



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

 / С.А. Артюшкин /
« 25 » 01 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры
по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- 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-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:
- 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-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов с аллергологическими и (или) иммунологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые впоследствии войдут в экзаменационные билеты.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную для этих целей научную и учебную литературу, последние федеральные клинические рекомендации, размещенные на сайте Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) здравоохранения РФ.

Для систематизации знаний большое значение имеет посещение ординаторами консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне государственных экзаменов.

Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.26 Аллергология и иммунология,

утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1068 должны продемонстрировать уровень сформированности у ординатора необходимых универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки полезно составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу излагать структурировано и логично. По возможности проиллюстрировать конкретной практической информацией. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, не допускать ошибок в произношении специальных терминов, имен и фамилий известных ученых

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Функции Т-лимфоцитов.
2. Функции В-лимфоцитов.
3. Функции фагоцитов.
4. Факторы неспецифической защиты.
5. Диагностика дисфункции Т-клеток.
6. Диагностика дисфункции фагоцитов.
7. Побочные эффекты метотрексата.
8. Характеристика и диагностика иммунодефицитного состояния при СД I типа.
9. Иммунофенотипирование, основные маркеры по CD классификации.
10. Иммуносупрессивное действие ионизирующего излучения.
11. Лечение вторичных иммунодефицитных состояний.
12. Иммунокорригирующие эффекты гемосорбции. Иммуносорбция, виды, природа сорбентов. Показания.
13. Иммунограмма, ее клиническая оценка.
14. Иммуноглобулинотерапия, показания.
15. Иммунокорригирующие эффекты гемосорбции. Иммуносорбция, виды, природа сорбентов. Показания.
16. Понятия «местные нарушения резистентности» и «иммунодефицит».
17. Локальная иммунокоррекция цитокинами.
18. Клиническая классификация иммунодефицитов.
19. Принципы диагностики первичных иммунодефицитов.
20. Принципы организации иммунного ответа.
21. Диагностика дисфункции фагоцитов.
22. Диагностика дисфункции Т-клеток.
23. Иммуногистологические, иммуноферментные методы, полимеразная цепная реакция.
24. Виды иммуносупрессии, классы иммуносупрессоров.
25. Классификация иммуномодулирующих препаратов.
26. Иммуноглобулинотерапия, показания.
27. Принципы организации иммунного ответа.
28. Вторичные иммунодефициты.
29. Иммунопрофилактика.
30. Возрастные изменения иммунной системы.
31. Виды препаратов иммуноглобулинов, получение, побочные явления.
32. Популяционные особенности иммунного реагирования, влияние факторов внешней среды, производственных вредностей, радиации.
33. Экстракорпоральная иммунокоррекция, виды.
34. Гормональные препараты тимуса, миелопептиды, характеристика, схемы применения.
35. Характеристика инфекционного синдрома при иммунной недостаточности.
36. Принципы диагностики первичных иммунодефицитов.

37. Патогенез ВИЧ-инфекции.
38. Критерии диагностики круглогодичного аллергического ринита.
39. Побочные эффекты антигистаминных препаратов первого поколения.
40. Критерии диагностики аллергической крапивницы.
41. Критерии диагностики поллинозов. Принципы проведения СИТ.
42. Критерии диагностики атопического дерматита.
43. Побочные эффекты топических стероидов.
44. Неотложная помощь при астматическом статусе.
45. Клиническая классификация иммунодефицитов.
46. Побочные эффекты глюкокортикостероидов и их предупреждение.
47. Основы базовой терапии бронхиальной астмы в зависимости от формы и тяжести течения.
48. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
49. Критерии диагностики, лечение псевдоаллергической крапивницы и отека Квинке.
50. Побочные эффекты ингаляционных кортикостероидов.
51. Иммунотерапия при ревматоидном артрите.
52. Критерии диагностики, лечение лекарственной аллергии.
53. Побочные эффекты циклоспорина.
54. Критерии диагностики аутоиммунных заболеваний.
55. Принципы антиретровирусной терапии.
56. Критерии диагностики герпетической инфекции.
57. Особенности лечения аспириновой бронхиальной астмы.
58. Лечение крапивницы.
59. Патогенез атопического дерматита.
60. Побочные эффекты антигистаминных препаратов I поколения.
61. Дифференциальная диагностика ХОБЛ и бронхиальной астмы.
62. Патогенез системной красной волчанки.
63. Дифференциальная диагностика крапивницы.
64. Лабораторная оценка гуморального иммунитета.
65. Дифференциальная диагностика атопического дерматита.
66. Лабораторная диагностика болезни Крона.
67. Лечение болезни Крона.
68. Лечение системных васкулитов.
69. Побочные эффекты азатиоприна.
70. Противопоказания к назначению антигистаминных препаратов.
71. Патогенез вибрационной крапивницы.
72. Противопоказания к проведению АСИТ.
73. Особенности вакцинации у больных с атопическими заболеваниями.
74. Диагностика аутоиммунного гепатита.
75. Принципы лечения хронической рецидивирующей крапивницы.
76. Диагностическое значение определения АНФ.
77. Лечение системной красной волчанки.
78. Иммуносупрессивное действие ионизирующего излучения.
79. Патогенез сезонного аллергического ринита.
80. Диагностическое значение определения криопреципитинов.
81. Патогенез системных васкулитов.
82. Диагностическое значение теплового и Дункан-тестов.
83. Принципы лечения аллергического конъюнктивита.
84. Иммунограмма, показания к назначению и принципы ее оценки.
85. Принципы лечения аллергического ринита.
86. Чувствительность и специфичность иммунологических тестов.
87. Особенности иммунотропного действия препаратов циклоспорина.

