



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На приём к врачу аллергологу-иммунологу пациентка женщина 45 лет.

### Жалобы

высыпания на теле и лице,  
зуд кожи,  
чувство комка в горле  
повышенную сонливость.

### Анамнез заболевания

Появление высыпаний ни с чем не связывает, иногда возникают после душа, высыпания возникают чаще дома, реже на работе без видимой причины. При возникновении высыпаний часто возникает чувство комка в горле, чувство затруднённого глотания. Иногда чувство комка в горле возникает без видимой связи с высыпаниями или чем-то еще. Высыпания на коже нижних конечностей сопровождаются отеками горячими на ощупь, проходящими через несколько часов.

Высыпания и чувство комка в горле через некоторое время проходят сами. Подобные симптомы беспокоят около 6 месяцев, ранее к врачу не обращалась, самостоятельно принимала разные антигистаминные препараты, без видимого эффекта. Сейчас принимает Эриус по 5 мг. 1 раз в день.

### Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Работает главным редактором в журнале, на работе большая стрессовая нагрузка.

Перенесённые заболевания: до появления выше перечисленных симптомов считала себя здоровым человеком

Наследственность: у матери Сахарный диабет 2-го типа, у бабушки по отцовской линии Бронхиальная астма.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Вредные привычки: не курит, алкоголь в небольших количествах в праздничные дни.

Профессиональных вредностей не имеет.

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,68 м, вес 58 кг, t тела 36,6°C. Кожа и видимые слизистые чистые. Проводя осмотр было замечено, что у пациентки на внутренней поверхности левой ноги в области колена появились высыпания в виде волдырей и гиперемии, также

наблюдается ангиоотек в области высыпаний, горячий на ощупь. В области высыпаний и ангиоотека пациентка отмечает зуд. Лимфатические узлы не увеличены. При пальпации щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 76 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 76 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Высыпания на левой ноге

**Какой диагноз на основании клинико-anamnestических данных вы можете поставить больной**

**Диагноз**

**Обязательными лабораторными методами обследования при хронической спонтанной и индуцированной крапивнице являются**

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Дополнительными методами исследования, которые показаны данной больной, являются**

**Результаты дополнительных методов обследования**

**Для выявления причинно-значимого аллергена у данной больной рекомендуется проведение**

**Результаты обследования**

**Для исключения наследственного ангиоотека у данной больной рекомендовано**

**Результаты обследования**

**Рекомендациями по лечению хронической крапивницы на первом этапе являются**

- селективные иммунодепрессанты- рекомбинантные гуманизированные моноклональные IgG1к антитела (Омализумаб)
- системные глюкокортикостероиды
- исключение триггеров, антигистаминные препараты второго поколения
- антигистаминные препараты первого поколения, исключение причиннозначимого аллергена

**При ангионевротическом отеке у данной больной лечение включает в себя**

- неседативные антигистаминные препараты + глюкокортикостероиды
- седативные антигистаминные препараты + антилейкотриеновые препараты + глюкокортикостероиды
- неседативные антигистаминные препараты + глюкокортикостероиды + антилейкотриеновые препараты
- неседативные антигистаминные препараты + эпинефрин+ омализумаб

**При неэффективности на первом этапе терапии хронической крапивницы дозу антигистаминных препаратов второго поколения нужно повысить до + \_\_\_\_ + кратной**

- 6
- 5
- 7
- 4

**После проведенного лечения у больной в течение 2-х месяцев высыпания не появлялись, но в августе она уехала на дачу, через 4 дня она снова обратилась к аллергологу, с жалобами на водянистые выделения из носа, покраснение и зуд глаз появляющиеся при выходе на улицу, высыпания вокруг рта, колики в животе при употреблении дыни, а также возобновлении высыпаний на лице и теле предположительным диагнозом является**

- ОРВИ. Пищевая непереносимость. Хроническая спонтанная крапивница в стадии обострения
- Сезонный аллергический ринит интермитирующий, легкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав). Хроническая спонтанная и индуцированная крапивница, в стадии обострения
- Медикаментозный ринит. Аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав.) Острая крапивница
- Сезонный аллергический ринит персистирующий, средне-тяжелого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит в фазе обострения.

Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение злаковых трав). Острая холинергическая крапивница

**Необходимым дополнительным исследованием проводимым в сезон цветения является**

- проведение кожных скарификационных тестов
- проведение кожных прик-тестов
- анализ крови для определения аллергоспецифических иммуноглобулинов E на пыльцевые аллергены сорных трав, пищевые аллергены дыня
- анализ крови для определения аллергоспецифических иммуноглобулинов G на пыльцевые аллергены сорных трав

**Для лечения сезонного аллергического ринита интермитирующего легкого течения применяют**

- глюкокортикостероиды + омализумаб
- интраназальные глюкокортикостероиды+ неседативные антигистаминные препараты
- интраназальные глюкокортикостероиды+ интраназальные антигистаминные препараты
- неседативные антигистаминные препараты или интраназальные антигистаминные препараты

**Синдром лекарственной гиперчувствительности (DIHS или DHS – DRUG INDUCED HYPERSENSITIVITY) или DRESS синдром (DRUG RASH WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS) характеризуется реактивацией**

- глюкокортикостероиды + омализумаб
- интраназальные глюкокортикостероиды+ неседативные антигистаминные препараты
- интраназальные глюкокортикостероиды+ интраназальные антигистаминные препараты
- неседативные антигистаминные препараты или интраназальные антигистаминные препараты

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратилась пациентка 18 лет.

