

7. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЯ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЕТ ПОЛНУЮ ОТМЕНУ:

1. папаверина

2. дибазола

3. сульфопрепаратов

4. аспирина и препаратов, его содержащих

5. пенициллина

8. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ ДИЕТУ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. молочных продуктов

2. обезжиренных продуктов

3. продуктов с большим содержанием природных салицилатов

4. продуктов с большим содержанием углеводов

5. исключение продуктов роли не играет

9. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

1. частое сочетание с атопическим дерматитом

2. частое сочетание с язвенной болезнью

3. характерны ночные приступы

4. непереносимость НПВС

5. приступы могут провоцироваться контактом с кошкой

10. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА АСПИРИНОВАЯ АСТМА:

1. сцинтиграфия легких

2. радиоаллергосорбентный тест

3. спирография, спирометрия

4. кожные пробы с аллергенами

5. определение Т- и В-лимфоцитов в крови

**Тема 9. Экзогенный аллергический альвеолит.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.КАКАЯ ФОРМА ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ ХАММАНА-РИЧА:

* 1. Обычная интерстициальная пневмония
  2. Острая интерстициальная пневмония
  3. Десквамативная интерстициальная пневмония
  4. Неспецифическая интерстициальная пневмония
  5. Лимфоцитарная интерстициальная пневмония

1. ДЛЯ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ КЛАССА:
   1. IgM
   2. IgA
   3. IgG
   4. IgE
   5. Всех перечисленных
2. ТИП АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ЭКЗОГЕННОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АЛЬВЕОЛИТЕ:
   1. Аллергическая реакция I типа (реакция немедленного типа, реагиновый, анафилактический, атопический тип)
   2. Аллергическая реакция II типа (цитотоксический тип).
   3. Аллергическая реакция III типа (повреждение тканей иммунными комплексами - тип Артюса, иммунокомплексный тип)
   4. Аллергическая реакция IV типа, или аллергическая реакция замедленного типа (гиперчувствительность замедленного типа, клеточная гиперчувствительность).
   5. Все перечисленное неверно
3. В [КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ](http://zodorov.ru/tuberkulez-pozvonochnika.html) ЭКЗОГЕННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АЛЬВЕОЛИТ?
   1. Грудной возраст
   2. Дошкольный возраст
   3. Школьный возраст
   4. Подростковый возраст
   5. Любой возраст
4. В ТЕРАПИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:
   1. Глюкокортикостероиды
   2. Иммуносупрессанты
   3. Д-пеницилламин
   4. Колхицин
   5. Синекод
5. СТАРТОВАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ НАЧАЛОМ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА:
   1. 0,3 мг/кг
   2. 0,5 мг/кг
   3. 1 мг/кг
   4. 1,5 мг/кг
   5. 2 мг/кг

7. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГКС ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА:

* 1. 6 месяцев
  2. 3 месяца
  3. 2 месяца
  4. 1 месяц
  5. 2 недели

1. ПРИ РАЗВИТИИ ПНЕВМОФИБРОЗА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:
   1. Преднизолон
   2. Азатиоприн
   3. Колхицин
   4. Д-пеницилламин
   5. N-ацетилцистеин
2. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА:
   1. Сухой кашель
   2. Одышка
   3. Среднепузырчатые локальные хрипы
   4. «Барабанные палочки», «часовые стекла»
   5. Акроцианоз
3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ФИБРОЗИРУЮЩЕМ АЛЬВЕОЛИТЕ ВСЕ, КРОМЕ:
   1. Снижение прозрачности легочной ткани – симптом «матового стекла»
   2. Гомогенные сегментарные тени [с вогнутой границей](http://zodorov.ru/vostochnaya-sibire-velichie-i-surovoste-prirodi.html)
   3. Ячеистые просветления – «сотовое лёгкое»
   4. Мелкоочаговые, рассеянные тени
   5. Сужение легочных полей

**Тема 10. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей*.***

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. хороший эффект от антибактериальной терапии
2. упорно рецидивирующий характер течения
3. отмечается выраженная температурная реакция
4. катаральные явления в легких

2. ФАКТОРЫ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕБЕНКА В ГРУППУ РИСКА ПО РЕСПИРАТОРНОМУ АЛЛЕРГОЗУ:

1. частые простудные заболевания
2. туберкулез
3. аллергические поражения респираторного тракта
4. сахарный диабет

3. В ЛЕЧЕНИИ КРУПА У ДЕТЕЙ ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 2 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. антибиотики
2. НПВС
3. глюкортикортикоиды
4. десенсибилизирующие препараты

4. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ:

1. зуда в носу, чихание, водянистое отделяемого из носа
2. наличие слизисто - гнойного отделяемого из носа
3. слизистое отделяемое из носа, повышение температуры тела
4. нарушение носового дыхания, искривление носовой перегородки

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антигистаминные препараты
2. антибактериальные препараты
3. антихолинергические препараты
4. β2- агонисты короткого действия

6. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ, ЛЕЖАЩИМ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. немедленная аллергическая реакция 1 типа
2. иммунологическая аллергическая реакция 3 типа
3. замедленная аллергическая реакция 4 типа
4. механизм аллергического ринита не иммунный

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антигистаминные
2. противовирусные препараты
3. цитостатики
4. антибактериальные препараты

8. НЕ ОБЛАДАЮТ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДОЗАХ СЕДАТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

1. супрастин
2. лоратадин, терфенадин
3. диазолин
4. тавегил

9. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1. видом аллергенов
2. с возрастом больных
3. с расовыми принадлежностями
4. с наличием хронических очагов инфекции

10. АЛЛЕРГОЛОГИЧСЕКИЙ АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. является важным этапом в аллергологической диагностике
2. играет основную роль
3. не играет роли при постановке диагноза
4. имеет вспомогательное значение

11. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. специфическая иммунотерапия;
2. частичная элиминация аллергенов;
3. применение глюкокортикостероидов;
4. применение иммунодепрессантов.

12. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постоянная инспираторная одышка
2. приступы одышки с удлиненным выдохом
3. лающий кашель
4. боль в грудной клетке, связанная с дыханием

13. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОКАЗАНЫ ВСЕ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ:

1. аллергический ринит
2. синусит
3. полипоз носа
4. средний отит
5. опухоли придаточных пазух носа

14. У КАКОГО ПРОЦЕНТА БОЛЬНЫХ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ МЕСТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ:

1. 30-50%
2. 20-30%
3. 5-10%
4. 50-80%
5. 80-100%

**Тема 11.Аллергический ринит. Этиология. Патогенез.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ЧАЩЕ ДРУГИХ ПОЛЛИНОЗЫ ВЫЗЫВАЕТ ПЫЛЬЦА:

1. насекомо опыляемых растений
2. перекрестно опыляемых растений
3. ветро опыляемых растений
4. искусственно опыляемьк растений

2. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ ОТНОСЯТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. к IgA
2. к IgG
3. к IgE
4. к IgM

3. ДЛЯ ПОЛЛИНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. к аспирину
2. к препаратам железа
3. к препаратам фенотиазинового ряда
4. к лекарствам растительного происхождения

4. К СЕМЕЙСТВУ ЗЛАКОВЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. полынь
2. лебеда
3. овсянница
4. ромашка

5. ПЫЛЬЦЕВАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. Т - зависимого типа
2. В - зависимого Е - глобулинового типа
3. В - зависимого G - глобулинового типа
4. всех перечисленных типов

6. К СЕМЕЙСТВУ СЛОЖНОЦВЕТНЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. райграсе
2. мятлик
3. лебеда
4. полынь

7.ПЫЛЬЦЕВЫЕ ЗЕРНА РАСТЕНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОЛЛИНОЗЫ, ИМЕЮТ РАЗМЕРЫ:

1. 5-10 микрон в диаметре
2. 30-50 микрон в диаметре
3. 100 и более микрон в диаметре
4. 1000 и более микрон в диаметре

8. КРИСТАЛЛЫ ШАРКО-ЛЕЙДЕНА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

1. склепки мелких бронхов
2. гранулярный материал эозинофилов
3. скопление клеток десквамированного эпителия дыхательных путей
4. ничего из перечисленного

9. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ:

1. поллинозах
2. пищевой аллергии
3. грибковой аллергии
4. эпидермальной аллергии

10. ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды
2. во время влажной теплой погоды
3. при солнечной ветряной погоде
4. независимо от метеорологической обстановки

11. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. позволяет выявить все виновные аллергены
2. позволяет предположить группу виновных аллергенов
3. позволяет исключить виновные аллергены
4. не играет роли

12. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ:

1. поллинозом
2. хроническим бронхитом
3. хроническим гайморитом
4. экземой

13. ПРИЧИНОЙ ПОЛЛИНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пыльца растений
2. споры плесневых грибов
3. пищевые продукты
4. все перечисленное

14. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ КОНЪЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гнойное воспаление конъюнктивы
2. аллергическое воспаление конъюнктивы
3. пролиферативное воспаление конъюнктивы
4. смешанное воспаление конъюнктивы

15. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ НЕРЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ:

1. к молоку и молочным продуктам
2. к мясу птицы
3. к рыбе
4. к продуктам растительного происхождения

16. СИМПТОМЫ СТРОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОБУСЛОВЛИВАЮТСЯ МЕДИАТОРАМИ:

1. высвобождающимися из эозинофилов
2. высвобождающимися из тучных клеток
3. высвобождающимися из нейтрофилов
4. базофилов

17. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПОЛЛИНОЗА С ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ К ЗЛАКОВЫМ КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПРОВОДЯТ НА ФОНЕ ДИЕТЫ С ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИЗ ПИТАНИЯ:

1. капусты
2. картофеля
3. мучных изделий
4. подсолнечного масла

18. ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды
2. во время влажной теплой погоды
3. при солнечной ветряной погоде
4. независимо от метеорологической обстановки

19. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСИТ:

1.гнойный характер

2. аллергический характер

3. нейроциркуляторный характер

4. токсический характер

5. вирусный характер

20. ГЛАВНЫМ МЕДИАТОРОМ, ФОРМИРУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НА СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ НОСОГЛОТКИ ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. серотонин

2. ацетилхолин

3. гистамин

4. полипептид В

5. лейкотриены

**Тема 12. Аллергический ринит. Клиника. Дифференциальная диагностика.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. играет основную роль

2. является этапом аллергологической диагностики

3. не играет роли при постановке диагноза

4. имеет вспомогательное значение

2.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ РЕАКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

1. участок гиперемии диаметром 1 мм

2. гиперемия более 1 мм в диаметре

волдырь 1 мм

3. размеры как в контроле

4. гиперемия более 10 мм в диаметре

3. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ КОНЪЮНКТИВИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. гнойное воспаление конъюнктивы

2. аллергическое воспаление конъюнктивы

3. пролиферативное воспаление конъюнктивы

4. смешанное воспаление конъюнктивы

4.К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. зуда в носу

2. чихания

3. слизисто - гнойного отделяемого из носа

4. нарушение носового дыхания

5. обильного водянистого отделяемого из носа

5.ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ ОБОСТРЯЕТСЯ:

1. во время дождливой холодной погоды

2. во время влажной теплой погоды

3. при солнечной ветряной погоде

4. независимо от метеорологической обстановки

6.ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОЧЕРЕДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЛЕЧЕБНОГО АЛЛЕРГЕНА НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1. в течение 30 минут

2. в течение 10 минут

3. в течение 40-60 минут

7.КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ:

1. тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию

2. тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию

3. тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию

4. тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию

5. тест-контроль дал положительную, а гистамин — отрицательную реакцию

8. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты

2. внутрикожные тесты

3. prick-тесты

4. аппликационные тесты

5. провокационные тесты

9. ПЫЛЬЦЕВЫЕ ЗЕРНА РАСТЕНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОЛЛИНОЗЫ, ИМЕЮТ РАЗМЕРЫ:

1. 5-10 микрон в диаметре

2. 30-50 микрон в диаметре

3. 100 и более микрон в диаметре

4. 1000 и более микрон в диаметре

10. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ СТАЛОРАЛЬ:

1. в холодильнике при температуре +2-+8 0 С

2. в морозильной камере

3. при комнатной температуре

4. в темном прохладном месте

11. СУБЛИНГВАЛЬНАЯ АСИТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. дисциплинированным и выполняющим предписания врача пациентам

2. не дисциплинированным пациентам

3. пациентам с персистирующими заболеваниями ортодонта

4. пациентам с гингивитом, сопровождающимся кровоточивостью десен

12. ДЛЯ ПОЛЛИНОЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. к аспирину и пиразолоновы производным

2. к сердечным гликозидам

3. к препаратам фенотиазинового ряда

4. к лекарствам растительного происхождения

13. ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА АЛЛЕРГИЯ К ПЫЛЬЦЕ, ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ И ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ БУДЕТ ПРОВЕДЕНА:

1. всеми перечисленными аллергенами
2. пыльцевыми аллергенами
3. пищевыми аллергенами
4. пыльцевыми и пищевыми аллергенами

14.СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления
2. аппарат УЗИ
3. электрокардиограф
4. компьютерный томограф

15. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ ЗАВИСИТ:

1. от длительности и тяжести заболевания
2. от правильности выбора аллергена
3. от соблюдения методики проведения
4. от подготовленности больного к АСИТ
5. все перечисленное

16. КОЖНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ:

1. поллинозом
2. хроническим гайморитом
3. хроническим бронхитом
4. экземой
5. пневмонией

17. КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ МОЖНО ПРОВОДИТЬ:

1. в любой фазе заболевания
2. в период обострения заболевания
3. у здоровых лиц
4. в период ремиссии заболевания
5. не проводят вообще

18. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - ЭТО:

1. лечение больных

2. обследование здоровых

3. динамическое наблюдение за больными и здоровыми

**Тема 13.Аллергический ринит. Лечение.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСТСЯ К Н1-ГИСТАМИНОБЛОКАТОРАМ I ПОКОЛЕНИЯ?

1. хлоропирамин, клемастин
2. акривастин, эбастин
3. лоратадин, кетотифен
4. дезлоратадин, рупафин

2. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОМБИНАЦИИ С АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ НАЗАЛЬНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ:

1. тетризолин, оксиметазолин
2. зилеутон, генлеутон
3. эбастин, акривастин
4. зафирлукаст, монтелукаст

3. ИСПОЛЬЗУЯ ИНТРАНАЗАЛЬНЫЕ АДРЕНОМИМЕТИКИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

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

4.ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СИТ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. круглогодичном течении
2. совпадении аллергических проб и клинических данных
3. длительности заболевания не более 6 лет
4. отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

5. ОСОБЕННОСТИ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. максимальный эффект развивается через 2-3 дня
2. максимальный эффект развивается через 2-3 недели
3. после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить
4. после достижения положительного эффекта препарат следует тменить

6. ИСПОЛЬЗУЯ БЛОКАТОРЫ Н1-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

1. лучше применять на ранних стадиях заболевания
2. при отсутствии эффекта следует увеличить дозу и удлинить курс
3. в период ремиссии следует периодически принимать эти препараты для профилактики обострений
4. при затяжном течении лучше принимать внутрь, а не местно

7.ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ:

1. оптимальный курс 2-4 недели
2. при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения
3. максимальный эффект развивается через 2-3 дня
4. нельзя сочетать с глюкокортикоидами

8.ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕСТНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

1. легкое течение
2. среднетяжелое и тяжелое течение
3. отсутствие сезонности
4. нет верного ответа

9. КЛИНИЧЕСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРИМИНЕНИЯ Н1-АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У БОЛЬНЫХ:

1. поллиноза
2. неатопической формы бронхиальной астмы
3. астматического состояния
4. всего перечисленного

10. СКОЛЬКО ИЗВЕСТНО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ:

1. 1 тип

2. 2 типа

3. 3 типа

4. 4 типа

11. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. адреналин (эпинефрин)
2. антигистаминные препараты
3. глюкокортикоиды
4. мезатон

12. ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНА:

1. все функциональные показатели изменения полностью нормализуются

2. сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года

3. сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода

4. сохраняется нарушение вентиляции по обструктивному и рестриктивному типу

13. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ КОЖНЫХ ПРОБ СЛУЖИТ:

1. ремиссия аллергического заболевания
2. ОРВИ
3. ремиссия атопического дерматита
4. обострение аллергического заболевания
5. умеренные клинические проявления аллергического ринита

14. КОЖНЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БОЛЬНЫМ:

1. с любым заболеванием
2. с аллергическим ринитом
3. с хроническим тонзиллитом
4. с хроническим гастритом

**Тема 14**.**Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ**).

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1.СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ КАБИНЕТА ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергены для диагностики и лечения, противошоковый набор, пикфлоуметр, аппарат для измерения артериального давления
2. аппарат УЗИ.
3. электрокардиограф
4. компъютерный томограф

2. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами;
2. оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с заболеваниями органов дыхания;
3. оказание психологической помощи больным с муковисцидозом
4. оказание медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания

3.ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЦЕНТРА АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. оказание специализированной медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и заболеваниями, ассоциированными с иммунодефицитными состояниями;
2. оказание специализированной медицинской помощи больным с муковисцидозом
3. оказание врачам других специальностей лечебно-профилактических учреждений организационно-методической помощи в их работе по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания

4.СРОКИ ХРАНЕНИЯ ВСКРЫТЫХ ФЛАКОНОВ С АЛЛЕРГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВЛЯЮТ:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 1 год
4. 1 неделя
5. 2 года

5.КАБИНЕТ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГА-ИММУНОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ:

1. проведение аллерген - специфической и иммуномодулирующей терапии;
2. обследование, диагностику, лечение и диспансеризацию больных с муковисцидозом;
3. отбор и направление больных с заболеваниями органов дыхания на стационарное лечение в пульмонологическое отделение
4. оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи при проведении вакцинации больных с муковисцидозом

6.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКАРИФИКАЦИОННЫХ ТЕСТОВ РЕАКЦИЯ СЧИТАЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ ИМЕЮТСЯ:

1. участок гиперемии диаметром 1 мм
2. гиперемия более 1 мм в диаметре
3. волдырь 1 мм
4. размеры как в контроле
5. гиперемия более 10 мм в диаметре

7.ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ МЕТОДЕ АСИТ ВВЕДЕНИЕ АЛЛЕРГЕНОВ ПРОВОДЯТ:

1. подкожно в латеральную поверхность плеча
2. внутримышечно
3. внутривенно

8.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЛНОГО КУРСА АСИТ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1 год
2. 2 года
3. 3-5 лет

9.ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ ЗАВИСИТ:

1. от возраста больного
2. от желания больного
3. от правильности выбора аллергена и соблюдения методики проведения
4. от наличия сопутствующей патологии ЖКТ

10.ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ОЧЕРЕДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ЛЕЧЕБНОГО АЛЛЕРГЕНА НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ следует проводить:

1. в течение 30 минут
2. в течение 10 минут
3. в течение 40-60 минут

11. К ЭКЗОАЛЛЕРГЕНАМ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

1. домашняя пыль
2. грибы плесени
3. клещ домашней пыли
4. бактериальные аллергены

12.К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. нейсерии
2. стафилококк белый
3. домашняя пыль
4. кандида

13.К ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

1. пыльца тимофеевки
2. шерсть кошки
3. яйцо
4. дерматофагоидес

14.АЛЛЕРГЕН ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЕТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА:

1. с аллергеном из домашней пыли
2. с аллергеном из пера подушек
3. с противостолбнячной сывороткой
4. с аллергеном из пыльцы тополя

15.КОЖНЫЕ ПРОБЫ СЧИТАЮТСЯ ДОСТОВЕРНЫМИ, ЕСЛИ:

1. тест-контроль, гистамин и аллергены дали положительную реакцию
2. тест-контроль, гистамин и аллергены дали отрицательную реакцию
3. тест-контроль и гистамин дали отрицательную реакцию
4. тест-контроль дал отрицательную, а гистамин - положительную реакцию
5. тест-контроль дал положительную, а гистамин — отрицательную реакцию

16. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С НЕБАКТЕРИАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИМЕНЯЮТ:

1. скарификационные тесты
2. внутрикожные тесты
3. prick-тесты
4. аппликационные тесты
5. провокационные тесты

17. ВАРИАНТЫ АСИТ:

1. сублингвальный
2. эндоназальный
3. эндобронхиальный

18. ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ СТАЛОРАЛЬ:

1. в холодильнике при температуре +2-+8 0 С
2. в морозильной камере
3. при комнатной температуре
4. в темном прохладном месте

19. СУБЛИНГВАЛЬНАЯ АСИТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. дисциплинированным и выполняющим предписания врача пациентам
2. не дисциплинированным пациентам
3. пациентам с персистирующими заболеваниями ортодонта
4. пациентам с гингивитом, сопровождающимся кровоточивостью десен

20. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. адреналин (эпинефрин)
2. антигистаминные препараты
3. глюкокортикоиды
4. мезатон

**МОДУЛЬ 4. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ**

**Занятие 1. Атопический дерматит. Этиология. Классификация. Патогенез**

1. Тестовый контроль

Выберите один правильный ответ

1. МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1. профилактические прививки

2. запрещение браков между аллергиками

3. грудное вскармливание не менее 6 месяцев

4. раннее искусственное вскармливание

5. запрещение посещения ДДУ

2. БОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЮТ ДЕТИ:

1. переведенные на искусственное вскармливание в первые месяцы жизни

2. перенесшие на первом году жизни рахит

3. с врожденными аномалиями

4. перенесшие на первом году жизни дефицитную анемию

5. из неполных семей

3.КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

1.   увеличение и улучшение стационарной помощи

2.   усиление профилактического направления медицины

3.   улучшение психологической помощи населению

4.   развитие профессионального спорта

5.   развитие народной медицины

4. КЛИНИЧЕСКИЙ ОРДИНАТОР ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ НАВЫКАМИ:

1. обучения пациентов и их законных представителей здоровому образу жизни

2. обучения друзей пациентов

3. обучения волонтеров

4. обучения поваров

5. МЕТОДЫ УСТНОЙ ПРОПАГАНДЫ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. беседы

2. санбюллетень

3. брошюры

4. памятки

5. проспекты

6. В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

1.образование IgE-антител

2.выработка интерлейкинов (IL4, IL5, IL13)

3.выделение гистамина

4.выделение биологически активных веществ базофилами, эозинофилами

5. верно все

7. ПРОФИЛАКТИКА ЭТО:

1.комплекс мероприятий, обеспечивающих развитие и воспитание здорового   человека, предупреждение заболеваний и инвалидизации

2. изучение индивидуального здоровья человека

3. охрана здоровья здоровых людей

4. предупреждение заболеваний

8. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. раннее искусственное вскармливание

2. профессиональные вредности родителей

3. отягощенная наследственность

4. патология беременности и родов

5. все перечисленное

9.   КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПРОФИЛАКТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. гипоаллергенная диета женщинам из групп риска во время лактации

2. назначение пробиотиков, содержащих лактобактерии, детям в первые 6 месяцев

3. исключительно грудное вскармливание

4. все перечисленное

10. АЛЛЕРГЕНЫ, ЗНАЧЕНИЕ КОТОРЫХ В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДОКАЗАНО:

1. молоко

2. плесневые грибы

3. микоплазмы

4. стафилококки

5. пылевые клещи

11. НАПРАВЛЕНИЕ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. формирование групп риска

2. динамическое наблюдение за группами риска

3. мониторинг физического и психического развития

4. реабилитация пациентов с атопическим дерматитом, предупреждение повторного появления уже имеющихся симптомов

12. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ФАКТОВ РИСКА БУДУТ ВЕРНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 80%

2. конкордантность у монозиготных близнецов 100%

3. у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

4. если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

5. заболевание передается воздушно-капельным путем

13. ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. наличие атопического дерматита в семейном анамнезе

2. железодефицитная анемия в первые годы жизни

3. проживание в сельской местности

4. занятия спортом в подростковом возрасте

5. преждевременное половое созревание

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ИЗ ПРИВЕДЕННОГО ПЕРЕЧНЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. мясо кролика

2. цветная капуста

3. молоко

4. брокколи

5. картофель

15. УКАЖИТЕ ВИД ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА:

1. реагиновый

2. цитотоксический

3. иммунокомплексный

4. клеточный

16. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ЖКТ

2. почки

3. органы кроветворения

4. сердце

17. НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. бронхоскопия

2. посев мокроты

3. посев мочи

4. кожные пробы с аллергенами

5. определение Т- и В-лимфоцитов в крови

18. РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТРАЖАЕТ:

1. возрастную динамику

2. клинико- морфологические формы

3.тяжесть течения

4. стадии течения болезни

5. все перечисленное верно

19. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЭТО:

1. длительное грудное вскармливание

2. соблюдение матерью гипоаллергенной диеты во время кормления грудью ребенка

3. злоупотребление беременной женщиной продуктами с облигатными пищевыми аллергенами

4. реабилитация пациентов с атопическим дерматитом, предупреждение повторного появления уже имеющихся симптомов

20. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

1. нарушение диеты во время беременности

2. аллергодерматозы у родителей

3. псориаз у родителей

4. физическое переутомление

5. токсикозы беременных

**Занятие 2. Атопический дерматит. Особенности клиники в возрастном аспекте, диагностика.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1 . ДЛЯ ОСТРОЙ ФАЗЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ:

1.зуд, эритематозные папулы и везикулы

2. кожная эритема

3. значительные экскориации с эрозиями

4. выделение серозного экссудата

5. все верно

2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. прик - тест

2. скарификационный тест

3. внутрикожный тест

4. аппликационный тест

3. КАКИЕ ПРОВОКАЦИОННЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ДЕРМАТИТАХ?

1. ингаляционные

2. интраназальные

3. конъюнктивальные

4. аппликационные

4. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. зуд кожи

2. хроническое рецидивирующее течение

3. наличие атопических заболеваний у родственников

4. сезонность обострений

5. все перечисленное верно

5. КОЖНЫЕ ПРИК-ТЕСТЫ ОПТИМАЛЬНО ПОСТАВИТЬ С:

1.с 3-4 аллергенами

2. с 18-20 аллергенами

3. с 10-12 аллергенами

4. количество аллергенов не имеет значения

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. «атопические» ладони

2. продольная суборбитальная складка (линия Денни - Моргана)

3. стойкий белый дермографизм

4. периорбитальная гиперпигментация

5. все перечисленное верно

7. ТИПИЧНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЫСЫПАНИЙ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ:

1. папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей

2. эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей

3. распространенные уртикарии

4. только лихенификация симметричных участков

5. только бугорки

8. ТИПИЧНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЫСЫПАНИЙ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА:

1. папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей

2. эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей

3. распространенные уртикарии

4. только микровезикулы

5. только корочки

9. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛУЮ ФОРМУ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ:

1. синдром Стивенса-Джонсона

2. токсидермия

3. многоформная экссудативная эритема

4. синдром Лайелла

5. атопический дерматит

10. ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАЧИНАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:

1. с 5лет

2. с месячного возраста

3. с 3-х месячного возраста

4. после года

5. в дошкольном возрасте

11. НАЗОВИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1. зуд кожи

2. раннее начало

3. наследственная отягощенность по аллергии

4. возрастная морфология высыпаний и локализация:

5. все вышеперечисленное

12. КАКИЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ?

1. аллергоанамнез

2. кожные пробы с аллергенами (скарификационные и прик-тест)

3. определение специфическихIgE-антител с использованием in vitro диагностики (ИФА, МАСТ, РАСТ)

4. провокационные тесты (при необходимости)

5. всё вышеперечисленное

13. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. зуд

2. расчесы

3. высыпания в типичных местах

4. появление в раннем детском возрасте

5. все из перечисленного

14. ДЕБЮТ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, КАК ПРАВИЛО, НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. в юношестве

2. в среднем возрасте

3. на первом году жизни

4. в любом возрасте

5. в пожилом возрасте

15. В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ АЛЛЕРГЕНЫ:

1. лекарственные

2. эпидермальные

3. пыльцевые

4. пищевые

5. все перечисленное верно

16. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. играет роль при некоторых видах сенсибилизации

2. позволяет предположить группу виновных аллергенов

3. позволяет исключить виновные аллергены

4. не играет роли

17. АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

1. позволяет выявить факторы риска

2. позволяет предположить группу виновных аллергенов

3. позволяет выявить фармакологический анамнез

4. позволяет выявить роль наследственности во втором, третьем поколении

5. верно все

18. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ОТДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1.оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами;

2. оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с заболеваниями органов дыхания;

3. оказание психологической помощи больным с муковисцидозом

4. оказание медицинской помощи больным с заболеваниями органов дыхания

19.ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЦЕНТРА АЛЛЕРГОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКУЮ И ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. оказание специализированной медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и заболеваниями, ассоциированными с иммунодефицитными состояниями;

2. оказание специализированной медицинской помощи больным с муковисцидозом

3. оказание врачам других специальностей лечебно-профилактических учреждений организационно-методической помощи в их работе по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания

20. СКОЛЬКО ИЗВЕСТНО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

1. 1 тип

2. 2 типа

3. 3 типа

4. 4 типа

**Занятие 3. Дифференциальная диагностика атопического дерматита**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРОВОДИТСЯ:

1. контактный дерматит

2. синдром Вискотта- Олдрича

3. чесоткой

4. псориаз

5. верно все перечисленное

2. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. гипер IgE - синдромом

2. фенилкетонурией

3. чесоткой

4. гемолитической болезнью

3. ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. зуд

2. расчесы

3. высыпания в типичных местах

4. появление в раннем детском возрасте

5. все из перечисленного

4. НАЗОВИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1. зуд кожи

2. раннее начало

3. наследственная отягощенность по аллергии

4. возрастная морфология высыпаний и локализация:

5. все вышеперечисленное

5. НАЗОВИТЕ ТИПИЧНЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. отит

2. аллергический ринит

3. цистит

4. миокардит

5. аденоидит

6. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЧЕСОТКЕ:

1. 6-недель

2. 3-месяца

3. 6-10 дней

4. 6 месяцев

7. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. распространенность процесса

2. преобладание экссудативных вариантов чесоточ­ных ходов

3. вовлечение в процесс волосистой части головы

4. поражение ногтевых пластинок

5. частое осложнение заболевания пиодермией

8. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИМПТОМЫ, ПОМОГАЮЩИЕ СВОЕВРЕМЕННО ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ЧЕСОТКИ:

1. наличие зуда в вечернее время

2. папулезно-везикулярная сыпь

3. наличие «чесоточных ходов»

4. расположение сыпи на «типичных» местах

5. нахождение чесоточного клеща в высыпных элементах

9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ:

1. возраст больного

2. гендерные признаки

3. результаты общего лабораторного исследования

4. результаты инструментального исследования

5. результаты внутрикожных проб

10. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТИПИЧНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ?

1. полиноз

2. псориаз

3. чесотка

4. бородавки

5. пиелонефрит

11.  ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ДЕРМАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. развиваются путем контактной сенсибилизации как реакция замедленного типа

2. аллерген попадает в кожу гематогенно

3. аллерген попадает в кожу извне

4. высыпания не выходят за границы контакта аллергена

5. характерно наличие поливалентной сенсибилизации

12. ДЛЯ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ ХАРАКТЕРНО:

1. наличие везико-папул

2. локализации высыпаний на сгибательной поверхности конечно­стей

3. предплечий

4. отсутствие зуда

5. локализация сыпи на себорейных участках кожи

13. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПОЧЕСУХУ СЛЕДУЕТ С:

1. чесоткой

2. отрубевидным лишаем

3. острой крапивницей

4. атопическим дерматитом

5. розовым лишаем

14. ПСОРИАЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

1. атопический дерматит

2. красного плоского лишая

3. ревматоидного артрита

4. себорейной экземы

5. склеродермии

15. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СБОР АНАМНЕЗА ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ:

1. семейная предрасположенность к атопическим заболеваниям

2. не соблюдение санитарно-гигиенических правил

3. какие роды

4. характер родителей

5. территориальная особенность проживания

16. ДЛЯ СИНДРОМА ВИСКОТТА – ОЛДРИЧА ХАРАКТЕРНО:

1. экзема, карликовость, атаксия

2. экзема, карликовость, тромбоцитопения

3. экзема, карликовость, анемия

4. экзема, тромбоцитопения, инфекционные осложнения

17. ОБЫКНОВЕННЫЙ (ВУЛЬГАРНЫЙ) ИХТИОЗ ЧАСТО СОЧЕ­ТАЕТСЯ С:  
1. аллергическим дерматитом  
2. псориазом  
3. экземой  
4. красным плоским лишаем  
5. атопическим дерматитом

18. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА, КРОМЕ:

1. геморрагический синдром

2. экзема

3. спленомегалия

4. рецидивирующие гнойные воспалительные заболевания

5. судороги

19. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ, ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВЫСЫПАНИЯМИ, НАПОМИНАЮЩИМИ АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ:

1. синдром ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА

2. синдром Джоба

3. синдром гиперпродукции IgE

4. сцепленная агаммаглобулинемия

5.Х-сцепленная агаммаглобулинемия

20. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСКЛЮЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

1.себорейного дерматита.