88. Лечение атопического варианта крапивницы.
89. Лечение сезонного аллергического ринита.
90. Общие принципы лечения бронхиальной астмы.
91. Дифференциальная диагностика атопического дерматита.
92. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома.
93. Принципы диагностики аллергических заболеваний.
94. Принципы лечения пищевой аллергии.
95. Кожные пробы, их виды, показания к проведению.
96. Принципы лечения лекарственной аллергии.
97. Лечение отека Квинке.
98. Критерии диагностики круглогодичного аллергического ринита.
99. Побочные эффекты антигистаминных препаратов первого поколения.
100. Критерии диагностики аллергической крапивницы.
101. Побочные эффекты топических стероидов.
102. Критерии диагностики поллинозов. Принципы проведения СИТ.
103. Неотложная помощь при астматическом статусе.
104. Критерии диагностики атопического дерматита.
105. Основы базовой терапии бронхиальной астмы в зависимости от формы и тяжести течения.
106. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
107. Побочные эффекты ингаляционных кортикостероидов.
108. Характеристика инфекционного синдрома при иммунной недостаточности.
109. Критерии диагностики, лечение лекарственной аллергии.
110. Критерии диагностики аутоиммунных заболеваний.

Задачи

1. В пульмонологическое отделение городской больницы поступил больной 35 лет с жалобами на слабость, кашель с отделением большого количества мокроты (100-150 мл в сутки) желто-зеленого цвета, обильное гнойное отделяемое из полости носа. Температура тела 38,7 °С. Считает себя больным в течение 12-и лет, в течение которых отмечаются обострения бронхита 4-5 раз в год, обострения протекают тяжело, требуется длительная антибактериальная терапия. Ремиссия хронического бронхита нестойкая, сохраняется продуктивный кашель, умеренная одышка. Обострения хронического гайморита до 6 раз в год. Перенес 6 пневмоний. Диагноз при поступлении: Хронический бронхит в фазе обострения, Хронический гайморит, обострение.
Предположительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Какое лечение можно назначить до получения результатов исследований? Какое лечение необходимо назначить после получения результатов исследований?
2. Больной Н., 5 лет. Из анамнеза – мальчик с годовалого возраста ежемесячно болеет ОРВИ, неоднократно переносил бронхиты. При иммунологическом обследовании выявлено снижение уровня иммуноглобулинов – IgA – 50 мг/дл, IgM – 64 мг/дл, IgG – 540 мг/дл. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. В соскобе на энтеробиоз обнаружены яйца остриц. В иммунограмме: Ig A – 60 мг/дл, Ig M – 68 мг/дл, Ig G – 760 мг/дл. Нейтрофильный фагоцитоз – 36%. CD3+лимфоциты – 68%, CD19+ лимфоциты – 17%. CD4+лимфоциты – 50%, CD8+лимфоциты – 8%. Анализ кала на дисбиоз: отсутствие бифидобактерий, резкое снижение количества кишечной палочки, кишечная палочка со слабо выраженными ферментативными свойствами (более 90%). Рентгенография органов грудной клетки: ограниченный пневмофиброз нижней доли справа. Явления хронического бронхита.

- Консультация оториноларинголога: хронический катаральный назофарингит. Назначены – пирантел однократно в возрастной дозе, 1% диоксидин в полость носа, тимоген по 50 мкг в/м 1 р/д в течение 10 дней.
- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии.
- Больной Р., 1 год 10 месяцев. Роды с наложением щипцов. Масса тела при рождении 3200 г, рост 51 см. С 4 мес. гнойный конъюнктивит, пиодермия, гайморит, пневмония, абсцессы. Данные бактериальные процессы плохо поддаются антибактериальной терапии. Детскими инфекциями не болел. Вакцинирован АКДС. Вводилась полиомиелитная вакцина. В РСК не обнаружено антител против вводимых при вакцинации антигенов. Ребенок отстает в массе и росте, плохо переносит коровье молоко. Семейный анамнез без особенностей. Лабораторные исследования: количество лимфоцитов в пределах возрастной нормы, CD19+лимфоциты не определяются, CD3+лимфоциты – 60 %, Ig A – 0 мг/дл, Ig M – 0 мг/дл, Ig G – 0 мг/дл. Биопсия лимфатического пахового узла: мало клеток, небольшое количество фолликулов с зародышевыми центрами.
- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии.
4. Больной М., 10 лет. Роды обычные, вес при рождении 3500 г, рост 54 см. У матери на 3 месяце беременности тяжелая гриппозная инфекция. С 5 месяцев отмечались простудные заболевания, постоянные бронхиты, синуситы, гнойные конъюнктивиты, энтероколит, остеомиелит правой скуловой кости. Детскими инфекциями не болел. На втором году жизни перенес менингококковый менингит, перикардит, неоднократные бронхопневмонии. В последующие годы – бронхиты, бронхопневмонии, хронический гайморит с частыми обострениями. Отмечен выраженный терапевтический эффект от применения антибиотиков и внутривенного иммуноглобулина. При осмотре кожные покровы бледные, явное отставание в физическом и психическом развитии. Лабораторные исследования: содержание Т- и В-лимфоцитов в пределах возрастной нормы. Иммуноглобулины не обнаружены.
- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз и принципы терапии.
5. Больной Д. родился на 3 недели раньше положенного срока. Вес при рождении 2400 г, рост 44 см. С 3 месяцев коклюшеподобный кашель, постоянная пиодермия, ринит, молочница, двухсторонний гнойный конъюнктивит, отиты. Привит вакциной БЦЖ. Семейный анамнез: две сестры умерли на первом году жизни от болезней с подобными признаками. Семь дочерей и двоюродной бабушки умерли в грудном возрасте. Дочери сводной сестры матери умерли в возрасте 6 месяцев вследствие муковисцидоза. Объективно: возраст 6 месяцев, масса тела 4250 г, рост 54 см, мальчик бледный с большим животом, малым количеством подкожной жировой клетчатки, лицо старца. Язык обложен белым налетом. Хронический гнойный ринит, двусторонний средний отит. Температура тела 39,0°C. Дефицит массы – 2200 г и роста – 7 см. Лимфатические узлы не пальпируются, чрезвычайно малые миндалины. Данные лабораторных исследований: количество лейкоцитов $1,5 \times 10^9$ /л. Абсолютное количество лимфоцитов 127. Т- и В-лимфоциты не дифференцируются. Иммуноглобулины: Ig M, Ig G, Ig E отсутствуют, Ig A – в следовых количествах. Внутривенная проба с туберкулином отрицательная после введения БЦЖ. Рентгенологическое исследование: тени тимуса и селезенки не обнаружены. Отсутствует лимфатическая ткань в носоглотке. Ребенок умер в возрасте 8 месяцев от пневмонии.
- Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
6. Больная К., 15 лет, в течение жизни часто болеет ОРВИ, бронхитами. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. В общем анализе крови – лимфопения. Анализ мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Бактериология кала: снижение общего количества кишечной палочки до 56 млн/г (норма 300 – 400 млн/г). В иммунограмме: Ig A – 45 мг/дл, Ig M – 125 мг/дл, Ig G – 320 мг/дл. CD3+лимфоциты