## **Жалобы**

- \* На рецидивирующие, не зудящие локальные отеки;
- \* Периодически возникающие боли в животе;
- \* Болезненность и чувство жжения в месте отека;
- \* Повышенную раздражительность.

## **Анамнез заболевания**

- \* Впервые локальный отек правой верхней конечности появился пять лет назад, после ушиба конечности;
- \* Затем отеки на разных участках тела и конечностей стали появляться все чаще, провоцирующими факторами были травма, физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, стресс, после приема препарата Диане-35, назначенного гинекологом с целью контрацепции (препарат был отменен), иногда без видимой причины;
- \* Спонтанно возникают боли в животе, продолжающиеся несколько дней, вынуждена принимать обезболивающие, часто боли начинаются после занятий в спортивном клубе, поэтому перестала его посещать.
- \* Участковым педиатром два года назад был выставлен диагноз Ангионевротический отек, назначен курс антигистаминных препаратов, глюкокортикостероидов, после приёма которых улучшение не наблюдалось;
- \* Отеки развивались медленно и проходили самостоятельно через 2-4 дня;
- \* Участковый терапевт назначил развернутый анализ крови и консультацию аллерголога-иммунолога

## **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась нормально;
- \* Студентка;
- \* Аллергоанамнез: не отягощен;
- \* Беременности – 0;
- \* Наследственность: двоюродная сестра по материнской линии умерла в возрасте 23 лет от асфиксии вследствие отека гортани после стоматологических манипуляций;
- \* Перенесённые заболевания: простудные заболевания (до 2-х раз в год);
- \* Вредные привычки: отрицает;
- \* Профессиональных вредностей не имеет.

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормального питания, рост - 1,65 м, вес - 50 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые физиологической окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Локальный отек предплечья справа, бледный, кожные покровы над отеком не гиперемированы, обычной температуры, плотный, при надавливании

на область отека не остается ямки. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 17 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, дополнительные дыхательные шумы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**На основании клинико-anamnestических данных пациентке можно поставить предварительный диагноз**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам
- Синдром Мелькерссона-Розенталя
- Наследственный ангиоотек
- Синдром верхней полой вены

**Обязательным лабораторным методом обследования для постановки диагноза наследственный ангиоотёк является**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам
- Синдром Мелькерссона-Розенталя
- Наследственный ангиоотек
- Синдром верхней полой вены

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Уточняющим дополнительным методом лабораторной диагностики наследственного ангиоотёка является исследование в сыворотке крови**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам
- Синдром Мелькерссона-Розенталя
- Наследственный ангиоотек
- Синдром верхней полой вены

**Результаты исследования в сыворотке крови**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторных методов обследования данной пациентке можно поставить окончательный диагноз**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам
- Синдром Мелькерссона-Розенталя
- Наследственный ангиоотек
- Синдром верхней полой вены

## **Диагноз**

**Препаратом выбора для долгосрочной или краткосрочной профилактики наследственного ангионевротического отёка у данной больной является**

- концентрат ингибитора С1-эстеразы
- иммуноглобулин человека нормальный
- даназол
- селективный блокатор В-2 брадикининовых рецепторов Икатибант

**Для купирования острого приступа наследственного ангиоотёка предпочтительно применять**

- аттенуированный андроген
- икатибант
- ингибиторы фибринолиза
- транексамовую кислоту

**При лечении наследственного ангиоотека у взрослых в качестве препарата для купирования отеков икатибант используют в дозировке + \_\_\_\_\_ + в сутки**

- 10 мг п/к
- 80 мг п/к
- 30 мг п/к
- 100 мг п/к

**Доза ингибитора С1-эстеразы (Беринерта) необходимая для пациентов с наследственным ангионевротическим отеком при плановых оперативных вмешательствах у взрослых составляет + \_\_\_\_\_ + МЕ в/в**

- 1000
- 500
- 5000
- 200

**Через 2 года успешного лечения пациентка забеременела, препаратом выбора при беременности у женщин с наследственным ангиоотеком является**



- иммуноглобулин человеческий (Пентаглобин)
- концентрат ингибитора С1-эстеразы
- селективный блокатор В-2 брадикининовых рецепторов Икатибант (Фиразир)
- аттенуированный андроген (Даназол)

**При частых/жизнеугрожающих отёках в 3-м триместре, отёках гениталий в анамнезе в отсутствии концентрата ингибитора С1-эстеразы рекомендуется премедикация перед родами**

