1. Вопросы и тесты для государственной итоговой аттестации обучающихся по дисциплине «аллергология и иммунология»

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

1. Патогенез каких заболеваний основан на анафилактических реакциях?

1) поллиноз

2) крапивница

3) хронические неспецифические заболевания легких

4) гиперплазия тимуса

5) сахарный диабет

2. Механизмы гиперчувствительности немедленного типа лежат в основе:

1) бронхиальной астмы

2) аутоиммунной гемолитической анемии

3) контактного дерматита

4) экзогенного аллергического альвеолита

5) реакции Манту

3. Механизмы гиперчуствительности замедленного типа лежат в основе:

1) сывороточной болезни

2) гемолитической болезни новорожденного

3) контактного дерматита

4) туберкулиновой реакции

5) отека Квинке

4. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при астме:

1) ингаляционные кортикостероиды

2) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

3) пролонгированные β-агонисты

4) антагонисты кальция

5. Какие провокационные аллергические пробы целесообразно проводить при аллергических контактных дерматитах?

1) ингаляционные

2) интраназальные

3) конъюнктивальные

4) аппликационные

5) внутрикожные

6. Проявления атопического дерматита чаще провоцируются:
1) холодной погодой

2) горячей водой

3) расчесыванием

4) пищевыми аллергенами

5) инфекциями

7. Характерными признаками для сенсибилизации к бытовым аллергенам являются:

1) умеренная эозинофилия

2) аллергические проявления появляются, как правило, весной

3) аллергические проявления могут проходить при перемене места жительства

4) аллергические проявления могут возникать после уборки в квартире

5) сочетание с пищевой аллергией

8. Характерными признаками для аллергизации пыльцевыми аллергенами являются:

1) высокая эозинофилия

2) сезонность с частыми обострениями весной и летом

3) аллергия чаще всего проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома

4) аллергия чаще всего проявляется в виде дерматитов

5) обострения провоцируются гипервентиляцией

9. Аллергический ринит чаще бывает обусловлен сенсибилизацией:

1) пыльцой растений

2) солями тяжелых металлов

3) антигенами бактериальных капсул

4) бытовой пылью

5) пищевыми аллергенами

10. Показания к назначению местных глюкокортикоидов при аллергическом рините:

1) легкое течение

2) среднетяжелое течение

3) тяжелое течение

4) отсутствие сезонности

11. 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 дозу препарата следует постепенно снизить в 2-3 раза

5) при тяжелом непрерывном течении препарат можно давать до 2 лет

12. 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

13. Используя стабилизаторы мембран тучных клеток при аллергическом рините, следует помнить:

1) оптимальный курс 2-4 недели

2) длительность применения должна быть больше 2 месяцев

3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения

4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня

5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

14.Показания для СИТ при аллергическом рините:

1) круглогодичном течении

2) сезонном течении при наличии поливалентной сенсибилизации

3) совпадении аллергических проб и клинических данных

4) длительности заболевания не более 6 лет

5) отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

15. 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

16. Специфическая гипосенсибилизация показана:

1) при аллергии на пыльцу злаковых

2) для профилактики местной реакции на укусы пчел

3) при аллергии на пыльцу деревьев

4) для профилактики анафилаксии на укус осы

5) при аллергизации антигенами бытовых клещей

17. Что из перечисленного является прямым показанием для назначения глюкокортикоидов?

1) тяжелый астматический приступ

2) атопический дерматит, локализованная форма

3) синдром Стивена-Джонсона

4) анафилактический шок

5) легочный эозинофильный инфильтрат

18. Какие из приведенных фактов 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

5) заболевание передается воздушно-капельным путем

19. Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:
1) наличие выраженного аллергического компонента

2) приступы провоцируются физической нагрузкой

3) гормональная зависимость

4) астматические статусы в анамнезе

5) астма сочетается с тяжелым аллергодерматозом

20. Клинические признаки, ассоциированные с астмой:
1) аспирин может вызывать или усиливать проявления

2) единственным внешним проявлением может быть кашель

3) во время приступа хрипов в легких может не быть

4) отсутствие хрипов в легких во время приступа – хороший прогностический признак

5) приступы обычно сопровождаются субфебрилитетом

21. Признаки тяжелого астматического приступа:
1) цианоз

2) боли при глотании

3) PCO_2 более 40

4) величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной

5) заложенность носа и слезотечение

22. При астматическом статусе обязательно назначается:

1) внутривенное введение эуфиллина

2) оксигенотерапия

3) блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов

4) седативные препараты

5) гормоны парентерально

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

1) блокаторы Н1- гистаминовых рецепторов

2) оксигенотерапию

3) β_2-адреномиметики

4) β-блокаторы

5) кромогликат Na

24. Опасность развития астматического состояния связана с:

1) началом астмы в раннем возрасте

2) наличием в роду больных аллергическими заболеваниями

3) астматическими статусами в анамнезе

4) передозировкой ингаляционных β_2-адреномиметиков

5) поздним назначением системных глюкокортикоидов

25. Повышают риск развития бронхиальной астмы:

1) наличие астмы в семейном анамнезе

2) атопический дерматит в первые годы жизни

3) проживание в сельской местности

4) курение в семействе

5) преждевременное половое созревание

26. Необходимые исследования при постановке диагноза атопическая бронхиальная астма:

1) бронхоскопия

2) посев мокроты

3) спирография

4) кожные пробы с аллергенами (РАС тест)

5) определение Т- и В-лимфоцитов в крови

27. Показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

1) легкое течение

2) выраженная сезонность

3) тяжелое течение

4) отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

5) астматический статус

28. Используя ингаляционные глюкокортикоиды при бронхиальной астме, следует помнить:

1) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты

2) частым осложнением является кандидоз слизистой

3) частым осложнением является нарушение прорезывания зубов

4) нельзя сочетать с адреномиметиками

5) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток

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

1) оптимальный курс 2-4 недели

2) длительность применения должна быть не меньше 2 месяцев

3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения

4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня

5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

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

1) длительность заболевания не более 3 лет

2) длительность заболевания более 3 лет

3) течение круглогодичное

4) течение сезонное

5) нет наследственной предрасположенности

31. Используя ингаляционные β_2-адреномиметики при бронхиальной астме, следует помнить:

1) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

2) следует давать только при наличии бронхиальной обструкции

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 полной ремиссии

32. 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

33. Показания к назначению системных глюкокортикоидов при бронхиальной астме:

1) длительность заболевания более 5 лет

2) астматический статус

3) отсутствие эффекта при применении ингаляционных глюкокортикоидов

4) отсутствие эффекта при применении адреномиметиков

34. Препараты, которые усиливают обструкцию в приступный период бронхиальной астмы:

1) ингибиторы АПФ

2) спазмолитики

3) транквилизаторы

4) β_2-адреноблокаторы

5) метилксантины

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

1) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, следует увеличить дозу

2) если в течение 2-х месяцев нет эффекта, нет смысла продолжать курс

3) назначается больше для профилактики

4) назначается больше для купирования приступа

5) может усилить бронхоспазм при обострении

36. Для аспириновой астмы характерно:

1) частое сочетание с полипозными риносинуситами

2) частое сочетание с язвенной болезнью

3) характерны ночные приступы

4) непереносимость НПВС

5) приступы могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда

37. Для астмы с преобладанием аллергического компонента характерно:

1) часто кожные пробы отрицательные

2) кожные пробы обычно положительные

3) частая причина - бытовая пыль

4) частая причина - пыльца растений

5) приступы провоцируются гипервентиляцией

38. 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

39. Для неаллергической бронхиальной астмы характерно:

1) часто кожные пробы отрицательные

2) часто приступы провоцирует острая респираторная инфекция

3) часто приступы провоцирует гипервентиляция

4) снижена чувствительность дыхательных путей к влажности и температуре

5) снижена чувствительность дыхательных путей к резким запахам

40. 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 лимфатико-гипопластическим диатезом

4) с экссудативно-катаральным диатезом в анамнезе

5) из неполных семей

41. Наиболее частыми причинами пищевой аллергии из приведенного перечня являются:

1) мясо кролика

2) рыба

3) молоко

4) арахис

5) картофель

42. Вследствие длительного применения адреномиметиков при бронхиальной астме вероятны следующие осложнения:

1) язвенная болезнь

2) остеопороз

3) кардиосклероз

4) синдром отмены

5) синдром рикошета

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

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

44. Укажите вид гиперчуствительности, который имеет ведущее значение при развитии ангионевротического отёка:

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

45. Укажите вид гиперчуствительности, который имеет ведущее значение при развитии крапивницы:

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

46. Укажите вид гиперчуствительности, который имеет ведущее значение при развитии сывороточной болезни:

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

47. Укажите вид гиперчуствительности, который имеет ведущее значение при развитии васкулитов:

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

48. Укажите вид гиперчуствительности, который имеет ведущее значение при развитии аллергического контактного дерматита:

1) реагиновый

2) цитотоксический

3) иммунокомплексный

4) клеточный

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

1) прямое воздействие ЛС на тучные клетки

2) активация системы комплемента с образованием анафилатоксинов С3а и С5а

3) прямая активация В-лимфоцитов и усиление синтеза реагиновых антител

4) активация экспрессии МНС-II на антигенпрезентирующих клетках

5) активация экспрессии МНС-I на антигенпрезентирующих клетках

50. Способствуют развитию аллергии на лекарственные средства (ЛС):

1) продолжительное лечение

2) высокие дозы ЛС

3) внутривенное введение ЛС

4) частые прерывистые курсы приема ЛС

5) прием ЛС без прикрытия блокаторами гистаминовых рецепторов

51. Немедленные генерализованные реакции по анафилактическому типу вызывают:

1) рентгеноконтрастные вещества

2) β-лактамные антибиотики

3) гетерогенные сыворотки

4) вакцины

5) нестероидные противовоспалительные

52. Немедленные генерализованные реакции по анафилактоидному типу вызывают:

1) рентгеноконтрастные вещества

2) β-лактамные антибиотики

3) гетерогенные сыворотки

4) вакцины

5) аспирин

53. 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) плазмаферез для удаления иммунных комплексов

5) интерферон для активации клеточного иммунитета

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

1) йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ

2) β-лактамных антибиотиков

3) гетерогенных сывороток

4) вакцин

5) миорелаксантов

55. Общие принципы профилактики лекарственной болезни:

1) прописывать медикаменты, строго оправданные клинической ситуацией

2) избегать полипрагмазии

3) тщательно собирать лекарственный анамнез

4) антибиотики назначать только в комплексе с антигистаминными препаратами

56. Укажите эффекты медиаторов аллергического воспаления:

1) местное расширение сосудов

2) повышение проницаемости сосудов

3) спазм гладкой мускулатуры

4) гиперпродукция слизи

5) раздражение нервных окончаний

57. Для наследственного ангионевротического отёка характерны:

1) нормальный уровень компонентов комплемента C_2, C_4 в сыворотке крови

2) сниженный уровень компонентов комплемента C_2, C_4 в сыворотке крови

3) нормальный уровень ингибитора C_1-эстеразы в сыворотке крови

4) сниженный уровень ингибитора C_1-эстеразы в сыворотке крови

58. Укажите характерные признаки аллергических реакций I-го типа:

1) в них участвуют Ig A, Ig M

2) в них участвует Ig E

3) клетки-мишени – базофилы, тучные клетки

4) клиника – анафилактический шок, крапивница, бронхиальная астма

5) клиника – сывороточная болезнь, аллергический альвеолит, ревматоидный артрит

59. Мероприятия, которые проводятся с целью профилактики атопических заболеваний:

1) профилактические прививки

2) запрещение браков между аллергиками

3) грудное вскармливание не менее 6 месяцев

4) элиминация облигатных пищевых аллергенов из диеты

5) элиминация бытовых вредностей (клещей, тараканов, плесени, сигаретного дыма и др.)

60. При лечении бронхиальной астмы у детей ингаляционные β_2-адреномиметики короткого действия можно применять:

1) не чаще 2-х раз в сутки

2) не чаще 3-4 раз в сутки

3) так часто, как этого требует состояние ребёнка

4) эти препараты нельзя использовать у детей

61. Эозинофилия является характерным признаком при:

1) бронхиальной астме

2) крапивнице

3) хронической надпочечниковой недостаточности

4) гельминтозах

62. Какие лекарственные средства используются при лечении крапивницы в первую очередь:

1) антилейкотриеновые препараты

2) гидрокортизон и препараты кальция

3) антигистаминные препараты

4) глюкокортикостероиды

63. Какие из перечисленных факторов индуцируют дегрануляцию базофилов и тучных клеток:

1) MHC-II в комплексе с антигеном

2) MHC-I в комплексе с антигеном

3) Ig E в комплексе с антигеном

4) Ig M в комплексе с антигеном

5) интерлейкин-8

64. Какие из перечисленных медиаторов содержатся в гранулах тучных клеток?

1) простагландины

2) гистамин

3) серотонин

4) цитокины

5) лейкотриены

65. Органами-мишенями при пищевой аллергии являются:

1) ЖКТ

2) кожа

3) органы дыхания

4) сердце

Ответы

К РАЗДЕЛУ АЛЛЕРГОЛОГИЯ

1 - 1, 2
2 - 1, 2, 4
3 - 3, 4
4 - 1, 2, 3
5 - 4
6 - 2, 3, 4, 5
7 - 3, 4
8 - 2, 3
9 - 1, 4
10 - 2, 3
11 - 2, 4, 5
12 - 1
13 - 2, 3
14 - 1, 2, 3
15 - 3
16 - 1, 3, 4, 5
17 - 1, 3, 4
18 - 1
19 - 3, 4
20 - 1, 2, 3
21 - 1, 3, 4
22 - 1, 2, 5
23 - 3
24 - 3, 4, 5
25 - 1, 2, 4
26 - 3, 4
27 - 3, 4
28 - 2
29 - 2, 3
30 - 3, 4
31 - 2
32 - 1, 3, 5
33 - 2, 3
34 - 1, 3, 4
35 - 2, 3
36 - 1, 4, 5
37 - 2, 3, 4
38 - 3
39 - 1, 2, 3
40 - 1, 3, 4
41 - 2, 3, 4
42 - 3, 5
43 - 2
44 - 1
45 - 1
46 - 3
47 - 3
48 - 4
49 - 1, 2
50 - 1, 2, 4
51 - 2, 3, 4
52 - 1, 5
53 - 1, 2, 3, 4
5**4** - 1, 5
55 - 1, 2, 3
56 - 1, 2, 3, 4, 5
57 - 2, 4
58 - 2, 3, 4
59 - 3, 4, 5
60 - 2
61 - 1, 2, 3, 4
62 - 3
63 - 3
64 - 2, 3
65 - 1, 2, 3

ИММУНОЛОГИЯ

1. Укажите центральные органы иммунногенеза:

1) тимус

2) костный мозг

3) пейеровы бляшки

4) селезенка

5) лимфоглоточное кольцо

2. Какие клетки продуцируют антитела?

1) мастоциты

2) В-лимфоциты

3) Т-лимфоциты

4) плазматические клетки

5) эозинофилы

3. Образование антител в организме угнетается при:

1) дефиците натуральных киллеров

2) дефиците CD8+ лимфоцитов

3) дефиците Т-хелперов 1 типа

4) дефиците Т-хелперов 2 типа

5) В-иммунодефицитах

4. Аутоантитела в высоких титрах чаще выявляются при следующих заболеваниях:

1) системные заболевания соединительной ткани

2) бронхиальная астма

3) неспецифический язвенный колит

4) тиреоидит Хашимото

5) болезнь Брутона

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

1) острые инфекционные заболевания

2) иммунодефицитные состояния

3) лимфопролиферативные заболевания

4) аллергические заболевания

5) СПИД

6. Что из перечисленного ниже является физиологической особенностью новорожденного?

1) низкая переваривающая способность фагоцитирующих клеток

2) низкая активность системы комплемента

3) низкая способность к выработке интерферона

4) низкий уровень синтеза иммуноглобулинов

5) низкая концентрация Ig G в крови

7. 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

8. Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:

1) цитомегаловирусная инфекция

2) иерсиниоз

3) риккетсиоз

4) кандидоз слизистых

5) саркома Капоши

9. Что характерно для ВИЧ-инфекции у детей?