– 70%, CD19+лимфоциты – 6%. CD4+лимфоциты – 67%, CD8+лимфоциты – 13 %.
Бронхоскопия: двусторонний катаральный эндобронхит 1-2 ст. Рентгенография органов грудной клетки: явления пневмосклероза нижней доли справа. Консультация ЛОР-врача: гипоплазия лимфоидной ткани небных миндалин. Общее состояние девочки за время нахождения в стационаре удовлетворительное. Отмечался редкий влажный кашель, слизистые выделения из носа. Получала 1% диоксидин в нос, гентамицин и кефзол в/м, мукалтин, нистатин, тавегил, колибактерин. Проводилась заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином.
Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, принципы терапии.

7. На прием к врачу обратилась девушка 19 лет в связи с зудящими высыпаниями на коже, усилением зуда в ночное время. Болея с детского возраста (со слов матери, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма). Обострения связывает с нарушениями диеты (морепродукты, кофе, сладости, орехи, мед, клубника и т.д.), стрессовыми факторами (экзамены и т.п.). В летний период отмечает облегчение течения кожного процесса вплоть до полного временного разрешения высыпаний. Временный положительный эффект при применении ТКС. Из анамнеза: у матери бронхиальная астма. При осмотре: повышенная сухость кожи, в области подколенных и локтевых сгибов выявляются эритемато-сквамозные очаги, участки лихенификации, эксфолиации.
Поставьте диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание? Составьте план лечебных мероприятий. Особенности наружной терапии.
8. На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся сильным зудом. Ребенок болен в течение двух недель, когда на следующий день после дачи прикорма появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности, страдает бронхиальной астмой, лекарственной токсикодермией. При обследовании: кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы нерезкие, имеются множественные, мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки.
Ваш предположительный диагноз. Его обоснование. Составьте план обследования, лечения, вторичной профилактики.
9. На прием к врачу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складок кистей. Считает себя больной в течение 2-х месяцев. В складке между 3 и 4 пальцами правой кисти первоначально появились вялые пузырьки, которые быстро вскрылись, и образовалась эрозия. Занималась самолечением, смазывала кожу в очаге поражения флуцинаром. Лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет 2 типа. При осмотре: В третьей межпальцевой складке правой кисти имеется эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи. По периферии эрозии видны обрывки мацерированного эпидермиса, имеющего перламутровый оттенок. В глубине межпальцевой складки имеется трещина.
Ваш предположительный диагноз? План лечебно-профилактических мероприятий.
10. Больная С., 65 лет, в течение 8 лет страдает хроническим гастритом с секреторной недостаточностью, последние 5 лет отмечает задержку стула до 7 дней. Ежегодно отмечает «пищевые отравления», тяжелое состояние при этом сохраняется от 30 – 40 минут до 1-2 суток. «Отравления» чаще возникают от употребления яиц, рыбы, реже мяса курицы, свинины. Во время обращения к врачу отмечались разлитые боли по всему животу, более выраженные в эпигастрии, вздутие живота, тошнота, урчание,