- свежезамороженной или нативной плазмой (250–300 мл)
- аминокaproновой кислотой + свежезамороженная или нативная плазма (450–500 мл)
- антифибринолитиками + глюкокортикостероидами
- транексамом (4 г/сут) + свежезамороженная или нативная плазма (450–500 мл)

**Методом первичной профилактики наследственного ангиоотека является**

- проведение вакцинации
- генетическое консультирование
- запрет на использование препаратов, содержащих эстрогенные гормоны
- проведение премедикации перед планируемыми оперативными вмешательствами и стоматологическими манипуляциями

**Критерием диагностики наследственного ангиоотека без дефицита С1-Ингибитора является выявление**

- проведение вакцинации
- генетическое консультирование
- запрет на использование препаратов, содержащих эстрогенные гормоны
- проведение премедикации перед планируемыми оперативными вмешательствами и стоматологическими манипуляциями

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратился пациент 25 лет.

### **Жалобы**

- \* на отек левой кисти и предплечья,
- \* периодически возникающие отеки лица, верхних конечностей,

- \* ощущение першения в горле,
- \* иногда осиплость голоса,
- \* ощущение «пятна» на нёбе.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента и согласно представленной медицинской документации в июле 2017 г. во время полевых работ после укуса пчелы в лобную область появился выраженный локальный отёк, который через несколько часов распространился на лицо, грудь. Пациент был в экстренном порядке госпитализирован, после применения антигистаминных препаратов, ГКС- отек купирован. Повторно в августе 2017 после ужаления оводом - отёк правой кисти, верхней конечности шеи, лица, лечился стационарно, выписку из стационара не предоставил.

10.03.2019 отметил появление зуда и отёк правого глаза, распространившийся на правую щеку. Лечился по месту жительства.

Через три недели спонтанно появился отёк правой кисти и предплечья, развивавшийся медленно, появлению отёка предшествовало появление локальной боли, отёк был холодный, плотный на ощупь, зуда не было, лечился по месту жительства, антигистаминные препараты не помогали. Спустя три недели отек повторился, развился отёк гортани, был госпитализирован в стационар.

У двоюродной сестры аналогичные проявления. В семье были младенческие смерти.

Участковый терапевт назначил развернутый анализ крови и консультацию аллерголога-иммунолога.

|===

Показатель	Результат	Норма
Лейкоциты	$10^9$ кл/л   7,9	3,6 - 10
-нейтрофилы, %	70,1	35 - 76
-лимфоциты %	20,1	20 - 51
-моноциты %	8,1	1,7 - 11
-эозинофилы %	1,5	1 - 5
-базофилы %	0,3	0 - 1
Эритроциты (RBC)	$10^{12}$ кл/л   4,9	4,1 - 5,3
Гемоглобин (HGB) г/л	132	120 - 140
Гематокрит (HCT) %	40,8	36 - 42
Средний объем эритроцита (MCV), фл	83	75 - 95
Среднее содержание HGB в 1 эритроците (MCH), пг	29	27 - 34
Средняя концентрация HGB в 1 эритроците (MCHC) г/л	348	300 - 380
Тромбоциты (PLT) $10^9$ кл/л	194	180 - 320

|СОЭ мм/ч |9 |2 - 30

|===

### **Анамнез жизни**

- \* Рос и развивался нормально;
- \* Работает сотрудником охраны;
- \* Аллергоанамнез: не отягощен;
- \* Наследственность: У двоюродной сестры аналогичные проявления, после обследования в институте иммунологии ей был поставлен диагноз НАО I типа;
- \* Перенесённые заболевания: простудные заболевания (до 2-х раз в год);
- \* Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день, последние 4 года;
- \* Профессиональных вредностей не имеет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормального питания, рост - 1,85 м, вес -87 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые физиологической окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Локальный отек левой кисти, бледный, кожные покровы над отеком не гиперемированы, обычной температуры, плотный, при надавливании на область отека не остается ямки. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 17 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярные, дополнительные дыхательные шумы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**На основании клинико-anamnestических данных данному больному можно поставить предварительный диагноз**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Наследственный ангиоотек. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Хроническая идиопатическая крапивница. Ангиоотек. Инсектная аллергия
- Синдром Мелькерссона-Розенталя. Инсектная аллергия (ангиоотек)

**Обязательным лабораторным методом обследования для постановки диагноза наследственный ангиоотёк является**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Наследственный ангиоотек. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Хроническая идиопатическая крапивница. Ангиоотек. Инсектная аллергия
- Синдром Мелькерссона-Розенталя. Инсектная аллергия (ангиоотек)

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Уточняющим дополнительным методом лабораторной диагностики диагноза наследственный ангиоотёк является исследование в сыворотке крови**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Наследственный ангиоотек. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Хроническая идиопатическая крапивница. Ангиоотек. Инсектная аллергия
- Синдром Мелькерссона-Розенталя. Инсектная аллергия (ангиоотек)

### **Результаты исследования в сыворотке крови**

**На основании полученных результатов клинико-лабораторных методов обследования данному пациенту можно поставить окончательный диагноз**