1) хроническая диарея

2) дистрофия

3) хроническая лимфаденопатия

4) хронический пиелонефрит

10. Антинуклеарные антитела и ревматоидный фактор наиболее часто ассоциируются со следующими заболеваниями:

1) ревматоидный артрит

2) синдром Шегрена

3) системная красная волчанка

4) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

5) аутоиммунный тиреоидит

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

1) дистрофии

2) авитаминозы

3) нефротический синдром

4) экссудативная энтеропатия

5) атопический дерматит

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

1) снижена устойчивость к токсоплазменной инфекции

2) снижена устойчивость к стафилококкам и пневмококкам

3) снижена устойчивость к стрептококкам и инфлюэнце

4) снижена устойчивость к синегнойной палочке

5) снижена устойчивость к рикетсиям

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

1) возможны аутоиммунные синдромы

2) рецидивирующие заболевания ЛОР органов

3) склонность к вирусным заболеваниям

4) рецидивирующие заболевания органов дыхания

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

1) чаще болеют девочки

2) гипоплазия тимуса

3) гнойничковые поражения кожи

4) склонность к гипертермическим реакциям

5) панцитопения

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

1) болеют мальчики

2) болеют девочки

3) гипоплазия лимфатических узлов и миндалин

4) гипоплазия тимуса

5) Витилиго

16. Какие из перечисленных заболеваний характерны для болезни Брутона:

1) склонность к вирусному гепатиту

2) склонность к грибковым заболеваниям

3) часто развивается волчаночный синдром

4) частые лимфомы и лейкозы

5) высокий риск заболевания туберкулезом

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

1) повышен уровень плазматических клеток

2) повышен уровень Ig E и Ig M

3) снижено содержание Ig всех классов

4) снижен уровень Т-хелперов 1-го типа

5) практически отсутствуют В-лимфоциты

18. Какие из перечисленных лабораторных проявлений более характерны для синдрома «избирательного дефицита Ig A»:

1) повышен уровень Ig E и Ig M

2) снижен уровень В-лимфоцитов

3) снижен уровень плазматических клеток

4) снижен уровень Т-хелперов 2-го типа

5) существенно снижен уровень Ig A

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

1) склонность к инфекционным поражениям оболочек мозга

2) склонность к рецидивирующим инфекциям верхних дыхательных путей

3) склонность к бронхиальной обструкции

4) склонность к инфекционным поносам

5) склонность к инфекционным заболеваниям мочеполовой системы

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

1) склонность к острому тяжелому течению условно-патогенных инфекций

2) склонность к хроническому прогрессирующему течению условно-патогенных инфекций

3) склонность к гипертермическим реакциям

4) склонность к онкопатологии

5) склонность к ожирению

21. Что характерно для больных с тяжелыми комбинированными иммунодефицитами:

1) анергия при кожных аллерготестах

2) гиперэргические местные реакции при введении антигена

3) повышенный риск реакции «трансплантат против хозяина»

4) вакцинация БЦЖ может вызывать заболевание

5) вакцинация полиомиелита может вызывать поражение мозга

22. Какие клинические проявления более характерны для тяжелых комбинированных иммунодефицитов:

1) истощение

2) деформации скелета

3) задержка физического развития

4) хроническая диарея

5) склонность к судорожным реакциям

23. Какие из перечисленных лабораторных проявлений характерны для синдрома Вискотта-Олдрича:

1) эритроцитоз

2) тромбоцитопения

3) повышен уровень Ig G

4) снижен уровень Ig M

5) повышен уровень Ig E и Ig A

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

1) склонность к грибковым заболеваниям

2) экзематозный дерматит

3) склонность к системной герпетической инфекции

4) склонность к лимфопролиферативной неоплазии

5) склонность к гноеродной инфекции

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

1) декстрапозиция сердца

2) тетания

3) снижение эозинофилов

4) снижение Т-лимфоцитов

5) снижение Ig M и повышение Ig A

26. Какие из перечисленных заболеваний характерны для синдрома Ди Джорджи (гипоплазия тимуса):

1) деструктивные стафилококковые инфекции

2) системные герпетические инфекции

3) пневмоцистные пневмонии

4) системные цитомегаловирусные инфекции

5) гнойничковые поражения кожи лица и туловища

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

1) атаксия

2) тетания

3) кожно-глазные формы телеангиоэктазии

4) ускоренное половое созревание

5) склонность к онкопатологии

28. Какие из перечисленных проявлений более характерны для обычных вариабельных иммунодефицитов (нарушение созревания плазматических клеток):

1) проявляется у детей с первых дней жизни

2) чаще проявляется у подростков и взрослых

3) гиперплазия лимфоидных узлов и селезенки

4) повышен уровень Ig M

5) эозинофилия

29. Какие из перечисленных заболеваний более характерны для обычных вариабельных иммунодефицитов (нарушение созревания плазматических клеток):

1) неказеозные гранулемы во внутренних органах

2) анемия Аддисона-Бирмера

3) ревматоидный артрит

4) целиакия

5) нет склонности к лимфопролиферативным заболеваниям

30. Какие из перечисленных заболеваний более характерны для дефектов классического пути активации комплемента:

1) инфекции вирусной этиологии

2) гноеродные инфекции

3) грибковые инфекции

4) волчаночный синдром

5) системный васкулит с волдырной сыпью

31. Какие из перечисленных заболеваний более характерны для дефектов альтернативного пути активации комплемента:

1) инфекции вирусной этиологии

2) гноеродные инфекции

3) грибковые инфекции

4) сальмонеллез

5) аллергические заболевания

32. Какие из перечисленных заболеваний более характерны для дефектов активации C_5 – C_9 компонентов комплемента:

1) рецидивирующие инфекции вирусной этиологии

2) рецидивирующая менингококковая инфекция

3) рецидивирующая гонококковая инфекция

4) рецидивирующие грибковые инфекции

5) гноеродные инфекции

33. Показания к назначению препаратов бактериальных липополисахаридов (бронхомунал, бронховаксом, рибомунил, пирогенал и т.п.):

1) в комплексной терапии острых вирусных инфекций

2) в комплексной терапии затяжных гнойных инфекций кожи

3) в комплексной терапии затяжных и хронических заболеваний легких

4) в комплексной терапии затяжных вирусных инфекций

5) в комплексной терапии первичных иммунодефицитов

34. Показания к назначению α и β-интерферонов:

1) опоясывающий лишай

2) меланома

3) хронический гепатит

4) болезнь Брутона

5) рак молочной железы

35. Механизм действия тимических гормонов:

1) стимуляция созревания В-лимфоцитов

2) прямая стимуляция фагоцитоза

3) стимуляция созревания CD4+ лимфоцитов

4) прямая стимуляция плазматических клеток

5) стимуляция созревания CD8+ лимфоцитов

36. Показания к назначению тимических гормонов:

1) аллергические заболевания

2) комбинированные иммунодефициты

3) дефекты системы комплемента

4) приобретенные иммунодефициты

37. Прямые показания к назначению производных мурамилдипептида (ликопид, ромуртид):

1) в комплексной терапии острых и хронических вирусных инфекций

2) в комплексной терапии острых и затяжных гнойно-воспалительных инфекций

3) в комплексной терапии острых, затяжных и хронических заболеваний легких

4) иммунопрофилактика простудных заболеваний у ЧДБ детей

5) в комплексной терапии аллергических заболеваний

38. Прямые показания к назначению препаратов из грибов и дрожжей (нуклеинат натрия, ридостин):

1) при лейкопении

2) в комплексной терапии затяжных гнойных инфекций кожи

3) в комплексной терапии долго не заживающих язв

4) в комплексной терапии аутоиммунных заболеваний

5) в комплексной терапии лимфопролиферативных заболеваний

39. Показания к назначению препаратов, содержащих иммуноглобулины:

1) острый период инфекционных заболеваний

2) профилактика простудных заболеваний

3) иммунокомплексные заболевания

4) первичные иммунодефициты

40. Факторы естественного (врожденного иммунитета):

1) система комплемента

2) нейтрофилы

3) лимфоциты

4) Ig G1

5) Ig M

41. В адаптивном иммунном ответе основную роль играют:

1) система комплемента

2) нейтрофилы

3) Т-лимфоциты

4) Ig G1

5) Ig M

42. Свойства Ig A:

1) блокирует прикрепление бактерий к эпителиальным клеткам

2) инициирует дегрануляцию тучных клеток

3) активирует комплемент

4) имеет высокий аффинитет

5) выступает в качестве опсонина

43. Свойства Ig G:

1) блокирует прикрепление бактерий к эпителиальным клеткам

2) инициирует дегрануляцию тучных клеток

3) активирует комплемент

4) имеет высокий аффинитет

5) выступает в качестве опсонина

44. Свойства Ig M:

1) блокирует прикрепление бактерий к эпителиальным клеткам

2) инициирует дегрануляцию тучных клеток

3) активирует комплемент

4) имеет высокий аффинитет

5) выступает в качестве опсонина

45. Свойства Ig E:

1) блокирует прикрепление бактерий к эпителиальным клеткам

2) инициирует дегрануляцию тучных клеток

3) активирует комплемент

4) имеет высокий аффинитет

5) выступает в качестве опсонина

46. При внеклеточной локализации патогена основную роль в иммунном ответе играют:

1) CD4+ лимфоциты 1-го типа

2) CD4+ лимфоциты 2-го типа

3) CD8+ лимфоциты

4) В-лимфоциты

47. При внутриклеточной локализации патогена основную роль в иммунном ответе играют:

1) эозинофилы

2) CD4+ лимфоциты 1-го типа

3) CD4+ лимфоциты 2-го типа

4) CD8+ лимфоциты

5) В-лимфоциты

48. При внеклеточной локализации патогена основную роль в иммунном ответе играют:

1) иммуноглобулины

2) система комплемента

3) интерфероны

49. При внутриклеточной локализации патогена основную роль в иммунном ответе играют:

1) иммуноглобулины

2) система комплемента

3) интерфероны

50. Живые аттенуированные вакцины:

1) коревая

2) паротитная

3) против краснухи

4) БЦЖ

5) против гепатита В

51. Прием глюкокортикоидов вызывает:

1) снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет Т-клеток

2) снижение числа лимфоцитов, преимущественно за счет В-клеток

3) снижение числа нейтрофилов в крови

4) подавление миграции нейтрофилов в ткани

5) снижение числа эозинофилов и базофилов в крови

52. Иммунодепрессивное влияние оказывают:

1) препараты пенициллинового ряда

2) тетрациклин

3) эритромици

4) рифампицин

5) противогрибковые антибиотики

53. После крупных хирургических операций под наркозом:

1) снижается активность комплемента

2) снижается продукция антител

3) снижается продукция белков острой фазы воспаления

54. После массивных ожогов:

1) усиливается активность нормальных киллеров

2) стимулируется фагоцитоз

3) усиливается выработка аутоантител

4) снижается активность комплемента

5) снижается цитотоксичность Т-клеток

55. Показания к иммунокоррекции при иммунодефицитах (ИД):

1) наличие изменений в иммунограмме при отсутствии клинических проявлений ИД

2) наличие клинических проявлений ИД и изменений в иммунограмме

3) наличие клинических проявлений ИД при отсутствии изменений в иммунограмме

4) отсутствие клинических проявлений ИД и изменений в иммунограмме

56. К ответственным за иммунитет тканям относятся:

1) лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми

2) внутренние среды глаза

3) внутренние части семенников

4) базальная мембрана клубочков почек

5) фолликулы щитовидной железы

57. При органоспецифических аутоиммунных заболеваниях:

1) основную роль в иммунопатогенезе играет IV тип гиперчувствительности

2) основную роль в иммунопатогенезе играет III тип гиперчувствительности

3) злокачественное перерождение чаще происходит в органе-мишени

4) чаще развиваются лимфопролиферативные заболевания

5) основа терапии – подавление воспаления и синтеза антител

58. При системных аутоиммунных заболеваниях:

1) основную роль в иммунопатогенезе играет IV тип гиперчувствительности

2) основную роль в иммунопатогенезе играет III тип гиперчувствительности

3) злокачественное перерождение чаще происходит в органе-мишени

4) чаще развиваются лимфопролиферативные заболевания

5) основа терапии – подавление воспаления и синтеза антител

59. К органоспецифическим аутоиммунным заболеваниям относятся:

1) инсулинзависимый сахарный диабет

2) системная красная волчанка

3) дерматомиозит

4) тироидит Хашимото

5) болезнь гиалиновых мембран

60. К системным аутоиммунным заболеваниям относятся:

1) инсулинзависимый сахарный диабет

2) системная красная волчанка

3) дерматомиозит

4) тироидит Хашимото

5) болезнь гиалиновых мембран

61. Иммуноглобулины какого класса проходят через плацентарный барьер?

1) Ig A

2) Ig M

3) Ig G

4) Ig E

5) Ig D

62. Вирус иммунодефицита человека поражает:

1) нейтрофилы

2) макрофаги

3) В-лимфоциты

4) Т-хелперы

5) эритроциты

63. К мононуклеарным фагоцитам относятся:

1) лимфоциты

2) клетки Купфера

3) остеокласты

4) гистиоциты

5) тучные клетки

64. Укажите CD-маркеры Т-хелперов:

1) CD 4

2) CD 8

3) CD 19

4) CD 3

65. Укажите CD-маркеры цитотоксических Т-лимфоцитов:

1) CD 4

2) CD 8

3) CD 19

4) CD 3

66. Какие препараты относятся к группе интерферонов?

1) реальдирон

2) интрон

3) циклоферон

4) ликопид

5) ронколейкин

67. Какие препараты являются индукторами интерферонов?

1) циклоферон

2) рибомунил

3) амиксин

4) нуклеиновые кислоты и их производные (полудан, ридостин, др.)

5) тималин

68. К иммуномодуляторам микробного происхождения относятся:

1) рибомунил

2) ИРС-19

3) полиоксидоний

4) ликопид

5) бронхомунал

69. Укажите тимические препараты:

1) ликопид

2) имунофан

3) тималин

4) ронколейкин

5) тактивин

70. Укажите препараты иммуноглобулинов для внутривенного применения:

1) пентаглобин

2) цитотект

3) КИП

4) октагам

5) сандоглобин

71. К основным принципам иммуномодулирующей терапии больных с вторичными иммунодефицитами (ВИД) относятся:

1) иммуномодуляторы назначаются при наличии клиники ВИД

2) иммуномодуляторы назначаются только при лабораторном подтверждении ВИД

3) иммуномодуляторы (как правило) не используются в виде монотерапии, а являются составной частью комплексного лечения

4) иммуномодуляторы назначаются после проведения курса антибиотикотерапии

5) иммуномодуляторы целесообразно назначать параллельно с лечением антибиотиками, противовирусными или противогрибковыми препаратами

72. Пациенту, инфицированному M.tuberculosis, выполнили туберкулиновую пробу. Какие клетки инфильтрируют кожу через 48 часов в месте проведения пробы?

1) эозинофилы

2) Т-хелперы

3) В-лимфоциты

4) макрофаги

5) тучные клетки

73. Какие клетки крови в наибольшей мере подвержены иммуносупрессивному действию глюкокортикоидов?

1) нейтрофилы

2) эритроциты

3) тромбоциты

4) лимфоциты

5) макрофаги

74. Какой первичный иммунодефицит встречается наиболее часто в европейской популяции?

1) болезнь Брутона

2) общий вариабельный иммунодефицит

3) селективный дефицит Ig A

4) тяжёлый комбинированный иммунодефицит

5) хроническая гранулематозная болезнь

75. Какой вариант иммунограммы подходит для здорового новорожденного ребенка?

1) Ig G – 12,0 г/л, Ig M – 2,1 г/л, Ig A – 3,5 г/л

2) Ig G – 12,0 г/л, Ig M – 0,1 г/л, Ig A – 3,5 г/л

3) Ig G – 12,0 г/л, Ig M – 0,1 г/л, Ig A – 0,1 г/л

4) Ig G – 0,3 г/л, Ig M – 0,1 г/л, Ig A – 0,1 г/л

76. Антигенпрезентирующие клетки, активирующие Т-хелперы, обязательно экспрессируют на своей поверхности:

1) Ig E

2) γ-интерферон

3) MHC-I

4) MHC-II

5) FcεR2

77. Какой из перечисленных механизмов объясняет связь между воспалением в миокарде и инфекцией, вызванной β-гемолитическим стрептококком:

1) стрептококковый антиген индуцирует появление антител, перекрестно реагирующих с миокардом

2) стрептококк вызывает поликлональную активацию В-клеток

3) стрептококковый антиген связывает Ig E на поверхности кардиомиоцитов и блокирует кальциевые каналы

4) стрептококки фагоцитируются нейтрофилами, что приводит к высвобождению ферментов, поражающих стенки капилляров в миокарде

78. Укажите первичные иммунодефициты, сцепленные с полом:

1) агаммаглобулинемия Брутона

2) синдром Вискотта-Олдрича

3) синдром Ди-Джоржи

4) хроническая гранулематозная болезнь

5) тяжёлый комбинированный иммунодефицит

79. Какие клетки продуцируют цитокины?

1) лимфоциты

2) моноциты

3) эозинофилы

4) нейтрофилы

80. В каком возрасте концентрация Ig G у детей такая же, как у взрослых:

1) в период новорожденности

2) в возрасте 3-6 месяцев

3) в возрасте 1-3 года

4) в возрасте 5-6 лет

5) в возрасте 6-12 лет

81. Против каких инфекций новорожденный ребенок имеет высокий титр антител?