- общая слабость, однократно обильный жидкий стул. При объективном осмотре выявлен пульс частый, слабый с частотой 110 уд/мин, АД 90/50 мм рт ст, язык влажный, обложен серым налетом. Живот при пальпации болезнен. Отмечаются следы расчесов на коже туловища и верхних конечностей. При первых подобных приступах неоднократно предлагалось оперативное вмешательство, затем больная стала отмечать положительный эффект от приема тавегила.
- Укажите причину данной патологии, предположите патогенез. Определите тактику лечения и обследования больного.
11. Больной К., 36 лет, поступил в хирургическое отделение с обширными ранениями нижних конечностей. Произведена инъекция 0,5 мл не разведенной противостолбнячной сыворотки. Через несколько минут у больного появилось возбуждение, слезотечение, ринорея, участилось дыхание (до 34 в мин), пульс 85 уд. в минуту, АД 150/100 мм рт.ст. Тяжесть состояния больного нарастала. Появился спастический сухой кашель, экспираторная одышка, рвота. Кожные покровы стали цианотичны, пульс нитевидным, число сердечных сокращений снизилось до 55 уд. в минуту, тоны сердца глухие, АД упало до 65/40 мм рт.ст. Больной покрылся холодным липким потом и потерял сознание. Произошла непроизвольная дефекация и мочеиспускание. Появились судороги в виде фибриллярных подергиваний отдельных мышечных групп.
- Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику лечения и обследования больного.
12. Больной Г., 34 лет, обратился с жалобами на зуд и покраснение глаз, слезотечение, выделение большого количества жидкой слизи из полости носа. Из анамнеза: аналогичные явления отмечались весной на протяжении нескольких последних лет. При аллергологическом обследовании обнаружены антитела к пыльце тополя.
- Сформулируйте предварительный диагноз. Определите тактику лечения и обследования больного.
13. При первичном контакте кожи с латексными перчатками у медицинского работника на кистях рук возникла выраженная эритема, сопровождающаяся образованием пузырей и везикул. Аппликационная проба с кусочком латексной перчатки на коже внутренней поверхности предплечья была положительной через 72 часа. Применение блокаторов гистаминовых рецепторов не снижало остроты реакции. Воспаление снималось местным применением глюкокортикоидов.
- Какой тип аллергической реакции возник у медицинского работника? Почему воспалительный инфильтрат возник только через 72 часа после контакта с латексом. Опишите его механизм. Объясните, почему применение блокаторов гистаминовых рецепторов не снижало остроты реакции?
14. Пациент Ф., 55 лет, по назначению врача принимал тетрациклин в течение 10 дней. В конце курса приема антибиотика у него появились головные боли, быстрая утомляемость, слабость, сонливость. Клинический анализ крови показал снижение числа эритроцитов и содержания гемоглобина. Добавление тетрациклина к цельной крови приводило к гемолизу эритроцитов.
- В результате какой иммунной реакции у пациента возникла анемия? Опишите ее механизм. Объясните патогенез развития клинических признаков развившейся патологии.
15. Больной М., 45 лет, доставлен в приемное отделение бригадой «скорой помощи» в бессознательном состоянии. Со слов знакомых, в парке у пациента через минуту после укуса осы появились резкая слабость, бледность, судороги, а затем потеря сознания. Бригадой «скорой помощи» был введен двукратно подкожно 0,5 мл 0,1% адреналина, 16 мг дексаметазона внутривенно. Пациент в сознание не приходил, АД 40/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный. При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, влажные. В области шеи слева след от укуса

насекомого. Дыхание частое, поверхностное, ЧД - 30 в 1 мин. Выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ослаблены, аритмичны. Пульс аритмичный, 150 уд/мин, нитевидный; АД - 30/0 мм рт. ст. Анализ крови: НЬ - 160 г/л, лейкоциты - 8000, эозинофилы - 6%, палочко-ядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 22%, моноциты - 6%, СОЭ - 14 мм/ч. Газовый состав крови рО₂ - 55 мм; рСО₂ - 45 мм.

Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Перечислите план необходимых лечебно-диагностических мероприятий.

16. Больная, 15 лет, доставлена в приемный покой больницы машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии: сознание утрачено, кожа и слизистые оболочки цианотичны, дыхание поверхностное с преимущественным затруднением выдоха. После нескольких судорожных движений больная умерла при явлениях асфиксии. При расследовании выяснилось, что больная 1,5 месяца назад прошла курс лечения пенициллином по поводу очаговой пневмонии. Два дня назад у больной появились пульсирующие боли в левом ухе, на следующий день - гноетечение из уха. Был поставлен диагноз: гнойный отит и назначено лечение, включающее внутримышечное введение новокаиновой соли пенициллина. Через 10 минут после введения 600000 ед пенициллина больная почувствовала себя плохо. Возникла слабость, появилась резкая одышка. Смерть наступила через 1 час после введения пенициллина. Какой аллергический процесс развился у больной? Какие антитела участвуют в нем? Патогенетические принципы лечения и профилактики?
17. Больной, 16 лет, по поводу ранения стопы ржавым гвоздем введена противостолбнячная сыворотка по Безредке. На десятый день после введения препарата у больной появились крупные бляшки крапивницы, приподнимающиеся над поверхностью отечной кожи. Сыпь покрыла кожу лица, спины, живота и бедер. Веки, щеки и губы распухли. Больная жаловалась на зуд кожи и боли в суставах. Температура тела колебалась от 37,7⁰С до 38,3⁰С. Какой типовой процесс лежал в основе осложнения лекарственной терапии? Как объяснить отек кожи и появление крапивницы у больной?
18. Ребенок, 9 лет, жалуется на общее недомогание, слабость, потерю аппетита. По вечерам температура тела повышается до 37,5 С. Педиатр не обнаружил никаких изменений со стороны внутренних органов. При рентгеноскопии легких справа был обнаружен так называемый «первичный комплекс»: первичный очаг, расположенный субплеврально, лимфангит и увеличение прикорневых лимфатических узлов. Ребенку сделана реакция Манту (на внутренней поверхности предплечья внутрикожно введен туберкулин). Реакция Манту оказалась резко положительной: через 24 часа на месте нанесения туберкулина обнаружена папула (узелок) диаметром 25 мм с зоной гиперемии (ареолой) в окружности. Из анамнеза известно, что три месяца назад реакция Манту была отрицательной. Какой типовой патологический процесс лежит в основе положительной реакции Манту? О чем она свидетельствует? Что должен сделать врач?
19. Ребенку с врожденной аплазией вилочковой железы была произведена пересадка вилочковой железы от погибшего ребенка. Через неделю у реципиента появились диарея и истощение. Через 5 недель ребенок погиб. С какой целью была произведена трансплантация вилочковой железы? Какая патология возникла в связи с трансплантацией и привела к гибели?
20. Ребёнку 10 лет с диагнозом «левосторонняя пневмония» врач назначила антибиотик ампициллин. Через 6 часов после приёма у него появились отёчность левой половины шеи, зуд кожных покровов. Какой патологический процесс возник у ребёнка? Какого типа данный процесс? Образуются ли в данном случае АТ и если да, то какие? Чем можно объяснить появление отёчности и зуда? Какую медикаментозную терапию можно провести?