- Ангиоотек, обусловленный гиперчувствительностью к лекарственным средствам. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Наследственный ангиоотек. Инсектная аллергия (ангиоотек)
- Хроническая идиопатическая крапивница. Ангиоотек. Инсектная аллергия
- Синдром Мелькерссона-Розенталя. Инсектная аллергия (ангиоотек)

### **Диагноз**

**Препаратом выбора для долгосрочной или краткосрочной профилактики наследственного ангиоотёка у данного больного является**

- селективный блокатор В-2 брадикининовых рецепторов икатибант
- концентрат ингибитора С1-эстеразы
- иммуноглобулин человека нормальный
- антигистаминный препарат второго поколения

**Для купирования острого приступа наследственного ангиоотёка предпочтительно применять**

- глюкокортикостероиды
- икатибант
- аттенуированный андроген

- ингибиторы фибринолиза

**При лечении наследственного ангиоотека в качестве препарата для долгосрочной профилактики у взрослых транексамовую кислоту используют в дозировке + \_\_\_\_\_ + в сутки**

- 20-30 мг/кг массы тела, разделенных на 2 приема
- 30-50 мг/кг массы тела, разделенных на 4 приема
- 10-20 мг/кг массы тела, разделенных на 3 приема
- 100 мг/кг массы тела, разделенных на 2 приема

**Доза ингибитора С1-эстеразы (Беринерта), необходимая для пациентов с наследственным ангиоотеком при плановых оперативных вмешательствах у взрослых, составляет + \_\_\_\_\_ + МЕ в/в**

- 5000
- 200
- 1000
- 500

**Для лечения симптомов инсектной аллергии у данного больного при укусе насекомых нужно применить**

- антигистаминные препараты второго поколения + 0,1% раствор эпинефрина по 0,3 внутримышечно
- свежемороженая плазма + глюкокортикостероидные препараты
- антигистаминные препараты первого поколения + 0,1% раствор эпинефрина по 0,3 внутримышечно
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов + глюкокортикостероидные препараты

**В случае ужаления в область головы, шеи и угрозе асфиксии вследствие выраженного местного отека проводят**

- антигистаминные препараты второго поколения
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов + глюкокортикостероидные препараты + 0,1% раствор эпинефрина по 0,3 внутримышечно
- экстренную интубацию или трахеостомию
- антигистаминные препараты второго поколения + глюкокортикостероидные препараты + 0,1% раствор эпинефрина по 0,3 внутримышечно

**Методом первичной профилактики наследственного ангиоотека является**

- проведение вакцинации
- проведение премедикации перед планируемыми оперативными вмешательствами и стоматологическими манипуляциями
- запрет на использование препаратов, содержащих эстрогенные гормоны
- генетическое консультирование

**Для профилактики приступов наследственного ангионевротического отека у пациентов от 12 лет и старше используют моноклональное антитело**

- проведение вакцинации
- проведение премедикации перед планируемыми оперативными вмешательствами и стоматологическими манипуляциями
- запрет на использование препаратов, содержащих эстрогенные гормоны
- генетическое консультирование

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу обратилась пациентка 14 лет.

### **Жалобы**

- \* на ежедневную заложенность носа, обильное водянистое отделяемое из носа, зуд в полости носа;
- \* периодические чихания;
- \* головную боль;
- \* плохой сон;
- \* тяжело посещать занятия в школе.

### **Анамнез заболевания**

- \* на приём пришла с мамой;
- \* впервые симптомы ринита начались 30 апреля, когда всей семьёй выехали на дачу;
- \* сначала появилось водянистое отделяемое на улице, с каждым днём симптомы усиливались, появилась заложенность носа, симптомы прогрессировали, выделения из носа и назальная обструкция стали носить круглосуточный характер. Выделения водянистые, обильные;
- \* на улице появились сильные периодические чихания;
- \* температура не повышалась;
- \* сразу после майских праздников записалась на приём, так как состояние постоянно ухудшалось, перестала дышать носом по ночам, появился кашель в положении лёжа;

\* принимала Кларитин по 1 таблетке 1 раз в день, Отривин, при приеме которых насморк до конца не проходил.

### **Анамнез жизни**

\* Росла и развивалась нормально.

\* Учится в математической школе.

\* Перенесённые заболевания: ОРВИ, в возрасте 2,6 лет была тяжело протекавшая ротовирусная инфекция, с потерей веса, была госпитализирована в инфекционное отделение.

\* Беременности – 0, родов -0.

\* Наследственность: у отца –Бронхиальная астма с детства, у бабушки со стороны матери Бронхиальная астма.

\* Вредные привычки: нет.

\* Профессиональных вредностей не имеет.