1) вируса гриппа А2

2) вируса полиомиелита

3) токсинов дифтерийной палочки

4) токсинов столбняка

5) кишечной палочки

82. В каком возрасте концентрация Ig A у детей такая же, как у взрослых:

1) в период новорожденности

2) в возрасте 3-6 месяцев

3) в возрасте 1-3 года

4) в возрасте 4-9 лет

5) в возрасте 10-15 лет

83. Морфофункциональные особенности тимуса у лиц пожилого возраста:

1) происходит гиперплазия коры тимуса

2) утрачиваются эпителиальные и лимфоидные клетки

3) повышается пропускная способность для лимфоцитов

4) снижается секреция тимулина

5) снижается продукция белков острой фазы воспаления

84. Для иммунного статуса пожилых лиц характерно:

1) снижена численность Т-лимфоцитов

2) снижена численность В-лимфоцитов и NK-клеток

3) повышена активность фагоцитов

4) повышена концентрация Ig A

5) определяется повышенный титр аутоантител

85. Изменения иммунного статуса у лиц пожилого возраста создают предрасположенность к:

1) ожирению

2) аутоиммунным процессам

3) опухолевому росту

4) аллергическим заболеваниям

86. Решающую роль в предотвращении иммунной реакции отторжения плода во время беременности играют:

1) барьерная функция трофобласта

2) отсутствие на трофобласте свободных для распознавания HLA антигенов матери и плода

3) синтез в матке и плаценте блокирующих антител против HLA-антигенов на клетках эмбриона и плаценты

4) фетальные антигены (фетопротеины)

5) эстрогены

87. При нормально протекающей беременности в крови у женщины наблюдается:

1) активация макрофагов

2) снижение уровня Ig G

3) умеренное увеличение уровня Ig A и Ig M

4) угнететение функции нейтрофилов

88. В развитии аллергии на лекарства участвуют:

1) Ig E - зависимые реакции

2) цитотоксические реакции

3) Т-клеточные реакции

4) иммунокомплексные реакции

89. Псевдоаллергические реакции на лекарства могут вызываться:

1) нестероидными противовоспалительными препаратами

2) местными анестетиками

3) рентгеноконтрастными веществами

4) плазмозамещающими декстриновыми растворами

5) антисыворотками

90. Перекрестные аллергические реакции на лекарства возникают вследствие:

1) повышенной чувствительности к химическим веществам, имеющим схожую структуру

2) подкожного введения препарата

3) одновременного введения более 2-х препаратов

4) введения больших доз

91. Клиническими проявлениями лекарственной непереносимости могут быть:

1) эритремия

2) неревматический кардит

3) панкреатиты

4) гепатиты

5) гломерулонефриты

92. Самый надежный способ предотвращения поствакцинальных реакций у лиц с отягощенным аллергоанамнезом:

1) не вакцинировать

2) предварительно провести аллергообследование (лабораторные и кожные тесты) с данной вакциной и куриным белком

3) назначить диету

4) предварительно ввести антигистаминные и глюкокортикоиды

5) вводить вакцину малыми дозами

93. Высыпания на коже в сочетании с эозинофилией в анализе крови с большей вероятностью указывают на наличие:

1) паразитарных инвазий

2) аутоиммунных заболеваний

3) лекарственной аллергии

4) стафилококковых инфекций

94. Лабораторное обследование больного на лекарственную аллергию необходимо:

1) при наличии в анамнезе шока на неизвестный препарат

2) при аллергических поражениях кожи и необходимости применения потенциально аллергенных препаратов

3) при подозрениях на висцеральные формы лекарственной аллергии

4) при неясных случаях для диагностики

95. Для купирования проявлений лекарственной аллергии (крапивницы, дерматита и др.) необходимо:

1) ввести хлористый кальций внутривенно

2) назначить перорально димедрол

3) провести десенсибилизацию

4) ввести антигистаминный препарат в/м и преднизолон

5) вызвать аллерголога

Ситуационные задачи

1.Задача.
Больная Э., 18 лет, на фоне приема анальгина по поводу головных болей почувствовала резкое ухудшения самочувствия. Усилились головные боли, возникли насморк, слезотечение, светобоязнь поднялась t- до 38 ^{0} С, появились высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, отмечалось поражение слизистых носа, ротовой полость, глаз. На второй день от появления симптомов – сонливость, спутанность сознания, жажда, отечность лица, t- до 40 ^{0} С, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей.
Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5°. Кожа и слизистые с желтоватым оттенком. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, на животе, бедрах множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта, носа, конъюнктивы глаз, резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД -100/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, чистые, В легких дыхание везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Пастозность лица.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме и способах оказания доврачебной помощи.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о принципах лечения.

2. Задание
Больной, возраст - 10 лет, страдающий аллергической БА (бытовая сенсибилизация) с достигнутым контролем симптомов астмы на фоне низких доз ГКС (пульмикорт 100 мкг/день). Посещает общеобразовательную школу, где планируется сезонная вакцинация от гриппа (гриппол).
Вопросы:
1. Показана ли вакцинация этому больному?

2. Какие данные анамнеза имеют значение для введения данной вакцины?

3. Условия вакцинации детей с аллергопатологией?

3. Задача

Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. Кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет.

Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2°. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица –губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от зродовых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Ps-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Тактика ведения больной на данном этапе.

3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

4. Задача

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

1. Предположительный диагноз.

2. Тактика ведения больного на данном этапе.

3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

5. Задача

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

На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм.
По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия.
Клинический анализ крови: эр- 3,5 $*10^{12}$/л, Hb-140г/л, лейк- $8*10^{9}$/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.
Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

4. План лечения.

6. Задача

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

1. Предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм диагностического поиска

3. Укажите возможные причины заболевания

4. Назовите принципы лечения.

7. Задача

Больной М., 48 лет. Поступил с жалобами прогрессирующую слабость, похудание, отеки ног, боли в мышцах, подъемы температуры тела до 38 ^{0} С, кожный зуд и сыпь на теле, приступообразный кашель, сопровождающиеся приступами удушья и отделением вязкой желтоватой мокроты, постоянное чувство тяжести в правом подреберье, в течение последнего месяца отмечает перебои в работе сердца, сердцебиение, появились отеки ног. Данные жалобы развивались постепенно в течение последних 5 лет. Жалоб со стороны органов зрения не отмечал. Из анамнеза известно, что 15 лет назад работал на Севере

(разнорабочий), где ел сырое мясо, употреблял в пищу собачье мясо. У некоторых лиц из его окружения позже выявляли глистную инвазию (какую не знает). Сам не обследовался, к врачам никогда не обращался. Курит около 30 лет. Наличие сенсибилизаций (бытовой, пищевой, пыльцевой, лекарственной, эпидермальной и др.) отрицает.
Объективно: Состояние средней тяжести, температура 37,4°. Кожа и слизистые иктеричные, обычной влажности, на спине, груди, животе, бедрах множественные папулы вторичными изменениями – шелушением, пигментацией, следами расчесов. ЧДД – 20 в минуту, АД -130/80 мм.рт.ст., Ps-98 ударов в минуту, аритмичный (до 10 экстрасистол в минуту). Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке с проведением в аксиллярную область. В легких дыхание жесткое, на выдохе свистящие хрипы, в нижних отделах – незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Перитониальных симптомов нет. Печень +7 см ниже реберной дуги. Отеки голеней и стоп.
Клинический анализ крови: эр- 3,5 *10^{12}/л, Hb-110г/л, лейк- 12*10^{9}/л, п-1, с-13, э-76, м-4, л-6, СОЭ-35мм/ч.
Вопросы:
1. Предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм диагностического поиска

3. Укажите возможные причины заболевания

4. Назовите принципы лечения.

8. Задача

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

2. Тактика ведения больного.

3. Неотложная терапия

4. Какие ошибки были допущены при проведении АСИТ?

9. Задача
Больная Н., 28 лет, работает операционной медсестрой. Обратилась с жалобами на появление в течение последних месяцев во время работы насморка, слезотечения, затрудненного дыхания, приступообразного кашля. Данные симптомы прогрессируют и значительно затрудняют выполнение профессиональных обязанностей. Временно

переведена на работу в канцелярию, где стала чувствовать себя лучше. В анамнезе – с детства непереносимость бананов, киви, персиков в виде орального аллергического синдрома (жжение во рту, высыпания вокруг рта, однократно- отек гортани).
Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4°. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания
4. Назовите принципы лечения.