21. Больному 35 лет в стоматологическом кабинете удалили зуб. После местной анестезии новокаином больному стало плохо. У него закружилась голова, побледнели кожные покровы. Через несколько минут больной потерял сознание. При измерении артериального давления оно оказалось 85/50. Какой аллергический процесс развился у больного? Какого типа данный процесс? Чем объясняется резкое падение давления?
22. Больная К., 20 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли при глотании, повышение температуры до 38 градусов. При обследовании выявлено: резкая гиперемия и отёчность зева, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Больной был поставлен диагноз - катаральная ангина и назначен сульфадиметоксин. На 10 день после начала лечения на слизистой оболочке ротовой полости появились изъязвления, в крови резко уменьшилось количество гранулоцитов. Какой типовой патологический процесс лежит в основе данного явления? Какого типа данный процесс? Как объяснить появление изъязвлений на слизистой?
23. Больной С., 12 лет, обратился к врачу с жалобами на появление спастических болей в животе, чувство переполненности кишечника. Данные явления возникали через 3 часа после еды. Стул у больного имел желеобразную консистенцию. Данные симптомы появились только после употребления рыбы. Толстая кишка при пальпации болезненна и напряжена. В крови больного выявлено увеличенное количество эозинофилов. Какой типовой патологический процесс лежит в основе данного явления? Какого типа данный процесс? Как объяснить увеличение количества эозинофилов?
24. У 27-летнего потребителя инъекционных наркотиков наблюдается кашель, с пенистой мокротой, нарастание признаков дыхательной недостаточности, по данным рентгенографии диффузное поражение обоих легких. Тест непрямой иммунофлюоресценции положительный. Наиболее вероятный диагноз?
25. У 25-летнего больного ОМЛ наблюдаются кашель, с мокротой. В анамнезе проведено 2 курса полихимиотерапии. В клиническом анализе крови лейкоцитов $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилов 17%. Явления агранулоцитоза сохраняются более 10 дней. Ваши действия?
26. У 40-летнего больного сахарным диабетом 2 типа, инсулинпотребный вариант, жалобы на кашель с мокротой, лихорадку до 38,5С. В анамнезе выяснено, что в течение 3х недель отмечает полиурию, кожный зуд. В течение 6-7 дней запах ацетона из рта. Уровень глюкозы крови 24,2 ммоль/л. Ваши действия?
27. У 23-летнего больного ОМЛ наблюдаются кашель сухой, боли ниже угла лопатки справа. В анамнезе АллоТКСК, 5 месяцев назад, хроническая РТПХ. На КТ легких очаговые изменения в нижней доле правого легкого с вовлечением междолевой плевры. Тест на галактоманнан из БАЛ - 5,2 (ИОП). Наиболее вероятный диагноз?
28. У новорожденной пациентки с массой тела 700 гр. наблюдаются высыпания на коже розового цвета, мелкое шелушение. При посеве кожных чешуек из крупных складок и со слизистой ротовой полости выделены грибы рода *Candida* spp. Наиболее вероятный диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
29. У 64-летней пациентки страдающей дерматомиозитом более 10 лет появился кашель с трудноотделяемой мокротой. В анамнезе длительный прием глюкокортикостероидов в дозе 10 мг/сутки, в течение 2х месяцев более 1мг/кг/сутки.

На КТ легких очаговые изменения в обоих легких. Тест на галактоманнан из БАЛ - 5,2 (ИОП).

Наиболее вероятный диагноз?

30. У 65-летней пациентки страдающей бронхиальной астмой более 10 лет, участились приступы удушья. В анамнезе связывает ухудшение с ремонтом в квартире. При обследовании в клиническом анализе крови эозинофилов 10%, IgE- 1778 ед/л, IgG к аспергиллам +++.

Наиболее вероятный диагноз?

31. Больная А., 50 лет, 5 лет назад диагностирован НХЛ IVB/V-клеточный ХЛЛ. Проведено 6 курсов ПХТ, достигнута частичная ремиссия. Первое прогрессирование НХЛ/ХЛЛ спустя 3 года, повторное 2 месяца назад. ПХТ (терапия резерва): FCR, R-ВАЕМ, РСVP (6 курсов), агранулоцитоз более 14 дней. В период госпитализации стала нарастать дыхательная недостаточность, одышка, повысилась температура тела до 39,2С. На КТ легких - очагово-инфильтративные изменения по всем легочным полям. Антибиотики широкого спектра в течение 5 дней без эффекта.

Наиболее вероятный диагноз?

32. Пациентка С. 45 лет, обратилось к врачу с жалобами на высыпания по телу и зуд. Высыпания впервые появились полгода назад в виде пятен темно-красного с коричневым оттенком цвета. Располагаются на спине, подмышечных впадинах, плечах, груди, шеи. Пораженные участки кажутся светлее, чем окружающая здоровая ткань. На спине пятна сливаются в крупные очаги. Имеются отрубевидное шелушение.

Предварительный диагноз? Необходимое обследование?

33. У 36-летнего пациента на верхнем плечевом поясе на фоне загорелой кожи появились множественные гипопигментированные пятна, при поскабливании которых обнаруживается муковидное шелушение. Проба Бальцера положительная. О каком заболевании следует думать в данном случае? Назначьте необходимое лечение.

34. Женщина, 48 лет. Находилась в стационаре с заболеванием - ботулизм. После парентерального введения противоботулинической сыворотки произошло повышение температуры тела, возникновение сыпи (начиная с места введения препарата, с распространением по всему телу), которая сопровождалась зудом, припуханием лимфоузлов, суставов, поносом. В общем анализе крови присутствует лейкопения, лимфоцитоз. Тромбоцитопения, увеличение СОЭ. Возникла альбуминурия, гемолитическая анемия.

Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Возможные осложнения?

35. Женщина, 39 лет. С 30-летнего возраста страдает приступами удушья с затрудненным выдохом. Приступы провоцируются запахом бензина, холодным воздухом, сопровождаются слышными на расстоянии хрипами, заканчиваются выделением небольшого количества вязкой мокроты. Трижды болела пневмонией. Работает бухгалтером, живет в теплой сухой квартире. У матери и сестры часто бывает крапивница. При осмотре врачом на следующий день после приступа, состояние больной удовлетворительное, температура нормальная. При перкуссии грудной клетки - коробочный звук, границы легких опущены, при аускультации дыхание ослабленное, рассеянные сухие хрипы (жужжащие и свистящие) над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева. Пульс 84 уд 'мин. артериальное давление - 140/80 мм рт. ст. На рентгенограмме легкие значительно повышенной прозрачности без очаговых изменений.

Сформулируйте диагноз. Назначьте обследование и лечение.

36. Мужчина, 35 лет. Жалуется на покраснение кожи в области рук, появление пузырьков, содержащих жидкость, зуд, вследствие этого расчесы, корки, отек. По профессии маляр, постоянно контактирует с лакокрасочными веществами. В семье

- наблюдается наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям. При осмотре врачом состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, наблюдается яркое покраснение кожи, эритема с выраженным отеком, пузырьки, вскрывающиеся и оставляющие мокнущие эрозии. Был сделан анализ крови. В крови увеличение числа эозинофилов, повышенный уровень IgE.
Сформулируйте диагноз. Назначьте обследование и лечение.
37. Женщина, 25 лет, поступила в стационар в тяжелом состоянии. Наблюдается безболезненный нарастающий отек в области губ, щек, вокруг глаз. Отек имеет плотный (поверхность кожи не продавливается при нажатии на нее) характер. Кожа над отеком сохраняет свой первоначальный цвет. Отмечается охриплость голоса, «лающий» кашель. Нарастает затруднение дыхания с одышкой. Цвет лица сначала имел синюшный оттенок, затем резко бледнеет. Осмотр слизистой горла у больной выявил отечность мягкого неба и небных дужек, сужение просвета зева. Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Какие осложнения наблюдаются у больной?
38. Мужчина, 40 лет. Живет в условиях холодного сырого климата. Недавно переболел гриппом. После этого сохранился кашель. Жалуется на то, что ночью и по утрам появляется насморк и приступообразный кашель, который не облегчается приемом противокашлевых лекарственных средств. Появились заложенность носа, кожный зуд, затрудненное дыхание. Начался сухой кашель, который способствует нарастанию одышки. Если принять сидячее положение, то это облегчает состояние. Грудная клетка расширена, выдох значительно удлинен, хрипы в легких слышны на расстоянии. Приступ завершился появлением кашля и отхождением небольшого количества мокроты. Обследование выявило снижение индекса Вотчала-Тиффно. Сформулируйте диагноз, назначьте лечение. Какая необходима профилактика?
39. Мужчина, 47 лет. Принимает антибиотики. Жалуется на внезапные обильные высыпания, располагающиеся на туловище, верхних и нижних конечностях. Волдыри отличаются сочностью, насыщенной розовой окраской с перламутровым опенком и интенсивным зудом, жжением. Элементы сыпи несколько приподняты над уровнем неповрежденной кожи. При обильном количестве элементов на отдельных участках кожи происходит слияние волдырей, имеются обширные очаги с неровными полициклическими краями. Наблюдаются субфебрильная температура с ознобом, желудочно-кишечные расстройства (диарея), дискинезия желчевыводящих путей, невротическое состояние. Везикулы, папулы отсутствуют. Сформулируйте диагноз, назначьте лечение.
40. В аптеку обратилась молодая женщина с просьбой отпустить ей ЛС от насморка. Жалобы: зуд в полости носа, обильное слизистое отделяемое из полости носа. Подобная симптоматика беспокоит в период цветения березы. Фармацевт посоветовал Тизин и Лоратадин. Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Охарактеризуйте рекомендации фармацевта.
41. В аптеку обратилась молодая женщина с просьбой отпустить ей ЛС от сыпи на тыльной поверхности кисти. Сыпь уртикарная, зудит, возникла после применения нового моющего средства. Фармацевт посоветовал Энтеросгель и Супрастин. Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение. Охарактеризуйте рекомендации фармацевта.
42. В аптеку обратилась молодая девушка с просьбой посоветовать ей «что-нибудь для профилактики аллергии». Девушка отмечает, что в период цветения амброзии у нее отмечаются симптомы аллергического ринита, т.к. до периода цветения остается 1 месяц, просит посоветовать ей препараты для профилактики аллергических заболеваний. На момент обращения в аптеку никаких симптомов аллергии не отмечается.

Каковы действия фармацевта в данном случае? Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение.