\* Аллергоанамнез без особенностей.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,70 м, вес 52 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, кожа ноздрей и вокруг ноздрей воспалена, гиперемирована, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Конъюнктивит гиперемирована, отек век. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон, в носовой полости с обеих сторон большое количество водянистого отделяемого. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**У данной пациентки можно заподозрить сенсibilизацию к группе**

**+ \_\_\_\_\_ + аллергенов**

- пыльцевых
- пищевых
- эпидермальных
- бытовых

**На основании клинико-анамнестических данных данной пациентке можно поставить предварительный диагноз**

- пыльцевых
- пищевых
- эпидермальных
- бытовых

## **Диагноз**

**Для диагностики поллинозов вне сезона цветения предпочтительным методом исследования является**

- тест торможения естественной миграции лейкоцитов in vivo
- кожный тест с аутологичной сывороткой крови
- проведение кожного аллергологического тестирования
- ингаляционный провокационный тест

**Лабораторными методами обследования для уточнения диагноза аллергический ринит во время сезона цветения причиннозначимого аллергена у данной пациентки являются**

- тест торможения естественной миграции лейкоцитов in vivo
- кожный тест с аутологичной сывороткой крови
- проведение кожного аллергологического тестирования
- ингаляционный провокационный тест

## **Результаты лабораторных методов обследования**

**У данной пациентки при проведении передней риноскопии Вы увидите**

- отёк носовых раковин, незначительное количество слизистого секрета, цианотичный или серый цвет слизистой
- отёк носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, парусообразное искривление носовой перегородки
- гипертрофия слизистой, незначительное количество слизистого секрета
- отёк носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, ярко-красный цвет слизистой

**Для медикаментозного лечения аллергического ринита у данной больной нужно начинать с**

- антигистаминные препараты второго поколения + препараты кромоглициевой кислоты
- интраназальные глюкокортикостероиды + неседативные антигистаминные препараты



- интраназальные антигистаминные препараты + неседативные антигистаминные препараты
- омализумаб

#### **Патогенетическим методом лечения аллергического ринита является**

- ограничение контакта с причинно-значимыми аллергенами
- применение интраназальных глюкокортикостероидов
- аллерген-специфическая иммунотерапия
- хирургическое вмешательство

#### **У детей с поллинозом в сезон пыления причиннозначимых растений отмечается**

- уменьшение размера аденоидов
- острый гнойный отит
- увеличение размера аденоидов
- стойкая потеря слуха

#### **Перекрестную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с**

- свёклой, шпинатом
- яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней
- маслом подсолнечника, подсолнечным семенем, халвой
- пищевыми злаками, медом

#### **Аллергенспецифическую терапию, проводимую инъекционно по классической схеме, нужно**

- закончить за 1-2 недели до начала сезона пыления причинно-значимого растения
- закончить за 3 месяца до начала пыления растений
- закончить за 3 месяца до начала сезона пыления причинно-значимого растения
- во время сезона цветения растений перевести пациента на поддерживающую дозу препарата

#### **У детей более благоприятный профиль безопасности имеет аллергенспецифическая терапия, стандартизированными аллергенами, проводимая**

- эндобронхиально
- сублингвально

- подкожно по ускоренной схеме водно-солевыми аллергенами по Ю.А. Порошиной
- подкожно по классической схеме

**При проведении ускоренного парентерального метода аллергенспециической иммунотерапии начальную дозу аллергена определяют**

- эндобронхиально
- сублингвально
- подкожно по ускоренной схеме водно-солевыми аллергенами по Ю.А. Порошиной
- подкожно по классической схеме

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу обратился пациент 35 лет.

### **Жалобы**

- \* на сильный насморк, с водянистым отделяемым;
- \* периодические чихания;
- \* головную боль;
- \* плохой сон;
- \* невозможность совершать пешие прогулки по улице, заниматься спортом.

### **Анамнез заболевания**

- \* Симптомы ринита беспокоят с 28 марта.
- \* Интенсивность симптомов нарастала с каждым днём, усиливаясь сначала на улице, затем круглосуточно. Выделения водянистые, обильные.
- \* На улице появились очень сильные чихания, стал использовать фильтры для носа при выходе на улицу.
- \* Температура не повышалась.
- \* На майские праздники был у друзей на даче, где возникло резкое ухудшение состояния, возникла заложенность носа в ночные часы, появился раздражающий кашель в положении лёжа.
- \* Принимал Зиртек по 1 таблетке 1 раз в день, на фоне приема которого происходило незначительное облегчение состояния.

### **Анамнез жизни**

- \* Рос и развивался нормально.
- \* Работает в финансовой компании.
- \* Перенесённые заболевания: со слов пациента в детстве перенёс частые ОРВИ.