10.Задача
Больная С., 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, потливость, одышку, покашливание, подъемы температуры тела до 38 ^{0} С. Больна в течение недели после переохлаждения. После осмотра и рентгенографии легких диагностирована пневмония в нижней доле правого легкого. Назначена антибактериальная терапия (цефалоспорины внутривенно). Самочувствие сначала улучшилось, но на 7-ой день лечения – резкое повышение Т тела до 40 ^{0} С, появились кровянистые выделения из носа, усилилась одышка , виде чувства нехватки воздуха, появились высыпания на стопах, голенях геморрагически- папулезного характера, появились боли и припухлость коленных и голеностопных суставов.
Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,8°. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, на коже голеней стоп «пальпируемая пурпура». В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. В носу турунды с небольшим количеством крови. Периферические лимфоузлы все группы увеличены до 2 см, плотно-эластичные, неспаянные, умеренно болезненные. ЧДД - 26 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-90 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание ослабленное, крепитирующие хрипы преимущественно в нижних отделах . Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Покраснение и припухлость коленных и голеностопных суставов, болезненность этих суставов.
На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 3-5 мм.
Клинический анализ крови: тр - $28*10^9$/л, эр- 3,5 $*10^{12}$/л, Hb-110г/л, лейк- $18*10^9$/л, п-1, с-45, э-7, м-8, л-39, СОЭ-45мм/ч.
Вопросы:

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

11. задача

Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от сальбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день.

У дочери 3 года – атопический дерматит . У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь).

Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне жесткого с удлиненным выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.

Вопросы

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

12.Задача

На прием к дерматологу обратилась девушка, 22 лет, с жалобами на незначительный зуд, шелушение, чувство стягивания и сухости кожи, потемнение ее в области локтей. Симптомы возникли и прогрессируют около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдались явления экземы (лицо, кисти рук) на пищевые аллергены (молоко). Свое состояние связывает с нервным перенапряжением во время сессии.

Объективно: процесс распространенный, локализуется преимущественно на коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, затылочной области и области декольте. Представлен в виде, слившихся в очаги, папул с экскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированны, инфильтрированы с элементами лихенификации и выраженным белым дермографизмом. Кожа сухая. На коже нижних век гиперпигментация и дополнительная складка Денни-Моргана. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Вопросы:

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

13. Задача

Больной А., 18 лет, студент, обратился к врачу в связи с появлением в течение последнего года высыпаний. Сыпь обычно возникает через 5-7 минут после физической нагрузки (бег, ходьба по лестнице, занятия в спортзале и пр.), в виде красных пятен и мелких волдырей, локализуется на лице, верхней половине груди и спины, иногда распространяется на живот, ягодицы, бедра, сопровождается сильным зудом и проходит через 1-3 часа после прекращения нагрузки. Накануне обращался к врачам скорой помощи в связи с впервые возникшим эпизодом головокружения с сильным слюнотечением, тошнотой, однократной рвотой, болями в животе, на фоне вышеописанных высыпаний. Связывает это состояние с сильными эмоциональными и физическими нагрузками (опаздывал на важный экзамен). Самочувствие улучшилось после внутривенного введения глюкокортикостероидов. На момент осмотра жалоб нет.

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

1. Предположительный диагноз. Что за эпизод ухудшения самочувствия имел место накануне?

2. Составьте план обследования.

3. Какие тесты являются основными для подтверждения диагноза.

4. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.

5. Назовите принципы лечения.

14. Задача

Больная С., 37 лет, предъявляет жалобы на высыпания в виде зудящих волдырей, появляющихся лице, кистях после контакта с холодом (холодный ветер, дождь, снег) при согревании, несколько раз в течение последнего месяца (февраль) отмечала ангиоотёки лица (веки, губы), что значительно ограничивало работоспособность. Однократно - через 15-20 минут после употребления холодной колы (в гостях у подруги) появилась осиплость голоса, кашель, затрудненное дыхание, в связи с чем обращалась в «скорую помощь». Врач диагностировал начинающийся отек гортани, от госпитализации отказалась, после проведенного лечения отек постепенно прошел. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсибилизации нет. Вредные привычки – отрицает. На момент осмотра высыпаний нет (на холоде не была, приехала на консультацию на такси).
Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4°. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.
Дункан-тест – положительный.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Опишите методику постановки дункан- теста.

4. Какие еще тесты могут быть использованы для подтверждения диагноза, если дункан-тест отрицательный.

5. Назовите принципы лечения.

15.Задача

Пациент К., 27 лет, краснодеревщик. Поступил с жалобами на приступы затрудненного дыхания, преимущественно выдоха, кашель с плохоотделяемой вязкой стекловидной мокротой. Приступы возникают чаще в ранние утренние часы.

Приступы удушья возникают около 3 лет, на фоне ОРВИ, при контакте с домашней пылью, резкими запахами. Не обследовался, по рекомендации знакомых использует ДАИ сальбутамол. Ухудшение самочувствия в течение недели, четко связать с чем-либо не может. Возможно простыл (отмечал явления ОРВИ – насморк, болезненность при глотании, познабливание) или на фоне использования нового клея на работе, появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. На второй день ночью развился приступ удушья, в связи с чем вызывал бригаду «скорой помощи». Приступ был купирован внутривенным введением преднизолоном и эуфиллином. От госпитализации отказался. С этого времени приступы удушья до 4 раз днем и 2 раз ночью, значительно возросла потребность в сальбутамоле. В анамнезе отек Квинке на новокаин, крапивница при употреблении морепродуктов, эпидермальную и пыльцевую сенсибилизацию отрицает. Вредные привычки –отрицает.

У сестры больного атопический дерматит. У сына (3 года) тоже атопический дерматит.

Объективно: состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. ЧД -24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, равномерно приглушены. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В **общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -4,3 $*10^{12}$, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 $*10^{9}$ п/я - 3%, с/я - 64%, эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

В **анализе мокроты:** характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

При **рентгенологическом исследовании легких:** свежие очаговые и инфильтративные изменения не обнаружены. Отмечается уплощение купола диафрагмы, повышение воздушности легочной ткани.

ФВД: ЖЕЛ - 87%, $ОФВ_1$- 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 -54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.

После беротека - ЖЕЛ - 89%, $ОФВ_1$- 72%, МОС 25 - 75%, МОС 50 -69%, МОС 75 - 50%, ОФВ/ФЖЕЛ - 88%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. Составьте план обследования.

3. Составьте план лечения.

16 Задача.

Пациент Ж., 48 лет, механик. Поступил в клинику с жалобами на приступы удушья до *3-4* раз в сутки в дневное и ночное время, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, заложенность носа, обильное отделяемое из носа.

Из анамнеза известно, что с детства беспокоит заложенность носа, усиливающаяся в весенний период. К врачам не обращался, самостоятельно использовал сосудосуживающие капли (эффект достигнут). В течение 20 лет курит по пачке сигарет в день. В последние пять лет часто болеет ОРЗ (3-4 раза в год). Ухудшение состояния в течение двух месяцев, когда после контакта с масляной краской впервые возник приступ затрудненного дыхания, прошедший самостоятельно. К врачам не обращался. Две недели назад заболел ОРЗ, появился кашель, вновь стало беспокоить затрудненное дыхание. Лечился самостоятельно, без эффекта. В последнюю неделю появились приступы удушья как в дневное, так и в ночное время, которые пациент купирует ингаляциями сальбутамола. В клинику поступил для обследования и лечения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. ЧД - 18 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук над легочными полями коробочный, без локальных изменений. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы в большом количестве. ЧСС - 86 в минуту. Тоны сердца ритмичные, на верхушке равномерно приглушены, акцент 2 тона над легочной артерией, шумов нет. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В **клиническом анализе крови:** гемоглобин - 160 г/л, эритроциты -$5{,}5*10^{12}$, лейкоциты - $4{,}5*10^{9}$. с/я - 63%, эозинофилы - 12%, лимфоциты - 21 %, моноциты - 4%, СОЭ - 12 мм/ч.

В **общем анализе мокроты:** консистенция вязкая, характер слизисто-гнойный, лейкоциты - 20^40 в поле зрения, эритроцитов нет, эозинофилы - 40-60 в поле зрения, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 3-5 в препарате, эластические волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

При **рентгенологическом исследовании легких:** повышение воздушности легочной ткани, уплотнение стенок бронхов.

ФВД: ЖЕЛ - 60%, ОФВ, - 68%, МОС 25 - 82%, МОС 50 -64%, МОС 75 - 46%.
После ингаляции 40 мкг атровента: ЖЕЛ - 65%, $ОФВ_1$ -82%, МОС 25 - 86%, МОС 50 - 78%, МОС 75 - 68%.

Вопросы:

1. Сформулируйте представление о больном, развернутый диагноз, оцените тяжесть течения заболевания.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Укажите принципы терапии данного заболевания.

---

17 Задача .

Больная А., 16 лет, доставлена в приемный покой, в связи с развившимся впервые в жизни приступом удушья. Врачом «спорой помощи» в/венно введен эуфиллин 2,4% - 10 мл – сохраняется затрудненное дыхание на выдохе и сухой кашель.