2. аллергического контактного дерматита.

3. дерматофитии

4. крапивницы

**Занятие 4. Лечение атопического дерматита.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ИММУНОТЕРАПИЮ ПРОВОДЯТ:

1. семейный врач

2. отоларинголог

3. терапевт

4. аллерголог - иммунолог

5. любой из перечисленных специалистов

2. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ КОРТИКОСТЕРОИД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. мометазона фуроат (элоком)

2. бетаметазона валерат (целестодерм В)

3. флуметазон пивалат (лоринден)

4. триамцинолон ацетонит (фторокорт)

5. клобетазол пропионат (дермовей)

3. НАЗОВИТЕ СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ СТЕРОИДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ:

1. препараты нафталана

2. препараты дегтя

3. пимекролимус

4. фузикорт

5. пимафуцин

4. НАЗОВИТЕ АНТИГИСТАМИННЫЙ ПРЕПАРАТ 1 ПОКОЛЕНИЯ:

1. цетиризин (зиртек)

2. клемастин (тавегил),

3. дезлорататин (эриус)

4. левоцетиризин (ксизал)

5. лоратодин (кларитин)

5. ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВИДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антигистаминовых препаратов

2. глюкокортикоидов

3. элиминационной диеты

4. сорбентов

5. ферментов

6. МАЗЬ ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ К: \

1. слабым глюкокортикоидам

2. глюкокортикоидам средней силы

3. сильным глюкокортикоидам

4. очень сильным глюкокортикоидам

7 . МАЗЬ АДВАНТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ К:

1. слабым глюкокортикоидам

2. глюкокортикоидам средней силы

3. сильным глюкокортикоидам

4. очень сильным глюкокортикоидам

8. ЭЛОКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА РАЗРЕШЕН К

ПРИМЕНЕНИЮ С:

1. 6 мес.

2. 1 года

3. 2-х лет

9. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ЭЛИДЕЛ»:

1. показано

2. не показано

10. В ОСТРОЙ ФАЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ НАЗНАЧАЮТ:

1. мазь «адвантан»

2. крем «элидел»

3. мазь «ларинден С»

4. эмульсию «элоком»

11. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСИ:

1. НАН

2. Семилак

3. Нутрилон Пепти ТСЦ

4. НЭНИ

12. КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА

ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРОВОДИТСЯ:

1. кисломолочными смесями

2. гипоаллергенными смесями

3. смесями на основе полного гидролиза белка

4. соевыми смесями

13. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА ДЕТЯМ, УГРОЖАЕМЫМ ПО РАЗВИТИЮ

АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАЧИНАЮТ С:

1. 4 мес

2. 5 мес

3. 6 мес

14. ЦЕЛЕСТОДЕРМ ОТНОСИТСЯ:

1. к слабым ГКС

2. средней силы действия ГКС

3. сильным ГКС

4. очень сильным ГКС

15. РЕБЕНКУ 5 МЕС С АТД, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

1. высокогидролизованную смесь

2. частично гидролизованную смесь

3. соевую смесь

4. негидролизованную смесь на основе козьего молока

5.Nuntrilon аминокислоты

16. ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

1. назначение гипосенсибилизирующих препаратов

3. соблюдение гипоаллергенной диеты

4. назначение противомалярийных препаратов

5. коррекцию кишечного дисбактериоза

**Занятие 5. Атопичекий дерматит, осложненный вторичной инфекцией.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПИОДЕРМИЙ?

1. микротравмы кожи

2. загрязнение кожи

3. переохлаждение

4. перегревание

5. все вышеперечисленное

2.  КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ?

1. атрофия кожи

2. телеангиэктазии

3. гипертрихоз

4. акне

5. стрии

3.  ДЛЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНО:

1. распространение процесса вширь

2. распространение процесса вглубь

3. серозно-гнойный экссудат

4. напряженная покрышка пустулы

5. вялая покрышка пустулы

4. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ОСЛОЖНЯЮТСЯ ВТОРИЧНОЙ ПИОДЕРМИЕЙ?

1. экзема

2. атопический дерматит

3.кожный зуд

4. красный плоский лишай

5.чесотка

5. ПРИ ВТОРИЧНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ:

1. системные антибиотики

2. цитостатики

3.глюкокортикоиды

4. антисептические препараты

6. КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ПИОДЕМИИ?

1. травмы кожи

2. перегревание

3. переохлаждение

4. укусы насекомых

5. изменение РН в щелочную сторону.

7. ДЛЯ СТРЕПТОДЕРМИЙ ХАРАКТЕРНО:

1. распространение процесса вширь

2. распространение процесса вглубь

3. серозно-гнойный экссудат

4. напряженная покрышка пустулы

5. вялая покрышка пустулы

8. ПЕРВИЧНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ СТРЕПТОДЕРМИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:1. акне

2. фликтена

3. импетиго

4. эктима

4. папула

9. КАКИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ СТАФИЛОДЕРМИЯХ:.

1. импетиго

2. фликтена

3. узел

4. эктима

5. остиофолликулит

10. К СТРЕПТОДЕРМИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

1. рожа

2. импетиго вульгарное

3. гидраденит

4. фурункул

5. эпидемическая пузырчатка

11. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С МОКНУТИЕМ ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ЭЛИДЕЛ»:

1. Показано

2. Не показано

12. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ ТОПИЧЕСКИЙ КОРТИКОСТЕРОИД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

1. Мометазона фуроат (элоком)

2. Бетаметазона валерат (целестодерм В)

3. Триамцинолон ацетонит (фторокорт)

4. Клобетазол пропионат (дермовей)

5. Флуоцинолона ацетонид (флуцинар)

**Занятие 6. Немедикаментозные методы лечения атопического дерматита**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСИ:

1. НАН гипоаллергенный

2. Алфаре

3. Нутрилон Пепти ТСЦ

4. НЭНИ

2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ:

1. гипоаллергенные условия быта

2. борьба с пассивным курением

3. исключение из питания продуктов коровьего молока

4. использование гипоаллергенных смесей

5. верно все

3. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1. с видом аллергенов

2. с возрастом

3. с эндокринными заболеваниями

4. с генетическими факторами

4. У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЕНА ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ВРАЧОМ ПОДОБРАНА ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ДИЕТА. КАКОВЫ КРИТЕРИИ ПРАВИЛЬНОСТИ ПОДБОРА ДИЕТЫ?  
1. наступление клинической ремиссии в течение 3-5 дней  
2. наступление клинической ремиссии в течение 3-5 недель  
3. нормализация показателей периферической крови   
4. нормализация показателей крови, кроме уровня эозинофилов

5. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА ПОЗВОЛЯЕТ:

1. выявить причинно значимый аллерген

2. исключить его из питания

3. позволяет врачу назначить диету

4. верно все

6. ПРИМЕНЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПСИХОТЕРАПИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ:

1. Отличается исключительно высокой эффективностью и является методами выбора

2. Категорически запрещено

3. Эффективность четко не доказана, но иногда приносит положительный эффект

7. КАК СООТНОСЯТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ПОНЯТИЯ ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ?

1.   профилактика и реабилитация - разные понятия

2.   профилактика и реабилитация - идентичные понятия

3.   реабилитация является составной частью профилактики

4. ничего из перечисленного

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ?

1.   экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности

2.   самооценка пациента

3.   комплексная оценка с включением критериев качества жизни

4.   этапная оценка нозоспецифических критериев

5.   оценка отдаленных результатов

9.   С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНЯЮТ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ?

1. предупреждения развития заболеваний

2. закаливания организма

3. повышения сопротивляемости к профессиональным раздражителям

4. предупреждения обострения хронических заболеваний

5.всего перечисленного

10.   ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ФИЗИОПРОФИЛАКТИКИ?

1. ультрафиолетовые облучения

2. ингаляции фитонцидов

3. контрастные ванны

4. души

5.все перечисленное

11. КАКОЙ ПРИНЦИП ОХРАНЫ И УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ?

1.   увеличение и улучшение стационарной помощи

2.   усиление профилактического направления медицины

3.   улучшение психологической помощи населению

4.   развитие профессионального спорта

5.   развитие народной медицины

 12.  ДЛЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕКОМФОРТНЫЙ КЛИМАТ:  
1. с высокой влажностью и повышенной температурой  
2. с умеренной влажностью и температурой  
3. регионов с долее высоким расположением над уровнем моря  
4. средней полосы России  
5.северо-восточного региона

13. ОСОБЕННОСТЬЮ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. определение индивидуальной биодозы

2. применение малых доз УФО

3. сочетание УФО с фотосенсибилизаторами

4. общее УФО по ускоренной схеме

5. правильно 1 и 3

14. ДЛЯ СНЯТИЯ ЗУДА В ОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

1.йодобромные ванны

2. хлоридные натриевые ванны

3. радоновые ванны

4. углекислые ванны

15. ПРИ МИКРОБНОЙ И ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ФОРМАХ ЭКЗЕМЫ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНО НАЗНАЧЕНИЕ:

1. диадинамических токов

2. дарсонвализации

3. ультрафиолетового облучения

4. синусоидальных модулированных токов

5. индуктотермии

16. НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛНОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АЛЛЕРГЕНОВ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СВЯЗАНА:

1. с видом аллергенов

2.с возрастом

3. с эндокринными заболеваниями

4. с генетическими факторами

**Занятие 7. Наружная терапия атопического дерматита.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАПРАВЛЕНА:

1. устранение патологических нарушений в органах и системах

2. предупреждение обострений болезни

3. устранение сухости кожи

4. нормализация показателей периферической крови

2. К ФТОРИРОВАННЫМ ТОПИЧЕСКМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. белодерм

2. локоид

3. флуцинар

4. адвантан

3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ НАРУЖНЫЕ ТОПИЧЕСКИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ РЕЬЕНКА 2,5 ЛЕТ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ:

1. белодерм

2. флуцинар

3. фторокорт

4. адвантан

4. В КАЧЕСТВЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ БАЗИСНОЙ НАРУЖНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. метилпреднизолона ацепонат (адвантан)

2. мометазон (элоком)

3. пимекролимус (элидел)

4. фенистил-гель

5. ДЛИТЕЛЬНОЕ ПОСТОЯННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УВЛАЖНЯЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. нарушением эпидермального барьера кожи

2. гиперактивностью кожи

3. повышением трансэпидермальной потери жидкости

4. ксерозом кожи

5. верно все

6. ПРИ РЕЦИДИВЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ:

1.наружные глюкокортикостероидные препараты.