- \* Наследственность: у матери –Бронхиальная астма.
- \* Вредные привычки: нет.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Дома живет персидская кошка 3-х лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,88 м, вес 86 кг, t тела 36,6°C. Кожа чистая, влажная, физиологической окраски, кожа ноздрей и вокруг ноздрей воспалена, гиперемирована, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Носовое дыхание с закрытым ртом затруднено. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

### **У данного больного можно заподозрить сенсibilизацию к аллергенам**

- эпидермальным, сенсibilизация к аллергенам кошки, собаки
- пыльцевым, сенсibilизация к пыльце деревьев
- лекарственным
- бытовым, сенсibilизация к клещам домашней пыли

### **На основании клинико-анамнестических данных данному пациенту можно поставить диагноз**

- эпидермальным, сенсibilизация к аллергенам кошки, собаки
- пыльцевым, сенсibilизация к пыльце деревьев
- лекарственным
- бытовым, сенсibilизация к клещам домашней пыли

### **Диагноз**

### **Для диагностики поллинозов вне сезона цветения предпочтительным методом является**

- проведение провокационных тестов
- проведение кожных проб
- определение аллергоспецифических иммуноглобулинов E
- многокомпонентная (молекулярная) диагностика

**Лабораторными методами обследования для уточнения диагноза аллергический ринит во время сезона цветения причиннозначимого аллергена являются**

- проведение провокационных тестов
- проведение кожных проб
- определение аллергоспецифических иммуноглобулинов E
- многокомпонентная (молекулярная) диагностика

**Результаты лабораторных методов обследования**

**При проведении передней риноскопии Вы увидите**

- отёк носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, ярко-красный цвет слизистой
- гипертрофия слизистой, незначительное количество слизистого секрета
- отёк носовых раковин, незначительное количество слизистого секрета, цианотичный или серый цвет слизистой
- отёк носовых раковин, значительное количество водянистого секрета, парусообразное искривление носовой перегородки

**Для медикаментозного лечения аллергического ринита у данного больного нужно применить**

- антигистаминные препараты второго поколения
- антигистаминные препараты второго поколения+ препараты кромоглициевой кислоты+ антилейкотриеновые препараты
- системные глюкокортистероиды
- интраназальные глюкокортикостероиды + антигистаминные препараты второго поколения

**Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с**

- пищевыми злаками, медом
- свёклой, шпинатом
- маслом подсолнечника, подсолнечным семенем, халвой
- яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней

**Патогенетическим методом лечения аллергического ринита является**

- аллерген-специфическая иммунотерапия
- применение интраназальных глюкокортикостероидов
- хирургическое вмешательство
- элиминация аллергена

**Об эффективности проводимой аллерген-специфической иммунотерапии у пациента свидетельствует повышение уровня специфических иммуноглобулинов + \_\_\_\_\_ + в крови**

- G4
- D
- E
- M

**Противопоказанием для проведения подкожной аллерген-специфической иммунотерапии является**

- сочетание аллергического ринита и атопического дерматита
- сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы
- анафилактическая реакция на яд перепончатокрылых в анамнезе
- онкологическое заболевание в стадии ремиссии

**При проведении ускоренного парентерального метода аллергенспецифической иммунотерапии у лиц с высокой чувствительностью начальную дозу аллергена определяют**

- как ориентировочную 0,1 мл в разведении 1:100000
- с помощью алергометрического титрования
- как ориентировочную 0,1 мл в разведении 0,0001 мкг/мл
- согласно инструкции к предлагаемому препарату

**Перекрёстную реакцию клещи дерматофаги (*Dermatophagoides* \_\_  
\_\_*pteronyssimus*\_\_, *Dermatophagoides* \_\_*farine*\_\_) дают с**

- как ориентировочную 0,1 мл в разведении 1:100000
- с помощью алергометрического титрования
- как ориентировочную 0,1 мл в разведении 0,0001 мкг/мл
- согласно инструкции к предлагаемому препарату

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу аллергологу-иммунологу по направлению врача педиатра участкового обратилась пациентка 15 лет.

### **Жалобы**

Повышение температуры тела до 37,5 °С.

Слабость, недомогание.

Частые простудные заболевания.

### **Анамнез заболевания**

В 6 месяцев - инфекционный мононуклеоз.

В 8 месяцев - острый пиелонефрит.

В 11 месяцев - афтозный стоматит.

В 1 год 7 месяцев - обструктивный бронхит, гнойный отит.

В 5 лет - правосторонняя пневмония.

В 6 лет - острый пиелонефрит, двусторонняя пневмония.

В 9 лет – повторно инфекционный мононуклеоз, хронический синусит.

В 12 лет - правосторонняя нижнедолевая пневмония, двусторонний гнойный отит.

В течение последних 4 лет частые обострения хронического бронхита, хронического синусита, хронического тонзиллита. Отмечает отсутствие эффекта от стандартной антибактериальной терапии.

В детстве часто беспокоили диареи.

Последнюю неделю отмечает нарастание выше перечисленных симптомов.

2 недели назад была на приеме у участкового педиатра по поводу кашля с обильной мокротой желтого цвета, одышку при физической нагрузке, ощущение дискомфорта в области грудной клетки, повышения температуры до 38°C, был поставлен диагноз правосторонняя очаговая пневмония, принимала амоксициллин 7 дней, после чего выше перечисленные симптомы прошли, но сохраняется субфебрильная температура, слабость.