В анамнезе – в раннем детстве проявления пищевой аллергии на цитрусовые (рвота, понос, сыпь). С 10 лет стала отмечать насморк и слезотечение в весенние месяцы, мама давала кларитин, который быстро купировал эти проявления. Настоящее ухудшение в течение недели (с последних дней апреля), когда вновь появились и наросли (несмотря на прием кларитина) насморк, зуд и раздражение глаз. Утром по дороге на занятия почувствовала затрудненное дыхание, одышку, свисты и заложенность в груди, в связи с чем вызвала «скорую».

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отеков нет. Пульс – 90 уд/мин, ритмичный слабого наполнения, АД – 120/80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: не изменены. Тоны сердца: на верхушке 1 тон сохранен, акцент 2 тона над легочной артерией, шумов нет. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. ЧД – 22 в мин, при сравнительной перкуссии – перкуторный тон с коробочным оттенком. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, большое количество диффузных свистящих хрипов. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не выступает из-под края реберной дуги.

Клин.анализ крови гемоглобин – 120 г/л, эрит – 4 млн, лейкоциты – 7,1 тыс, п- 3%, С- 65%, Л- 20%, м – 2%, э- 10%, СОЭ -8 мм/ч.

Рентгенография легких: Легочные поля прозрачные, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных затенений нет. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Механизмы развития данного приступа.
3. Составьте план обследования больной.
4. План лечения (купирование обострения и лечение после купирования обострения) .

Вопросы для оценки знаний

1.Основные руководящие документы в деятельности врача аллерголога.
2.Организационные принципы помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
3.Организация амбулаторной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
4.Организация стационарной специализированной помощи больным аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
5. Особенности организации педиатрического аллергологического стационара и отделения для больных иммунодефицитами.
6. Организация работы аллергологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре.
7.Иммунологическая лаборатория. Принципы организации работы. Основные нормативные документы. Оборудование и реактивы.
8.Причины инвалидности больных аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
9.Основы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных аллергическими заболеваниями.
10. Показания к направлению на МСЭК и порядок оформления документов. Содержание и основные методы медицинской реабилитации больных аллергическими заболеваниями.
11.Трудоустройство больных аллергическими заболеваниями и иммунодефицитами.
12.Санаторно-курортное лечение больных аллерголгического профиля.

13.Предмет и задачи иммунологии. История иммунологии.
14. Физиологические основы защитных систем организма.
15.Определение иммунитета. Понятие об иммунной системе.
16. Органы и клетки иммунной системы. Функциональная организация иммунной системы.
17.Филогенез и онтогенез иммунной системы.
18.Антигены, виды антигенов: полноценные антигены, гаптены. Антигенность и иммуногенность.
19. Неспецифические факторы защиты организма.
20.Воспаление и его роль в иммунном ответе.
21.Состав и функции иммунной системы.
22. Иммунокомпетентные клетки и их роль в иммунном ответе.
23.Т-клеточная система иммунитета: происхождение, дифференцировка Т-лимфоцитов в тимусе; позитивная и негативная селекция тимоцитов.
24.Миграция, круговорот и распределение Т-лимфоцитов в организме. Гетерогенность,

популяции и субпопуляции Т-лимфоцитов.
25. Антиген-распознающие рецепторы Т-лимфоцитов и антиген-индуцированная активация, пролиферация и дифференцировка различных популяций Т-лимфоцитов.
26. Молекулярные маркеры и рецепторы, функциональная активность различных популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов. Субпопуляции нормальных киллеров.
27.В-клеточная система иммунитета организма человека: происхождение, дифференцировка В-лимфоцитов в костном мозге; миграция, круговорот и распределение В-лимфоцитов в организме; рецепторы В-лимфоцитов; молекулярные маркеры дифференцировки и рецепторы различных популяций и субпопуляций В-лимфоцитов; антиген-индуцированная активация пролиферации и дифференцировки В-клеток.
28.Иммуноглобулины. Классификация, структура и функции.
29.Биологическая активность антител разных классов и субклассов. Биосинтез и метаболизм иммуноглобулинов.
31.Генетический контроль синтеза иммуноглобулинов и полиморфизмом антител.
32.Генетические основы иммунного ответа. Антигены тканевой совместимости и их генетический контроль.
33.Главный комплекс гистосовместимости человека /HLA/. Генетические основы пересадки органов и тканей.
34.Механизмы индукции и регуляции иммунного ответа.
35. Эффекторные механизмы иммунного ответа. Специфическое распознавание атнигена, строение антиген-распознающих рецепторов Т- и В-лимфоцитов.
36. Молекулярные механизмы активации лимфоцитов. Апоптоз.
37.Гормоны и цитокины иммунной системы. Пептиды тимуса и их роль в норме и патологии.
38.Гуморальные факторы костного мозга.
39.Интерлейкины, колонии-стимулирующие факторы, интерфероны: Происхождение, рецепция, иммунобиологическая активность.
40.Возрастные особенности иммунного ответа.
41.Организация и функционирование иммунной системы детей.
42.Старение и иммунитет.
43.Методы исследования иммунной системы.
44.Современные представления об аллергии; определение понятия "аллергия", взаимоотношения аллергии и иммунитета.
45.Аллергены и их классификация. Классификации и патогенез аллергических реакций.
46.Аллергические реакции немедленного типа.
47.Клетки-мишени 1-го и 2-го порядка; ранняя и поздняя фаза реакции.
48.Аллергическое воспаление.
49.Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые), клинические проявления, патогенез заболеваний, роль цитокинов.
50. Роль генетических факторов в формировании аллергии.

51. Специфическая диагностика аллергических заболеваний.
52. Значение аллергологического анамнеза в диагностике аллергии.
53. Особенности аллергологического анамнеза у детей грудного и раннего возраста.
54.Кожные аллергические пробы с неинфекционными аллергенами (прик-тесты, скарификационные кожные пробы, внутрикожные аллергические пробы) и инфекционными аллергенами.

55.Выбор метода кожного тестирования. Показания и противопоказания к постановке кожных проб.
56.Оценка кожных аллергических проб.
57.Особенности кожного тестирования у детей.
58.Провокационные аллергические тесты. Значение провокационных аллергических тестов в диагностике аллергии.
59.Элиминационные тесты. Показания к проведению. Диагностическое значение элиминационных тестов.
60.Специфическая диагностика аллергических заболеваний in vitro.
61.Роль лабораторных методов специфической диагностики в аллергологической клинике. Показания для назначения лабораторных тестов.
62.Характеристика основных методов, их преимущества и недостатки, клиническая трактовка.
63.Этиология поллинозов. Свойства пыльцы аллергенных растений. Постулаты Томмена.
64.Важнейшие семейства растений, вызывающих поллинозы.
65. Эпидемиология поллинозов в различных климато-географических зонах России.
66.Патогенез поллинозов. Клиника поллинозов. Диагностика поллинозов.
67.Специфическая диагностика поллинозов. Особенности аллергологического анамнеза.
68.Сезонность заболевания. Сочетание с перекрестной пищевой и лекарственной аллергией.
69. Особенности кожных проб с пыльцевыми аллергенами. Лабораторная диагностика поллинозов.
70. Лечение поллинозов. Элиминация аллергена. Фармакотерапия. Специфическая терапия. Профилактика поллинозов. Прогноз.

71.Этиология и патогенез пищевой аллергии.
72.Наиболее распространенные пищевые аллергены и их антигенные свойства.
73.Клинические проявления пищевой аллергии.
74.Пищевая аллергия и пищевая непереносимость.
75. Специфическая диагностика пищевой аллергии. Аллергологический анамнез.
76. Роль пищевого дневника в диагностике. Элиминационные диеты.
77.Провокационные пробы при пищевой аллергии. Кожные пробы.
78.Лабораторные методы диагностики пищевой аллергии.
79.Дифференциальная диагностика пищевой аллергии. Лечение пищевой аллергии.
80.Фармакотерапия пищевой аллергии. Специфическая терапия (элиминация аллергена).
81.Лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта у больного с пищевой аллергией.
82.Профилактика пищевой аллергии. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации.
83.Особенности течения лекарственной непереносимости в зависимости от возраста.
84.Клинические проявления псевдоаллергических реакций на лекарственные препараты.
85.Диагностика и дифференциальная диагностика лекарственной аллергии.
86. Основные методы специфической диагностики лекарственной непереносимости.
87. Роль анамнеза: оценка и клиническая интерпретации данных анамнеза при лекартсвенной непереносимости.
88. Роль кожных диагностических тестов с лекарственными аллергенами в диагностике лекарственной аллергии и причины их малой диагностической значимости.

89.Методы специфической диагностики in vivo лекарственной непереносимости . Показания к проведению. Оценка результатов. Профилактика возможных осложнений.

90.Лабораторная диагностика лекарственной непереносимости.