2. увлажняющие средства в качестве монотерапии.

3. наружные средства неэффективны.

4. фукарцин в качестве монотерапии.

5. антибиотики местно

7. ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖЕЙ РЕБЕНКА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. ежедневные купания

2. эмольянты

3. купание в травах противопоказано

4. использовать мыло с нейтральным значением PH

5. все перечисленное верно

8. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ВЛАЖНО-ВЫСЫХАЮЩАЯ ПОВЯЗКА ОТ ПРИМОЧКИ?

1.длительностью пребывания на коже

2. используемым лекарственным препаратом

3. используемым арсеналом перевязочного мате­риала

4. терапевтической эффективностью

5. количеством жидкости на марле

9. ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ КРЕМ ОТ МАЗИ?

1.наличием порошка в жировой основе

2. наличием воды в жировой основе

3. более высокой стабильностью

4. более поверхностным действием

5. более высокой концентрацией лекарственных препаратов

10. КАКУЮ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ФОРМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ МОКНУЩИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕС­СОМ НА КОЖЕ?

1. мазь

2. примочку

3. крем

4. аэрозоль

5. пасту

11.  КАКИЕ ВЫ ЗНАЕТЕ КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕ­НИЯ ДЕРМАТОЗОВ?

1. режим дня

2. диетотерапия

3. общее лечение

4. местная терапия

5. физиотерапевтические процедуры

12. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ?

1. атрофия кожи

2. телеангиэктазии

3. гипертрихоз

4. акне

5. стрии

**Занятие 8. Крапивница. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ КРАПИВНИЦЕ ПРИМЕНЯЮТ

1. антибиотики

2. диуретики

3. антигистаминные

4. дезагреганты

2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КРАПИВНИЦЫ

1. инспираторная одышка, осиплость голоса

2. непроизвольное мочеиспускание и дефекация

3. падение АД, нитевидный пульс

4. сыпь, кожный зуд

3. ЛОКАЛИЗАЦИЯ СЫПИ ПРИ КРАПИВНИЦЕ

1. лицо

2. конечности

3. туловище

4. любые участки тела

4. ТЯЖЕЛОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА

1. анафилактический шок

2. аллергический дерматит

3. аллергический васкулит

4. крапивница

5. КРАПИВНИЦА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ:

1. только на кожном покрове конечностей

2. на любом участке кожи.

3. только на кожном покрове в области грудной клетки

4. только на слизистых оболочках

6. НА КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ УРТИКАРИЙ ПРИ КРАПИВНИЦЕ:

1. остается рубцовая деформация кожи

2. остается длительная пигментация

3. следов не остается

4. остается депигментация

7. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1. длительно

2. периодически, по мере усиления высыпаний

3. не рекомендованы

4. коротким курсом

8. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЭФФЕКТА В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ СТАНДАРТНЫХ ДОЗ НЕСЕДАТИВНЫХ Н1-БЛОКАТОРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:

1. назначение преднизолона внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг веса

2. повышение дозы Н1-блокатора до 4 раз

3. введение в программу лечения циклоспорина А

4. продолжение приема Н1-блокатора прежней дозы

9. ПРЕЖДЕ ВСЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ КРАПИВНИЦЫ ПРОВОДЯТ С:

1. чесоткой

2. эритродермией

3. атопическим дерматитом

4. мастоцитозом, уртикарным васкулитом, герпетическим везикулярным дерматитом

10. В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. цетрин

2. преднизолон

3. ферменты

4. энтеросгель

5. омализумаб

11. ДЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. иммунными механизмами с участием IgE

2. иммунными механизмами с участием IgG

3. неспецифическим освобождением гистамина

4. неспецифическим освобождением ацетилхолина

12. СКОЛЬКО ТИПОВ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОВ ВЫ ЗНАЕТЕ:

1. 1 тип гистаминовых рецептов

2. 2 типа гистаминовых рецептов

3. 3 типа гистаминовых рецептов

4. 4 типа гистаминовых рецептов

13. ВЫСОКАЯ ЭОЗИНОФИЛИЯ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ, ВЫЗВАННОЙ:

1. аллергией к домашней пыли

2. пищевой аллергией

3. очагами хронической инфекции

4. глистной инвазией

14. ПЕРВИЧНЫЕ КОЖНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ КРАПИВНИЦЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

1. в эпидермисе

2. в подкожной клетчатке

3. в приваскулярной области

4.эпидермисе и дерме

15. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1. длительно

2. периодически, по мере усиления высыпаний.

3. не рекомендованы

4. коротким курсом

16. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЭФФЕКТА В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ПОМОЩИ СТАНДАРТНЫХ ДОЗ НЕСЕДАТИВНЫХ Н1-БЛОКАТОРОВ РЕКОМЕНДОВАНО:

1. назначение преднизолона внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг веса.

2. повышение дозы Н1-блокатора до 4 раз

3. введение в программу лечения циклоспорина А

4. продолжение приема Н1-блокатора прежней дозы

17. ПРИ КРАПИВНИЦЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. антибиотики

2. диуретики

3. антигистаминные

4. дезагреганты

18. КРАПИВНИЦА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ ЕЁ ПРОЯВЛЕНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ:

1. 2 недель

2. 4 недель

3. 6 недель

19. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ:

1. длительно, а не по необходимости.

2. периодически, по мере усиления высыпаний.

3. не рекомендованы

20. КРАПИВНИЦА СЧИТАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ, ЕСЛИ ЕЁ ПРОЯВЛЕНИЯ СОХРАНЯЮТСЯ БОЛЕЕ:

1. 2 недель

2. 4 недель

3. 6 недель

4. 1 года

**Занятие 9. Пищевая аллергия. Клинические проявления. Методы диагностики.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. первые месяцы и годы жизни

2. в юношеском возрасте

3. в зрелом возрасте

4. в пожилом возрасте

2. ГРУППОЙ РИСКА К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА:

1. с заболеваниями печени

2. с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

3. с отягощенным анамнезом по атопии

4. все верно

5. нет верного ответа

3. ИМИТИРОВАТЬ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МОГУТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. пищевой токсикоинфекции

2. ложной пищевой аллергии

3. идиосинкразии вследствие дефекта ферментных систем желудочно-кишечного тракта

4. психогенной непереносимости пищевых продуктов

4. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

5. ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ СОДЕРЖАЩИМИ МНОГО ГИСТАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. ферментированных продуктов

2. шпината

3. яблок

4. шоколада

5. клубники

6. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:  
 1. 10 месяцев  
2. 6 месяцев  
 3. 2-х месяцев   
 4. 4-х месяцев

7. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ:  
1.арбуз  
2.вишня  
3.мясо  
4.рыба

8. КАКИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ ОТНОСЯТСЯ КОБЛИГАТНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ:  
1. коровье молоко  
2. говядина  
3. рыба  
4. все верно  
5. нет верного ответа

**Занятие 10. Пищевая аллергия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ВИДОМ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

1. антигистаминовых препаратов

2. глюкокортикоидов

3. сорбентов

4. кетотифена

2. УКАЖИТЕ СМЕСИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙНА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА:

1. смеси на основе гидролизатов сывороточного белка низкой степени гидролиза

2. смеси на основе белка козьего молока

3. смеси на основе гидролизатов сывороточного белка высокой степени гидролиза

4. аминокислотные смеси

3.УКАЖИТЕ СМЕСИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ :

1. кисломолочная смесь (агуша 1-2, нан кисломолочный)

2. смесь на основе изолята соевого белка (нан соя, нутрилон соя)

3. смесь на основе полного гидролиза белков коровьего молока (нутрилон пепти тсц, альфаре)

4. продолжить кормление адаптированной молочной смесью

4. У РЕБЕНКА ВЫЯВЛЕНА ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ВРАЧОМ ПОДОБРАНА ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ДИЕТА. КАКОВЫ КРИТЕРИИ ПРАВИЛЬНОСТИ ПОДБОРА ДИЕТЫ?

1. наступление клинической ремиссии в течение 1-2 дней  
2. наступление клинической ремиссии в течение 3-5 недель  
3. нормализация показателей периферической крови   
4. нормализация показателей крови, кроме уровня эозинофилов.

5. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

1. связывание свободного гистамина

2. высвобождение гистамина

3.усилением выведения гистамина

4. торможении образования гистамина

5. конкурентном действии с гистамином за HI-рецепторы

6. НЕДОСТАТКИ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ:

1. седативный эффект  
2. Повышают способность к обучению  
3. кардиотоксический эффект  
4. муколитический эффект

7. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. диазолин

2. фенкарол

3.супрастин

4. кларитин

5. димедрол

8. К АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТАМ I ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. зиртек

2. телфаст

3. тавегил

4. ломилан

5.фенистил

9. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. первые месяцы и годы жизни

2. в юношеском возрасте

3. в зрелом возрасте

4. в пожилом возрасте

10. ГРУППОЙ РИСКА К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА:

1. с заболеваниями печени

2. с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта

3. с отягощенным анамнезом по атопии

4. все верно

5. нет верного ответа

11. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

12. ПИЩЕВЫМИ ПРОДУКТАМИ СОДЕРЖАЩИМИ МНОГО ГИСТАМИНА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. ферментированных продуктов

2. шпината

3. яблок

4. шоколада

5. клубники

13. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:  
 1. 10 месяцев  
2. 6 месяцев  
 3. 2-х месяцев   
 4. 4-х месяцев

14. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ:  
1.арбуз

2.вишня

3.мясо

4.рыба

15. КАКИЕ ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ ОТНОСЯТСЯ КОБЛИГАТНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ:  
1. коровье молоко  
2. говядина  
3. рыба  
4. все верно  
5. нет верного ответа

16. ИМИТИРОВАТЬ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МОГУТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

1. пищевой токсикоинфекции

2. ложной пищевой аллергии

3. идиосинкразии вследствие дефекта ферментных систем желудочно-кишечного тракта

4. психогенной непереносимости пищевых продуктов

17. ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ИСТИНОЙ:

1. клиническими проявлениями

2. механизмом развития

3. медиаторами вызывающими клинические проявления

4. всем перечисленным

18. ОТЛИЧАЕТСЯ ЛИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЛОЖНАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ ОТ ИСТИННОЙ?

1. нет

2. да

**МОДУЛЬ № 5.Острые токсико – аллергические реакции. Анафилактический шок.**

**Занятие 1.Анафилактический шок, этиология, патогенез.**

**1. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. КАКИЕ СИМПТОМЫ ОТНОСЯТ К ПРЕДВЕСТНИКАМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА?