Участковый педиатр назначил развернутый анализ крови и консультацию аллерголога-иммунолога

[cols="^,^", ]

|====

| \*Показатель\* | \*Результат\* | \*Нормы\*

| Эритроциты (RBC), \*10<sup>12</sup>/л | \*5,5\* | м. 4,4-5,0

ж. 3,8-4,5

| Гемоглобин (Hb), г/л | \*122\* | м. 130-160

ж. 120-140

| Тромбоциты (PLT), \*10<sup>9</sup>/л | \*192\* | 180-320

| Лейкоциты (WBC), \*10<sup>9</sup>/л | \*11,2\* | 4-9

3+<sup>^</sup> | \*Лейкоцитарная формула\*

| Нейтрофилы палочкоядерные, % | \*1\* | 1-6

| Нейтрофилы сегментоядерные, % | \*38\* | 47-72

| Эозинофилы, % | \*2\* | 1-5

| Базофилы, % | \*1\* | 0-1

| Лимфоциты, % | \*43\* | 19-37

| Моноциты, % | \*15\* | 2-10

| СОЭ, мм/ч | \*15\* | м. 2-10

ж. 2-15

|====

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность не отягощена, в семье, у бабушки со стороны матери, были младенческие смерти.

\* Ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности, срочных родов.

\* Вес при рождении 3300 г, рост 50 см.

\* Период новорожденности без особенностей.

\* Профилактические прививки: до 8 лет привита по календарю.

\* БЦЖ проведено в роддоме, без осложнений, БЦЖ в 7 лет-БЦЖит, локальная форма. Реакция Манту отрицательная.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормального питания, рост – 163 см, вес – 57 кг. Температура тела 36,9°C. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, влажные. На коже стоп отмечается слабое шелушение в III – IV межпальцевых переходных складках, сопровождающиеся незначительными воспалительными явлениями. При осмотре с лампой Вуда, наблюдается зеленое свечение. Периферические лимфатические узлы увеличены, отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Носовое дыхание не затруднено. Над всей поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах справа выслушивается нежная крепитация. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту. Живот доступен для глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Нервная система: парезов, параличей, нистагма, атаксии, менингеальных симптомов нет, координационные пробы не нарушены. Физиологические отправления в норме.

### **На основании клинико-anamnestических данных пациентке можно поставить предварительный диагноз**

- X-сцепленный лимфопролиферативный синдром. Хронический бронхит, ремиссия. Поверхностный микоз стоп
- Синдром Ди-Джорджи. Хронический синусит, обострение. Аллергический дерматит
- Общий вариабельный иммунодефицит неуточнённый. Поверхностный микоз стоп
- Верруциформная эпидермодисплазия

### **Лабораторным методом обследования для постановки диагноза общий переменный иммунодефицит является**

- X-сцепленный лимфопролиферативный синдром. Хронический бронхит, ремиссия. Поверхностный микоз стоп
- Синдром Ди-Джорджи. Хронический синусит, обострение. Аллергический дерматит
- Общий переменный иммунодефицит неуточненный. Поверхностный микоз стоп
- Верруциформная эпидермодисплазия

### **Результаты лабораторного метода обследования**

#### **Обязательными инструментальными методами для уточнения диагноза первичный иммунодефицит с преимущественной недостаточностью антител являются**

- X-сцепленный лимфопролиферативный синдром. Хронический бронхит, ремиссия. Поверхностный микоз стоп
- Синдром Ди-Джорджи. Хронический синусит, обострение. Аллергический дерматит
- Общий переменный иммунодефицит неуточненный. Поверхностный микоз стоп
- Верруциформная эпидермодисплазия

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить окончательный диагноз**

- X-сцепленный лимфопролиферативный синдром. Хронический бронхит, ремиссия. Поверхностный микоз стоп
- Синдром Ди-Джорджи. Хронический синусит, обострение. Аллергический дерматит
- Общий переменный иммунодефицит неуточненный. Поверхностный микоз стоп
- Верруциформная эпидермодисплазия

### **Диагноз**

**К первичной профилактике для форм первичных иммунодефицитов с известным генетическим дефектом относят**



- пренатальный скрининг и медико-генетическое консультирование
- профилактику инфекционных осложнений
- раннее выявление и терапию неинфекционных проявлений иммунодефицита
- вакцинацию беременных живыми вакцинами

**Оценку способности антителообразования проводят через 3–4 недели после вакцинации. Адекватным приростом является + \_\_\_\_\_ + от исходного уровня**

- 4-х кратное увеличение IgG
- 3-х кратное увеличение IgM
- 2-х кратное увеличение IgM
- 2-х кратное увеличение IgG

**Для заместительной терапии первичных иммунодефицитов с нарушением синтеза антител у пациентов с почечной недостаточностью следует отдавать предпочтение + \_\_\_\_ + % растворам иммуноглобулина человека нормального**

- 10
- 5
- 20
- 1

**Регулярная поддерживающая терапия внутривенными иммуноглобулинами проводится в дозе**

- 0,6-0,8 г/кг 1 раз в неделю
- 0,9-1 г/ 1 раз в 7-8 недель
- 0,4 г/кг 1 раз в 3-4 недели
- 0,3-0,4 г/кг 1 раз в 2 недели

**У лиц с первичными иммунодефицитами запрещена вакцинация**

- вакциной против пневмококковой инфекции
- инактивированными вакцинами
- вакциной против дифтерии, столбняка
- живыми вакцинами

**Показателем эффективности терапии является**

- снижение частоты гнойных осложнений инфекционных заболеваний
- не более двух синуситов в год
- не более двух пневмоний в год

- достижение контроля над инфекционными проявлениями

**У лиц с первичными иммунодефицитами диагностику инфекций лучше всего проводить с помощью**

- ИФА
- реакции торможения гемагглютинации
- реакции связывания комплемента
- ПЦР-исследования

**Наследственные агаммаглобулинемии характеризуются**

- ИФА
- реакции торможения гемагглютинации
- реакции связывания комплемента
- ПЦР-исследования

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратилась пациентка 38 лет.