91.Профилактика лекарственной непереносимости, прогноз.

92.Тяжелые токсико-аллергические реакции. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Терапия. Профилактика. Прогноз.

93.Сывороточная болезнь: Этиология и патогенез, клинические варианты сывороточной болезни.

94.Диагностика сывороточной болезни. Лечение. Профилактика.

95.Противопоказания для введения иммунных сывороток (абсолютные и относительные).

96.Особенности сбора аллергологического анамнеза перед введением сыворотки.

97. Этиология и патогенез анафилактического шока. Особенности иммуноногической стадии. Особенности патохимической стадии, роль гистамина и других медиаторов. Особенности патофизиологической стадии.

98.Варианты клинического течения анафилактического шока в зависимости от тяжести и основных симптомов;

99.Осложнения анафилактического шока.

100.Бронхиальная астма. Эпидемиология. Классификация.

101.Этиология и патогенез разных форм бронхиальной астмы. Клиника бронхиальной астмы.

102.Клиника приступа удушья и его эквиваленты. Особенности клиники у больных атопической астмой в зависимости от спектра сенсибилизации.

103.Особенности течения бронхиальной астмы в сочетании с непереносимостью аспирина, пиразолоновых и нестероидных противовоспалительных средств.

104. Бронхиальная астма у детей, больных пожилого возраста и беременных.

105.Диагностика бронхиальной астмы. Кожные аллергопробы.

106.Бронхомоторные тесты в диагностике бронхиальной астмы.

107. Диагностическое значение провокационных аллергических тестов при бронхиальной астме.

108.Лабораторные методы диагностики бронхиальной астмы. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы.

109.Терапия бронхиальной астмы в зависимости от формы и тяжести течения. Основные препараты для лечения бронхиальной астмы.

110.Противовоспалительные средства для лечения астмы: глюкокортикостероиды, кромоны, антилейкотриеновые препараты и др.

111. Бронхорасширяющие средства для лечения астмы: бета-агонисты короткого и длительного действия, производные ксантина, холинолитические средства.

112.Средства доставки препаратов в легкие.

113.Специфическая иммунотерапия при бронхиальной астме. Астматическое состояние: патогенез, стадии, клиника, принципы терапии.

114.Физиотерапия при бронхиальной астме в зависимости от формы и стадии бронхиальной

астмы.

115. Лечебная гимнастика Санаторно-курортное лечение. Профилактика бронхиальной астмы.
116.Образовательные программы для больных аллергией и бронхиальной астмой. Медико-социальная экспертиза.

117.Функция внешнего дыхания при бронхиальной астме. Пикфлоуметрия.
118.Гиперреактивность дыхательных путей при бронхиальной астме.

119.Фармакологические бронхолитические тесты. Клиническое значение изменений функции внешнего дыхания.

120.Легочные эозинофилии. Классификация. Особенности этиологии и патогенеза. Клиника.
121.Особенности клинического течения эозинофильных инфильтратов при бронхиальной астме. Диагноз и дифференциальный диагноз лечение.
122.Экзогенный аллергический альвеолит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
123.Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
124.. Неотложная терапия; реанимационные мероприятия; тактика ведения больного после острого периода анафилактического шока. Профилактика анафилактического шока. Прогноз.
125. Аллергические риниты. Классификация, этиология, патогенез. Клиника аллергических ринитов. Диагностика и дифференциальная диагностика.
126. Лечение аллергических ринитов. Специфическая диагностика и специфическая иммунотерапия аллергического ринита
127.Осложнения аллергических ринитов. Полипоз носа.
128.Показания к хирургическому лечению у больных аллергическим ринитом. Профилактика и прогноз.
129.Аллергический конъюнктивит. Эпидемиология, течение. Клиника, диагностика, течение. Профилактика.
130.Сочетанные проявления аллергии органов зрения и ЛОР-патологии. Прогноз.
131.Крапивница и отек Квинке. Классификация, этиология и патогенез.
132.Острая аллергическая крапивница и отек Квинке.
133.Хроническая крапивница и отек Квинке. Псевдоаллергические реакции. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
134. Аллергический контактный дерматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.135. Сравнительная характеристика топических стероидов.
136.Латексная аллергия. Профилактика. Прогноз.
137. Синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона.
138.Атопический дерматит. Эпидемиология. Этиология, патогенез.
139.Роль генетических факторов в развитии атопического дерматита. Клиника атопического дерматита.
140.Осложнения атопического дерматита. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение Профилактика. Прогноз и профориентация. Трудовая экспертиза и реабилитация.

141. Специфическая терапия атопических заболеваний. Элиминационная терапия.
142.Специфическая иммунотерапия (СИТ). Иммунологические механизмы специфической иммунотерапии.
143.Роль ТН1 и ТН2 в патогенезе аллергии. СИТ неинфекционными аллергенами.
144.Показания и противопоказания к проведению СИТ. Принципы и методы ее проведения.
145. Подбор аллергенов и приготовление разведений аллергенов для лечения.
146.Принципы выбора и показания к назначению разных схем СИТ.
147. Тактика врача при развитии местных и общих реакций на введение аллергена; неотложная помощь. Осложнения СИТ. Критерии оценки эффективности СИТ.
148.Фармакотерапия аллергических заболеваний. Фармакологический контроль аллергического воспаления.
149.Антигистаминные препараты, системные и топические глюкокортикостероиды, кромоны, антилейкотриеновые препараты. Симптоматические препараты.

150. Первичные иммунодефициты. Эпидемиология. Генетические основы первичных иммунодефицитов. Классификация.

151. Дефекты продукции антител; комбинированные иммунодефициты; дефекты фагоцитоза; дефекты системы комплемента.

152. Клинико-иммунологическая характеристика первичных иммунодефицитов. Дифференциальный диагноз. Лечение (заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами, трансплантация костного мозга и др.).

153. Вторичные иммунодефициты. Факторы, способствующие их развитию, патогенез, основные клинические проявления. Принципы и методы диагностики и иммунокоррекции. Иммунореабилитация.

154.Принципы лабораторной диагностики иммунодефицитов.

155. Механизмы протективного иммунитета при различных инфекционных заболеваниях. Вирусные инфекции. Бактериальные инфекции. Паразитарные инфекции. Вирусные инфекции иммунной системы.

156.Принципы иммунодиагностики инфекционных болезней.

157.ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология и патогенез. Структурная организация вируса, его вариабельность. Особенности заражения ВИЧ, пути передачи.

158.Иммунологические сдвиги при СПИДе.

159.Течение ВИЧ-инфекции. Клиника ВИЧ-инфекции. Особенности клинического течения форм и стадий заболевания. Диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-инфекции.

160. Антиэритроцитарные антитела (изоиммунные, гетероиммунные и аутоиммунные) и их роль в патологии человека.
161. Иммунные и аутоиммунные гемолитические анемии. Классификация, лабораторная диагностика (прямая и непрямая пробы Кумбса и другие методы).
162. Антилейкоцитарные антитела и их роль в патологии (осложнения при переливании крови, лейкопении, нейтропении новорожденных).
163.Значение иммунологических исследований в диагностике заболеваний соединительной

ткани.
164.Иммунология болезней кожи.
165.Аутоиммунные заболевания эндокринной системы, классификация, клинические проявления.
166. Иммунная система при опухолевых заболеваниях. Участие иммунной системы в противоопухолевой защите организма. Опухолевые антигены. Лабораторная иммунодиагностика онкологических заболеваний.
167. Лимфопролиферативные заболевания. Моноклональные гаммапатии.
168.Учение о трансплантационном иммунитете, международная классификация.
169.Генетические основы совместимости донора и реципиента. Клинические проявления тканевой несовместимости.
170.Иммуносупрессорная терапия при трансплантации.
171. Анти IgE-терапия. Эфферентная терапия аллергических заболеваний (плазмоферез, гемосорбция, специфическая иммуносорбция, экстракорпоральная иммунофармакотерапия и т.д.): показания к их применению, механизм действия, осложнения и их профилактика.
172. Иммуномодулирующая терапия.
172.Классификация иммуномодулирующих препаратов.
173.Интерфероны, их классификация, схемы применения.
174.Наследственный ангиоотек. Этиология, патогенез.
175.Неотложная терапия наследственного ангиоотека.
176.Аллергический бронхолегочный аспергиллез: этиология, патогенез, клника, диагностика, лечение, профилактика.
177. Контактный аллергический дерматит: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
178. Инсектная аллергия. Местные и системные, ранние и поздние реакции на укусы перепончатокрылых и кровососущих насекомых.
179.Механизмы развития аллергических реакций, лечение, профилактика.
180. Ятрогенные иммунодефициты.