1. сердцебиение, боль в сердце, беспокойство, шум, в ушах, страх смерти

2. немотивоване повышение настроения, двигательная активность, тремор

3. сухий кашель, боль в груди при глубоком дыхании

4. икота, боль в правом подреберье

5. верного ответа нет

2. ФАЗА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1.повышением чувствительности рецепторов по отношению к не антигенным раздражителям

2. способностью тканей и органов сенсибилизированного организма усиленно связывать специфический аллерген

3. процессами антителообразования

4. всем перечисленным

3. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. реакция аллергена с сенсибилизированными Т-лимфоцитами

2. реакция аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях, клетках организма

4. все перечисленное

3. ничего из перечисленного

4. СИНОНИМАМИ ТЕРМИНА "РЕАГИНЫ" ЯВЛЯЮТСЯ:

1. анафилактические антитела

2. гомоцитотропные антитела

3. кожно-сенсибилизирующие антитела

4. все перечисленное

5. АНАФИЛАКТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ В СВОЕЙ ОСНОВЕ:

1. реакцию аллергена с антителами, фиксированными на органах, тканях и клетках организма

2. образование в крови комплекса аллерген-антитело с последующей его фиксацией на шоковых органах

3. повреждаемые клетки сами по себе несут антигенный компонент, где являются аллергеном и благодаря этому реагируют с антителами

4. ничего из перечисленного

6.ОСОБЕННОСТИ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ ПАТОГЕНЕЗА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ОБУСЛОВЛЕНЫ:

1. сокращением гладкой мускулатуры бронхов, сосудов, миокарда

2. понижением проницаемости сосудов и тканевых барьеров

3. понижением секреции слизистых желез

4. всем перечисленным

7. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

1. молниеносное развитие клинической картины

2. наличие продромального периода

3. отсутствие низкого артериального давления

4. все перечисленное

8. ОСЛОЖНЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. тяжелыми необратимыми изменениями в жизненноважных органах

2. отсутствием симптомов острой дыхательной недостаточности

3. отсутствием симптомов острой сердечно-сосудистой недостаточности

9. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

1. адреналина

2. атропина

3. антибактериальных препаратов

4. ничего из перечисленного

10. У БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ (АКДС) ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКАЯ ВЯЛОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОДЫШКА. ОБЪЕКТИВНО: ВЫРАЖЕННЫЕ БЛЕДНОСТЬ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ПОТЛИВОСТЬ, ПУЛЬС - 110, АД 80/50 ММ.РТ.СТ.

ЧТО СТАЛО ПРИЧИНОЙ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ?

1. болевой шок

2. отек Квинке

3. анафилактический шок

4. ДВС - синдром

5. геморрагический шок

11. ПАТОГЕНЕЗ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОСНОВАН НА АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ?

1. хронические заболевания почек

2. крапивница

3. хронические неспецифические заболевания легких

4. гиперплазия тимуса

5. сахарный диабет

12. НЕМЕДЛЕННЫЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ РЕАКЦИИ ПО АНАФИЛАКТОИДНОМУ ТИПУ ВЫЗЫВАЮТ:

1. рентгеноконтрастные вещества

2.лактамные антибиотики

3. гетерогенные сыворотки

4. вакцины

5. ферменты

13. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК - ЭТО:

1. проявление острой недостаточности левого желудочка

2. проявление острой недостаточности правого желудочка

3. эмоциональное расстройство

4. вегетативная реакция

5. острая аллергическая реакция

14.ОДНИМ ИЗ КАРДИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЕСТЬ:

1. перитонит

2. анорексия

3. брадикардия

4. артериальна гипертензия

5. артериальная гипотензия

15. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЛЕЖИТ:

1. реакция гиперчувствительности немедленного типа

2. реакция гиперчувствительности замедленного типа

3. имунокомплексний механизм

4. интоксикация инфекционного генеза

5. дегидратация

16.ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЕСТЬ:

1. бронхоспазм

2. вазодилатация

3. сердечная недостаточность

4. дегидратация

5. ларингоспазм

17.ОДНИМ ИЗ ОПАСНЕЙШИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. портальная гипертензия

2. асцит

3. цироз печени

4. амилоидоз

5. асфиксия

18.ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ МЕХАНИЗМОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острая сердечная недостаточность и уменьшение сердечного выброса

2. дегидратация

3. повышение проницаемости сосудистой стенки с развитием гиповолемии

4. бронхоспазм

5. легочное кровотечение

19. ДЛЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

1. отсутствие продромального периода

2. низкое артериальное давление

3. нормальное артериальное давление

4. высокое артериальное давление

20.ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО:

1. острая дыхательная недостаточность

2. острая сердечная недостаточность

3. наличие симптомов «острого живота»

4.наличие симптомов отека мозга

**Занятие 2. Анафилактический шок. Варианты клинического течения. Неотложная терапия.**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ:

1. применение адреналина

2. применение атропина

3. применение антибиотиков

4. все перечисленные методы

5. ничего из перечисленного

2. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ АЛЛЕРГЕНОВ:

1. несколько секунд

2. 20-40 минут

3. 6 часов

4. 24 часа

3. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОШОКОВЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСИТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

1. адреналина (эпинефрина)

2. атропина

3. антибактериальных препаратов

4. гипотензивных препаратов

4. ПРИМЕНЕНИЕ АДРЕНАЛИНА РЕКОМЕНДОВАНО В ДОЗАХ:

1. 0,3-0,5 мл 0,1% раствора п/к одномоментно

2. 0,5-1,0мл 0.1 % раствора п/к одномоментно

3. ни то, ни другое

5. ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ:

1. димедрол

2. обзидан

3. адреналин

4. мезатон

5. супрастин

6. В СОСТАВ ПРОТИВОШОКОВОГО НАБОРА ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИКАМЕНТЫ:

1. адреналин (0,1 %) в ампулах (№ 10)

2. супрастин (2%) в ампулах (№ 10)

3. преднизолон (30 мг) в ампулах (№10)

4. дексаметазон (4 мг) в ампулах (№ 10)

5. все перечисленное

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

1. оказания немедленно медицинской помощи на месте, введения адреналина

2. транспортировки больного в медицинское учреждение

3. введения супрастина

4. вызова специализированной бригады скорой помощи

5. промывания желудка

8. ВВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПОКАЗАНО:  
 1. всем больным  
 2. больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД  
 3. больным с сохраняющейся тахикардией и одышкой, после стабилизации АД

9. В ТЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ 2-3 ВОЛНЫ РЕЗКОГО ПАДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. КАКАЯ ВАША ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АНАФИЛАКТИЧЕСКИХ ШОК:

1. не требуют госпитализации

2. рекомендовать посещение поликлиники

3. госпитализация в стационар

4. госпитализировать в профильный центр

5. амбулаторное лечение

10. ПРИЧИНАМИ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ЛИЦ МОГУТ БЫТЬ

1. коллапс

2. асфиксия

3. отек легких

4. отек мозга

11. ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ, ПРИВОДЯЩИЕ К ВОЗМОЖНОМУ РАЗВИТИЮ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА В ХОДЕ СИТ:

1. неправильное дозирование аллергена
2. лечение во время обострения аллергического заболевания
3. использование бета-блокаторов
4. использование М холинолитиков

12. ПО КАКОМУ ТИПУ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ РАЗВИВАЕТСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК:

1. реакция немедленного типа

2. реакция замедленного типа

3. иммунокомплексные реакции

4. цитотоксические реакции

1. неуточненные механизмы

13. ОСЛОЖНЕНИЯМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОГУТ БЫТЬ:

1. тромбоэмболии различных локализаций

2. тепловой шок

3. болевой шок

4. маниакально-депрессивный синдром

5. вегетативная реакция

14. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ:

1. парапроктит

2. делирий

3. миокардит

4. остеомиелит

5. синдром Ди-Джорджи

**Занятие 3.Клиника, дифференциальная диагностика, лечение острых токсико - аллергических реакций.**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. отслаивание эпидермиса

2.отслойка сетчатка глаза

3. отек легких

4. отек головного мозга

5. асцит

2. СИНДРОМ ЛАЙЕЛА - ЭТО (ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ):

1. инфекционно аллергический миокардит

2. токсический гепатит

3. алергический васкулит

4. токсический эпидермальный некролиз

5. токсическаяэнцефалопатия

3. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ:

1. пузыря

2. геморагических высыпания на коже нижней конечности

3. бронхоспазм

4. отек Квинке

5. крапивница

4.СИНДРОМ СТИВЕНСА - ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. только поражением кожи

2. изолированным поражением слизистой полости рта

3. изолированным поражением слизистых оболочек глаз

4. поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов

5. СИНДРОМ СТИВЕНСА - ДЖОНСОНА ОБЫЧНО:

1. начинается остро

2. начинается подостро

3. имеет хроническое течение

4. возможны различные варианты

6. ДЛЯ СИНДРОМА ЛEЙЕЛА ХАРАКТЕРНО:

1. эпидермальный некролиз

2. отрубевидное шелушение

3. пластинчатое шелушение

4. все перечисленное

7. ОСЛОЖНЕНИЕМ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА МОЖЕТ БЫТЬ:

1. пневмония

2. присоединение гнойной инфекции на коже и слизистых оболочках

3. почечная недостаточность

4. все перечисленное

8. ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ:

1. сердечно-сосудистой системы

2. желудочно-кишечного тракта

3. центральной нервной системы

4. всех перечисленных систем

9. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ СИДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА:

1. легкое течение

2. выраженная сезонность

3. тяжелое течение

4. отсутствие эффекта при применении наружной терапии

10. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. острым бурным началом

2. подострым началом

3. хроническим течением

4. всем перечисленным

11. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ БЫВАЕТ:

1. при топическом дератите

2. при синдроме Лайелла

3. при острой крапивнице

4. при любом из перечисленных поражений

12. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ?  
1. синдром Лайелла  
2. пиодермия  
3. чесотка  
4. пузырчатка  
5. эксфолиативный дерматит

13. СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. хроническим течением

2. рецидивирующим течением

3. острым, бурным началом

4. возможны различные варианты течения

14. ПЕРВИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. пузырь

2. чешуйка

3. пустула

4. узел

5. пятно

15. ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ:

1. эндокринной системы

2. костной системы

3. центральной нервной системы

4. мочевыделительной системы

16. ЭРИТРОДЕРМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. генерализованным покраснением кожного покрова

2. поражением слизистых оболочек

3. наличием пустул

4. полиморфизмом высыпаний

17.ДИАГНОСТИРОВАВ СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ИЛИ СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА, СЛЕДУЕТ:

1. назначить глюкокортикостероиды и госпитализировать больного

2. назначить амбулаторно глюкокортикостероиды

3. назначить антигистаминные препараты

18. ПЕРВИЧНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПРИ МНОГОМОРФНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. папулы

2. везикулы

3. пятна

4. все перечисленные элементы

5. ничего из перечисленного

19. У БОЛЬНОГО АНГИНОЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВС ПОЯВИЛИСЬ БОЛЬШИЕ ОЧАГИ ЭРИТЕМЫ С ВОЛДЫРЯМИ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА, ГЛАЗ, ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ПРИ ПРИКОСНОВЕНИИ К НИМ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТСЛОЙКА ЭПИДЕРМИСА (СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО). КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

1. дерматит

2. псориаз

3. рожа

4. токсидермия

5. токсический эпидермолиз (синдром Лайела)

20. СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. только поражением кожи

2. изолированным поражением слизистой оболочки полости рта

3. изолированным поражением слизистых оболочек глаз

4. поражением кожи, слизистых оболочек глаз, полости рта, носа, половых органов

5. изолированным поражением слизистой носа

21. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИПИЧНЫ ДЛЯДЕРМАТИТА ДЮРИНГА?