43. Женщина 23 лет предъявляет жалобы на затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа. Жалобы появились около 6 месяцев назад, пациентка ни с чем их не связывает. Самостоятельно использовала антигистаминные препараты I поколения без значительного положительного эффекта. Объективно: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна, в полости слизистое отделяемое. В детстве – атопический дерматит.
Сформулируйте предварительный диагноз. Каково наиболее информативное исследование может быть назначено врачом общей практики?
44. Девушка 18 лет поступила в отделение неотложной помощи с жалобами на покраснение и отек открытых участков кожи. Со слов пациентки данная реакция появилась час назад, во время нахождения на пляже. Появлению пятен предшествовало чувство жжения. Девушка также сообщила, что страдает акне, для лечения принимает доксициклин. Общее состояние удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД — 120/80 мм. рт.ст, ЧДД — 14 в мин., температура тела — 36.9 °С. Объективно: кожа лица, разгибательной поверхности рук, груди отечна, гиперемирована, покрыта везикулярной сыпью.
Каков наиболее вероятный диагноз? Назначьте лечение.
45. Женщина 25 лет предъявляет жалобы на выделения из носа слизистого характера, зуд в носу и глазах. Симптомы беспокоят в течение нескольких лет, возникают периодически в течение определенного времени года. Пациентка не связывает их с изменением погоды, эмоциональным стрессом или воздействием каких-либо раздражителей. Медикаментозную терапию не получает.
Сформулируйте диагноз. Назначьте обследование и лечение.
46. Мальчик 10 лет предъявляет жалобы на выделения из носа слизистого характера и зуд в носу, жалобы появились после пребывания в гостях, где есть кошка. Пациент страдает аллергическим ринитом.
Какова наиболее рациональная базисная терапия в данном случае?
47. Мужчина 22 лет страдает аллергическим ринитом в течение многих лет, ранее не лечился, соблюдает рекомендованный гипоаллергенный режим. Симптомы заболевания — выделения из носа, заложенность носа, зуд в глазах, слезотечение — появляются в весенне-летний период и практически не беспокоят осенью и зимой. Профессиональные вредности, контакт с поллютантами отрицает. Ежедневно водит машину. Сенсibilизирован к аллергенам кошачьей шерсти.
Какова рациональная терапия в данном случае?
48. Женщина 45 лет недавно переехала из другого города, предъявляет жалобы на приступы чихания, слезотечение и зуд в глазах, которые появляются в весенний период. Беспокоят также слизистые выделения из носа и заложенность носа, симптомов общей интоксикации пациентка не отмечает. Сопутствующие заболевания: компенсированный сахарный диабет типа II. Получает терапию — глибенкламид.
Какое диагностическое исследование необходимо для пациентки?
49. Пациентка 19 лет предъявляет жалобы на постоянную заложенность носа. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. В семье есть домашние животные – две кошки. Результаты лабораторных исследований: в клиническом анализе крови выявлена эозинофилия; уровень общего IgE повышен. Кожный тест с аллергеном «шерсть кошки» – положительный.
Ваши рекомендации пациентке.
50. Пациент 20 лет предъявляет жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, слезотечение. Симптомы беспокоят около года. В анамнезе рецидивирующие носовые кровотечения. Результаты кожного тестирования: выявлена сенсibilизация

- к клещам домашней пыли и пыльце сорных трав.
Выберите рациональную терапию для пациента?
51. Женщина 34 лет обратилась к аллергологу по поводу ринита, которым болеет с 20 лет. Со слов пациентки, сначала симптомы заболевания беспокоили только осенью, самостоятельно принимала дифенгидрамин, после чего отмечала сонливость. После переезда в другой город, 5 лет назад, ринит принял круглогодичное течение, появилась постоянная заложенность носа и стекание слизи по задней стенке глотки. Пациентку беспокоят также приступы ночного кашля и дневная утомляемость из-за плохого сна. Ежедневно принимает лоратадин по схеме без существенного положительного эффекта. В течение многих лет пациентка страдает экземой, использует топические глюкокортикоиды местно. Беспокоят также частые приступы мигрени, получает базисную терапию — пропроналол. Кожно-аллергические тесты ранее не проводились. Вредные привычки отрицает. Работает библиотекарем в новом здании. Живет в деревянном коттедже. Ковровое покрытие есть во всех комнатах, в том числе в спальне. Есть домашнее животное — кошка. Объективно: нижние носовые раковины отечны, увеличены, признаки гранулезного фарингита. В легких дыхание везикулярное. Результаты кожного тестирования: выявлена сенсibilизация к пыльце луговых и сорных трав, шерсти кошки, пылевым клещам. Какой из методов лечения не рекомендован данной пациентке? Назначьте схему лечения.
52. Женщина 34 лет страдает сезонным аллергическим ринитом тяжелого течения. Летом отмечает обильные прозрачные выделения из носа, зуд в глазах, слезотечение. Около 15 дней в году пациентка нетрудоспособна из-за симптомов аллергического ринита. Результаты кожного тестирования: выявлена сенсibilизация к пыльце луговых трав. Применение пероральных антигистаминных препаратов и топических стероидов приносит лишь незначительный положительный эффект. Выберите рациональную терапию аллергического ринита для пациентки.
53. Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа. Появление симптомов пациент связывает с изменением температуры воздуха, ухудшение состояния отмечает, когда заходит с улицы в теплое помещение. Самостоятельно использовал антигистаминные препараты, без положительного эффекта. Наследственность по атопии не отягощена. Есть домашнее животное — собака. Профессиональные вредности отрицает. Живет в кирпичном доме. При осмотре — слизистая полости носа бледная, отёчная. Цитологическое исследование секрета из полости носа: эозинофилов не выявлено. Результаты кожного тестирования с бытовыми, эпидермальными аллергенами отрицательные. Какой наиболее вероятный диагноз?
54. Женщина, 62 лет, отметила появление отеков в области губ, век после приема эналаприла. Укажите вероятный механизм подобной псевдоаллергической реакции. Девушка 18 лет поступила в отделение неотложной помощи с жалобами на покраснение и отек открытых участков кожи. Со слов пациентки данная реакция появилась час назад, во время нахождения на пляже. Появлению пятен предшествовало чувство жжения. Девушка также сообщила, что страдает акне, для лечения принимает доксициклин. Общее состояние удовлетворительное, пульс 82 в мин., АД — 120/80 мм. рт.ст., ЧДД — 14 в мин., температура тела — 36,9 °С. Объективно: кожа лица, разгибательной поверхности рук, груди отечна, гиперемирована, покрыта везикулярной сыпью. Каков наиболее вероятный диагноз?
55. Вы обследуете мужчину 62 лет с диагнозом «нейросифилис». При расспросе стало известно, что около 7 лет назад во время лечения ангины была анафилактическая реакция на пенициллин, со слов пациента «он чуть не умер». Какое лечение вы назначите?