1. мучительный зуд

2. полиморфизм высыпаний

3. симметричность высыпаний

4. сгруппированность высыпаний

5. хроническое течение

22. КАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ДЕРМАТИТЕ ДЮРИНГА?

1.папулы

2. бугорки

3. везикулы

4. узлы

5. волдыри

23. КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ФОРМЫ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ?

1. наследственная

2. инфекционно-аллергическая

3. аутоиммунная

4. токсико-аллергическая

5. алиментарная

24. КАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ТИПИЧНЫ ДЛЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ?

1. эритема

2. папулы

3. везикулы

4. волдыри

5. пузыри

25. ТЯЖЕЛЫМИ ВАРИАНТАМИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДА­ТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. эксфолиативный дерматит

2. синдром Стивенса-Джонса

3. токсикодермия

4. синдром Лайелла

5. ангионевротический отек Квинке

26. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИДРОМА ЛАЙЕЛЛА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

1. антилейкотриеновые препараты

2. гидрокортизон и препараты кальция

3. антигистаминные препараты

4. глюкокортикостероиды

**Модуль 6. Лекарственная аллергия.**

**Занятие 1. Лекарственная аллергия**

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ПЕРВЫХ СИМПТОМАХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ НЕОБХОДИМО:
2. назначить антигистаминные препараты
3. продолжить лечение, уменьшить дозу препаратов
4. отменить наиболее вероятные виновные препараты
5. отменить все применяемые больным препараты

5. продолжить лечение

1. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:
2. отмечаются только кожные проявления
3. характерно поражение кожи и слизистых оболочек
4. характерно поражение слизистых оболочек
5. одновременно поражается несколько органов и систем
6. характерны только висцеральные поражения
7. СИМПТОМЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:
8. зависят от дозы медикамента
9. не зависят от дозы медикамента и способа введения
10. зависят от способа введения медикамента
11. зависят от кратности введения препарата
12. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
13. аллергологический анамнез
14. кожное тестирование
15. провокационные тесты
16. лабораторные тесты
17. верно все

5. ФОРМОЙ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

1. аллергический ринит
2. бронхиальная астма
3. летучие эозинофильные инфильтраты
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного
6. ДИАГНОСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:
7. сбор аллергологического анамнеза
8. сочетание поражения печени с лихорадкой, гиперэозинофилией, поражением кожи
9. возникновение подобной симптоматики при повторном применении препарата
10. регресс симптоматики при отмене препарата
11. на всем перечисленном

7. ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:

1. концентрация лс в моче

2. концентрация лс в крови

3. концентрация лс в спинномозговой жидкости

4. концентрация ЛС в тканях

8. ЧТО ТАКОЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ?

1. негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в обычных дозах.

2. негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в высоких дозах.

3. негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в низких дозах.

4. негативная реакция, связанная с применением лекарственного продукта в очень высоких дозах.

9. НЕПРЕДВИДЕННАЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ЭТО?

1. нежелательная реакция организма указана в инструкции по его применению

2. нежелательная реакция организма не указана в инструкции по его применению

3. верно все

4. нет правильного ответа

10.КАКАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ІV ТИПА?

1. несколько минут

2. 10-20 минут

3. 4-6 часов

4. 24-48 часов

5. зависит от возраста больного.

11. ОСНОВНОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИПРОТРОПИЯ БРОМИДА:

1. повышение ад

2. головная боль

3. сухость во рту

4. диарея

5. тошнота, рвота

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ:

1. угнетение коры надпочечников

2. миопия

3. остеопороз

4. нарушение обмена меди

5. задержка роста

13. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. отмена подозреваемого лекарственного средства

2. антигистаминные препараты в течение 7-10 дней

3. при выраженных проявлениях преднизолон в дозе 1 мг/кг в день в течение 7-14 дней

4. плазмоферез для удаления иммунных комплексов

5. верно все

14. КАКАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ІІІ ТИПА?

1. несколько минут

2. 10-20 минут

3. 4-6 часов

4. 24-48 часов

5. зависит от возраста больного.

15. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ:

1. прописывать медикаменты, строго оправданные клинической ситуацией

2. избегать полипрагмазии

3. тщательно собирать лекарственный анамнез

4. верно все

5. нет верного ответа

16. НЕМЕДЛЕННЫЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ РЕАКЦИИ ПО АНАФИЛАКТИЧЕСКОМУ ТИПУ ВЫЗЫВАЮТ:

1. глюкокортикоиды

2. лактамные антибиотики

3. ферменты

4. сорбенты

5. цитостатики

17. УТРИКАРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ:

1. сопровождаются болью

2. сопровождаются жжением

3. сопровождаются зудом

4. не вызывают субъектных ощущений

18. КАКОВА ДОЗА ПОДКОЖНО ВВОДИМОГО ЭПИНЕФРИНА ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ:

1.0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина

2. 2,5 мл 1% раствора эпинефрина

3. 0,5 мл 0,001% раствора эпинефрина

4. 50 мл 0,1% раствора эпинефрина

5. 0,5 мл 0,01% раствора эпинефрина

19. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

1. сепсисом

2. ангиной, лимфоаденопатией

3. гипертермией, анемией

4. геморрагическим синдромом

5.всем перечисленным

20. У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЯ К ПЕНИЦИЛЛИНУ. ЕМУ ПРОТИВОПОКАЗАН:

1. кларитромицин

2. гентамицин

3. нистатин

4. ампиокс

**Занятие 2.** Аллергические реакции к укусам кровососущих насекомых. Аллергия на яд жалящих насекомых.

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. ЗАДАЧАМИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ:

1. проведение Диаскин теста

2. специфическая диагностика

3. УЗИ диагностика

4. вакцинопрофилактика

5. постановки реакции Пирке

2. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ В УСЛОВИЯХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОДЛЕЖАТ БОЛЬНЫЕ С ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ:

1. использующие только методы неспецифической терапии

2. находящиеся в состоянии стойкой ремиссии > 1 года

3. страдающие сопутствующим туберкулезом

4. получающие специфическую иммунотерапию

5. имеющие онкологические заболевания

3. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ВЫЗЫВАЕТ:

1. укусы комаров

2. укусы клопов

3. контакт с тараканом

4. ужаление перепончатокрылыми

5. москиты

4. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ:

1. пероральным введением аллергена

2. аппликационным введением аллергена

3. подъязычным введением без проглатывания

4. парентеральным введением аллергена

5. введением методом кожных квадратов

5. АДРЕНАЛИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ:

1. дермографической крапивнице

2. ангионевротическом отеке Квинке

3. тепловой крапивнице

4.атопическом дерматите

5. хронической рецидивирующей крапивнице

6. В СЛУЧАЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВВОДЯТ:

1. глюкокортикостероиды

2. антигистаминные препараты

3. мезатон

4. адреналин

5. норадреналин

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1. генерализованная везикулезная сыпь

2. геморрагическая или папулезная сыпь

3. крапивница.

4. тошнота

5. анафилактический шок.

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1. генерализованная везикулезная геморрагическая или папулезная сыпь

2. ангионевротический отек

3. анафилактический шок.

4. приступы удушья

5. путанность сознания

9. К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТСЯ:

1. поллиноз

2. бронхиальная астма

3. крапивница

4. ангионевротический отек

5. все верно

10. ШОКОВЫМИ ОРГАНАМИ И ТКАНЯМИ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ (РЕАГИНОВОЙ) АЛЛЕРГИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ:

1. кожа, бронхи и легкие

2. почки

3. костная ткань

4. нервная ткань

11. В АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ:

1. антибиотики

2. портативный прибор для исследования ФВД

3. противошоковый набор

4. электрокардиограф

5. аппарат УЗИ

12. ЗАДАЧАМИ ВРАЧА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ:

1. консультации больных аллергическими заболеваниями

2. специфическая диагностика

3. специфическая иммунотерапия

4. верно все

13. ЧАЩЕ ВСЕГО АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ВЫЗЫВАЕТ:

1. укусы комаров

2. укусы клопов

3. контакт с тараканом

4. ужаление перепончатокрылыми

5. москиты

**14. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ИНСЕКТНОЙ АЛЛЕРГИИ:**

1. отек на месте укуса, [зуд кожных покровов](https://medcatalog24.ru/allergologiya/allergicheskij-zud/), [крапивница](https://medcatalog24.ru/allergologiya/krapivnitsa/);

2. нарушение работы желудка, кишечника: вздутие живота, рвота, понос, боль в желудке, ухудшение общего состояния;

3. сильный отек горла, губ, языка (если укус в рот или шею), которые могут спровоцировать затрудненное дыхание или одышку. При тяжелом состоянии возникает бронхоспазм и тахикардия (нарушение сердцебиения);

4. сильное головокружение, потеря сознания

5. все верно

**Занятие 3.**Сывороточная болезнь.

**2. Тестовый контроль**

Выберите один правильный ответ

1. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВВЕДЕНИИ СЫВОРОТКИ РАЗВИВАЕТСЯ:

1.на 3 - 5 - и день после введения сыворотки

2. на 8-10-й день после введения сыворотки

3. через 15-20 минут после введения сыворотки

4. через 6 часов после введения сыворотки

2. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПОВТОРНОМ ВВЕДЕНИИ СЫВОРОТКИ РАЗВИВАЕТСЯ:

1. через 20 минут после введения сыворотки

2. через 2 - 6 часов после введения сыворотки

3. на 3 - 5 - и день после введения сыворотки

4. на 8 - 10-й день после введения сыворотки

3. ПРИ ЛЕГКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. лихорадка

2. полилимфоаденопатия

3. гломерулонефрит

4. миокардит

4. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ:

1. Ig G  
2. Ig E  
3. комплементарная система  
4. Ig G, Ig М, Ig E, комплементарная система  
5. Ig А

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острая крапивница

2. температурная реакция

3. лимфаденопатия

4. все верно

5. нет правильного ответа  
  
6. ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ РАЗВИВАЕТСЯ СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ?

1  противостолбнячной сыворотки

2  столбнячного анатоксина

3  АКДС-вакцины

4. все верно

5. нет правильного ответа.

7. ПОНЯТИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ВКЛЮЧАЕТ:

1. аллергическую реакцию на медикаменты

2. токсическую реакцию на медикаменты

3. токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки

4. токсическую реакцию на белок чужеродной сыворотки

8. ПРОФИЛАКТИКОЙ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. постановка кожной пробы с сывороткой

2. конъюнктнвальный тест с сывороткой

3. назначение антигистаминных препаратов перед введением сыворотки

4. введение сыворотки по методу Безредко

9. АНАТОКСИНЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ:

1. ветряной оспы

2. кори

3. столбняка

4. полиомиелита

10. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГЕТЕРОГЕННЫХ (ЛОШАДИНЫХ) СЫВОРОТОК ЯВЛЯЕТСЯ:

1. поллиноз

2. пищевая аллергия к рыбе

3. лекарственная аллергия к пенициллину

4. эпидермальная аллергия к перхоти лошади

11.  ВАКЦИНАЦИЯ - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ:

1.  первичной профилактики

2.  вторичной профилактики

3.  третичной профилактики

12. МОЖЕТ ЛИ РАЗВИТЬСЯ СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СЫВОРОТКИ?

1. Да

2. Нет

13. АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ, РАЗВИВАЮЩИМИСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО III ТИПУ ИМУННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. миастения гравис

2. сывороточная болезнь

3. иммунный агранулоцитоз

4. аутоиммунная гемолитическая анемия

14. АЛЛЕРГЕН ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЕТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА:

1. аллергеном из домашней пыли

2. аллергеном из пера подушки

3. аллергеном из пыльцы тополя

4. противостолбнячной сывороткой

5. аллергенами непатогенных плесневых грибов

15. БОЛЬНЫМ ЭПИДЕРМАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕЛЬЗЯ ВВОДИТЬ:

1. антирабический гамма-глобулин

2. живую гриппозную вакцину

3. столбнячный анатоксин

4. противостолбнячную сыворотку

5. пенициллин

16. СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ:

1. антибиотиков

2. противостолбнячной сыворотки

3. водносолевых экстрактов аллергенов

4. столбнячного анатоксина

5. инсулина

17. КОЖНЫЕ ПРОБЫ С ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ СЫВОРОТКОЙ ПОЗВОЛЯЮТ ВЫЯВИТЬ АНТИТЕЛА:

1. к аллергену перхоти лошади

2. к ПСС класса IgG

3. к аллергену мяса птицы

4. к ПСС класса IgE

5. кo всем перечисленным аллергенам

18. ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ:

1. аллергическую наследственность

2. профессиональные факторы

3. влияние пыльцы

4. влияние бытовых факторов

5. все верно

19. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ АЛЛЕРГИЗИРУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ ОБЛАДАЮТ ВАКЦИНЫ

1. против полиомиелита

2. БЦЖ

3. против эпидемического паротита

4. АКДС

5. АДС

20. В АССОЦИИРОВАННОМ ПРЕПАРАТЕ АКДС ТОКСИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НАИБОЛЕЕ ПРИСУЩИ

1. дифтерийному анатоксину

2. столбнячному анатоксину

3. всем перечисленным

4. коклюшному компоненту вакцины

5. всем, кроме коклюшного компонента

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра детские болезни

направление подготовки по специальности ординатуры

**31.08.26** Аллергология и иммунология

дисциплина Аллергология и иммунология

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**I.ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Характеристика различных классов иммуноглобулинов. Секреторные IgА. Строение, роль в формировании местного иммунитета.

2. Факторы риска БА. Возрастные особенности клиники. Классификация БА.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**Ситуационная задача**

Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

**Анамнез заболевания:** с 2 лет стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год). ОРВИ сопровождались навязчивым кашлем, одышкой. В 3 года во время ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией беродуала. В дальнейшем приступы повторялись каждые 3-4 месяца, были связаны с ОРВИ, контактом с кошкой. Назначен монтелукаст 5 мг в форме жевательной таблетки, получал не регулярно.Настоящее заболевание началось 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°С отмечались насморк, чихание; затем присоединился приступообразный кашель, затрудненное дыхание в связи с чем ребенок был госпитализирован.

**Анамнез жизни:** Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 50 см. С 4 месяцев на искусственном вскармливании. С 5 месяцев атопический дерматит. Семейный анамнез: у матери ребенка -поллиноз, у отца и деда по отцовской линии - бронхиальная астма.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Температура тела 36,9°С, сухой кашель. Дыхание свистящее, выдох удлинен. ЧД - 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, при аускультации с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы на выдохе. Выдох удлинен. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание безболезненное.

**Данные лабораторных исследований:**

**ОАК:** Нb - 120 г/л, эр – 4,6х1012/л, лейк – 4,8х109/л, п/я – 3%, с/я –51%, л –28%, э – 8%, м – 10%, СОЭ – 5 мм/час.

***Рентгенограмма органов грудной клетки:*** легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

**Вопросы к ситуационной задаче.**

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации.

2. Составьте план дополнительного обследования

3. Составьте план лечения

4. Составьте план диспансеризации и реабилитационных мероприятий

Заведующая кафедрой детских болезней,

д.м.н., профессор Попова Л.Ю.

Декан факультета подготовки кадров Ткаченко И.В

высшей квалификации к.м.н., доцент

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

*(заполняется для дисциплин по ФГОС 3+)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 | Знать:  основные мыслительные операции анализ и синтез, сравнение, абстракция (отвлечение), обобщение, конкретизация, систематизация (классификация) и их роль в клиническом поиске | вопросы №36,45,62,65,66,67, 98,  75,101,107,110,129, 142,148 |
| Уметь: выявлять ведущие клинические синдромы основных иммунозависимых заболеваний и состояний | практические задания:  ситуационная задача №5,8,18,24,31,32,33 |
| Владеть:  навыками последовательного сбора клинической информации при основных имунозависимых заболеваниях и состояниях, ее накопления и фиксации.  Владеть:навыками дедуктивного мышления при группировке клинической информации в синдромы и синдромокомплексы | практические задания:ситуационная задача №5,8,18,24,31,32,33 |
| 2 | ПК-1 | Знать:  эпидемиологию иммуноопосредованных заболеваний.  Знать:  содержание понятий здоровья, адаптации, здорового образа жизни, качества жизни.  Знать:  основные направления в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни | Вопросы  №54,90,91,92,93,94,95,  96,110,1283133,134,135,136,151,152,169. |
| Уметь:охарактеризовать и оценить уровни организации иммунной системы человека, оценить медиаторную роль цитокинов, обосновать необходимость клиникоиммунологического обследования больного, интерпретировать результаты оценки иммунного статуса.  Уметь:анализировать закономерности функционирования иммунной системы в норме и при формировании иммунопатологических процессов | практические задания №1,2,3,4.  Ситуационные задачи  № 1, 2,3,4,5,6,7. |
| Владеть:  алгоритмом постановки иммунологического диагноза | практические задания №4  Ситуационные задачи: № 1,2,3,4,5,6,7 |
| 3 | ПК-2 | Знать:  нозологические формы аллергических заболеваний, подлежащих диспансеризации у врача-аллерголога.  Знать: критерии эффективности диспансеризации больных аллергическими заболеваниями | Вопросы:  №91,92,110,135,136,  157,162. |
| Уметь: осуществлять динамическое наблюдение  за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-аллерголога | практические задания:  ситуационная задача  № 1, 2,6,8,10 |
| Владеть:  способностью проводить диспансеризацию  и оценивать  ее эффективность  у больных с аллергическими заболеваниями | практические задания:ситуационная задача  №1, 2,6,8,10 |
| 4 | ПК-5 | Знать:  методы оценки иммунного статуса  Знать:этиологические факторы, эпидемиологию, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностику аллергических заболеваний  Знать:принципы диагностики, дифференциальнуюдиагностику аллергических заболеваний | вопросы №  1-47,50-61, 66-74, 79,83,  93-99,106,109,110,  112,117,120-126,  130,143,144,147-149,154,155,158-60,  162-164,166-167, 171 |
| Уметь:  определять показания  для проведения  специального аллергологического обследования  Уметь:  провести специфическую аллергологическую  диагностику и интерпретировать результаты  Уметь:  выявить характерные признаки аллергических  заболеваний | практические задания:ситуационные задачи  №.9,16,18-25,29,31-33. |
| Владеть:  техникой постановки кожных аллергологических проб.  Владеть: техникой проведения провокационных тестов (конъюнктивальныхназальных, ингаляционных, подъязычных).  Владеть: техникой проведения пикфлоуметрии.  Владеть: методами диагностики пищевой аллергии  с помощью элиминационных диет | практические задания:ситуационные задачи  №. 9,16,18-25,29,31-33. |
| 5 | ПК- 6 | Знать:  механизм клинической эффективности аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ), схемы проведения, показания и противопоказания к проведению, осложнения  Знать:принципы фармакотерапии аллергических заболеваний, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, показания и противопоказания к назначению, возможные осложнения, их профилактику | Вопросы№  48,49, 58,75-78,  81-89,106,114-116,  118-122,127,131,132,  139,140,146,150,156,  161,168,172. |
| Уметь: организоватьнеотложную помощь  Уметь:  определть показания к госпитализации и организовать ее  Уметь:  провести дифференциальную диагностику,  обосновать клинический диагноз, план ведения больного назначить необходимое лечение с учетом аллергенов, вызывающих аллергические реакции у данного больного | практические задания:ситуационные задачи  № 8, 10,11, 17, 20, 21,22,24,25,27,28,29,  30,31,32,33,34,35, 36,37,38,39, 40. |
| Владеть:  способностью оцениватьэффективность АСИТ  Владеть: навыками выявления ведущего клинического синдромау больного с неотложным состоянием | практические задания:ситуационные задачи  № 8, 10,11, 17, 20, 21,22,24,25,27,28,29,  30,31,32,33,34,35, 36,37,38,39, 40. |
| 6 | ПК- 8 | Знать:основы немедикаментозной терапии, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения больных аллергическими заболеваниями  Знать: основы рационального питания и диетотерапии больных аллергическими  заболеваниями  Знать: принципы  реабилитации больных | Вопросы №93,94,95,96,128,132,133,134,135,136,137,138,151,152,161,169. |
| Уметь:осуществлять меры по комплексной  реабилитации больного | практические задания ситуационные задачи №1-6,14,19,20-28,232-33. |
| Владеть: способностью осуществлять комплексную реабилитацию больного | практические задания ситуационные задачи №1-6,14,19,20-28,232-33. |
| 7. | ПК-9 | Знать: принципы проведениясанитарно-просветительной работы Знать:факторы окружающей среды, негативно влияющие на иммунную систему | вопросы № 56, 62, 92,112,128, 135 |
| Уметь проводить санитарно-просветительную работу среди населения  Уметь: организовать и провести образовательные программы для больныхаллергическими заболеваниями  Уметь:организовать школу здоровья  Уметь: подготовить методический материал для обучения пациентов  Уметь:формулировать цели лечения  Уметь:определять предполагаемый результат лечения, характер и преимуществаназначенного пациентулечения | практические задания ситуационные задачи №8-40. |
| Владеть:  и проводить образовательные программы для больных с аллергическими заболеваниями  Владеть: навыками эффективного общения с пациентом  Владеть:индивидуальными и групповымиметодами консультирования пациентов | практические задания ситуационные задачи №№8-40. |