56. Женщине 27 лет для лечения обострения хронического риносинусита назначен пенициллин. Через 30 минут после приема препарата пациентка отметила появление на теле уртикарной сыпи, сопровождающейся зудом. Какой механизм развития аллергической реакции на антибактериальный препарат?
57. Женщина, 34 лет, предъявляет жалобы на кожный зуд и сыпь. Появление данных симптомов пациентка связывает с приемом просроченного амоксициллина для лечения ангины. Со слов пациентки, сыпь появилась через полчаса после употребления препарата. Артериальное давление — 110/70 мм рт.ст., ЧСС — 80 в мин. Кожные покровы с явлениями уртикарной сыпи, расчесами. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, в лакунах миндалин патологического отделяемого нет. Подчелюстные лимфатические узлы безболезненны при пальпации. В легких везикулярное дыхание.
- С какого препарата следует начать лечение пациентки?
58. Вы обследуете пациента 47 лет, который доставлен в отделение неотложной помощи с жалобами на боль и гиперемию в области левой голени, которые беспокоят в течение 2-х дней. В анамнезе артериальная гипертензия и бронхиальная астма, принимает фуросемид и сальметерол по требованию. Имеет аллергию на пенициллин. Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД — 128/70 мм. рт.ст., ЧСС — 98 в мин., температура тела — 38.1 °С, ЧДД — 20 в мин. Принято решение назначить антибактериальную терапию внутривенно капельно. Через несколько минут после введения цефазолина отмечено ухудшение состояние пациента: АД — 80/40 мм. рт.ст., тахикардия 120 в мин, инспираторная одышка, стридор, диффузные свистящие хрипы при аускультации. Каков наиболее вероятный диагноз?

5.3. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы: акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина – М.: «Фармарус Принт Медиа», 2014. 126 с.
2. Иммунология: учебник/ Р.М. Хаитов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 528 с.
3. Иммунология. Атлас. / Р.М. Хаитов, А.А. Ярилин, Б.В. Пинегин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624 с.
4. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 656 с. – (Серия «Национальные руководства»).
5. Колхир П. В. Доказательная аллергология-иммунология. - М.: Практическая медицина, 2010. -528 с.

Дополнительная:

1. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. / Л.В. Ковальчук, Л.В.Ганковская, Р.Я. Мешкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 640 с.
2. Рациональная фармакотерапия аллергических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под ред. Р. М. Хаитова, Н.И. Ильиной, Т.В. Латышевой, Л.В. Лусс. М.: Литтерра, 2007.
3. Климко, Н. Н., Соболев А.В., Козлова Я.И. «Пищевая аллергия» // Учебное пособие. – изд.: СПб МАПО. – 2010. – 20 с.
4. Климко, Н. Н., Соболев А.В., Козлова Я.И. «Крапивница» // Учебное пособие. – изд.: СПб МАПО. – 2010. – 20 с.

5. Климко, Н. Н., Соболев А.В., Козлова Я.И. «Атопический дерматит» // Учебное пособие. – изд.: СПб МАПО. – 2010. – 24 с.
6. Климко, Н. Н. Диагностика и лечение внутрибольничного инвазивного аспергиллеза. Учебное пособие. / Н. Н. Климко, С. Н. Хостелиди. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 42 с.
7. Диагностика и лечение микозов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Российские национальные рекомендации / ред. Н. Н. Климко – М.: Боргес. – 2010. – 92 с.
8. Климко Н.Н., Козлова Я.И. «Микогенная аллергия» СПб: СПбМАПО, 2010 г – 24с.
9. Шабашова Н.В. «Грибы и иммунитет (проблемы взаимоотношения грибов и макроорганизма хозяина: пересечении до инвазии)». Учебное пособие с грифом УМО. //изд. СПбМАПО. Санкт-Петербург. 2008 г. / с.84

Базы данных, информационно-справочные системы:

1. [Scopus](http://www.scopus.com/) – <http://www.scopus.com/>
2. [ClinicalKey](https://www.clinicalkey.com/) - <https://www.clinicalkey.com/>
3. [EastView](#) - Медицина и здравоохранение в России (Полнотекстовые журналы)
4. [MedlinksRU](#) - книги и руководства по медицине, статьи по медицинским специальностям.
5. [MedMir.com](#) - обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
6. [Webmedinfo](#) - Открытый информационно-образовательный медицинский ресурс.
7. Информационно-справочные и поисковые системы [Medline](#), [Pub-Med](#), [WebofScience](#)
8. Правовая база «Консультант-плюс»
9. Российская национальная электронная библиотека: www.elibrary.ru
10. [Русский медицинский журнал \(РМЖ\)](#) – независимое издание для практикующих врачей.
11. [Федеральная электронная медицинская библиотека](#)
12. ЭБС Консультант Врача <http://www.rosmedlib.ru/>
13. [Электронный каталог «Российская медицина» \(ЦНМБ\)](#)
14. Электронный ресурс: сайт «микология»
<http://www.rusmedserv.com/mycology/index.html>
15. <http://www.raaci.ru/> - Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
16. <http://www.jiaci.org/> - Journal of investigational Allergology and Clinical Immunology
17. <http://www.jimmunol.org/> - Journal of Immunology
18. Архивы научных журналов «Российский аллергологический журнал», «Российский иммунологический журнал», «Consilium medicum»