### **Жалобы**

- \* на ежедневную заложенность носа, чихание, обильное водянистое отделяемое из носа, зуд в полости носа в течение 2-х недель;
- \* на обильное слезотечение, зуд и отечность век в течение 2-х недель;
- \* плохой сон, в ночное время сохраняется заложенность носа;
- \* зуд и покраснение кожи рук.

### **Анамнез заболевания**

Впервые заложенность носа, чихание, зуд в полости носа и зуд век появились год назад (конец апреля-май) и продолжались около четырех недель, в этом году ухудшение состояния отмечает в течение последних 4-х недель, симптомы начались с 28 апреля с легкого насморка и чихания на улице и нарастали с каждой неделей.

Вышеуказанные симптомы беспокоят круглосуточно, ухудшение при выходе на улицу, особенно усиливаются при прогулке в парке.

Также отмечает появление зуда, высыпаний и покраснения кожи рук в местах контакта с бытовыми химическими веществами (средство для мытья посуды, стиральный порошок) в течение последних двух лет. После прекращения контакта с химическим веществом, зуд, покраснение и мелкопапулезные



бронхиальная астма.

\* Перенесённые заболевания: острый аппендицит в 10 лет, хронический гастрит, хронический панкреатит.

\* Вредные привычки: отрицает.

\* Профессия: парикмахер в салоне.

\* Дома живет кролик в течении 3-х лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормального питания, рост - 1,63 м, вес - 65 кг, t тела - 36,6°C. На коже рук эритематозные, мелкопапулезные высыпания, шелушение. Конъюнктивит гиперемирован, отек век.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.

Носовое дыхание затруднено с обеих сторон, в носовой полости с обеих сторон большое количество водянистого отделяемого. Грудная клетка

нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 17 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы

относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин

удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по

поясничной области отрицательный.

### **На основании клинико-anamnestических данных данной больной можно поставить предварительный диагноз**

- Круглогодичный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный домашней пылью. Круглогодичный аллергический конъюнктивит, вызванный домашней пылью. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Острый кератоконъюнктивит
- Сезонный аллергический интермитирующий ринит, легкого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами
- Вазомоторный ринит. Вирусный конъюнктивит. Атопический дерматит
- Сезонный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами

**Обязательными инструментальными методами обследования для постановки диагноза сезонный аллергический ринит, сезонный аллергический конъюнктивит является**

- Круглогодичный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный домашней пылью. Круглогодичный аллергический конъюнктивит, вызванный домашней пылью. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Острый кератоконъюнктивит
- Сезонный аллергический интермитирующий ринит, легкого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами
- Вазомоторный ринит. Вирусный конъюнктивит. Атопический дерматит
- Сезонный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами

**Результаты обследования**

**Для уточнения спектра сенсибилизации при сезонном аллергическом рините и сезонном аллергическом конъюнктивите необходимыми методами обследования являются**

- Круглогодичный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный домашней пылью. Круглогодичный аллергический конъюнктивит, вызванный домашней пылью. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Острый кератоконъюнктивит
- Сезонный аллергический интермитирующий ринит, легкого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами
- Вазомоторный ринит. Вирусный конъюнктивит. Атопический дерматит
- Сезонный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами

**Результаты обследования**

**Какой окончательный диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- Круглогодичный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный домашней пылью. Круглогодичный аллергический конъюнктивит, вызванный домашней пылью. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами. Острый кератоконъюнктивит
- Сезонный аллергический интермитирующий ринит, легкого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Простой раздражительный дерматит, вызванный другими химическими веществами
- Вазомоторный ринит. Вирусный конъюнктивит. Атопический дерматит
- Сезонный аллергический персистирующий ринит, средне-тяжелого течения, вызванный пылью растений. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный пылью растений. Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами

**Диагноз**

**Мерой, направленной на профилактику обострений аллергического контактного дерматита является**

- постоянное медикаментозное лечение
- рекомендация чаще подвергаться воздействию солнечных лучей
- исключение контакта с причинно-значимым аллергеном
- профилактическое использование местных глюкокортикостероидов 1 раз в неделю

**Для лечения аллергического ринита у данной пациентки целесообразно применить**

- антигистаминные препараты второго поколения+ интраназальные ГКС
- антибиотикотерапию+ антигистаминные препараты первого поколения
- антигистаминные препараты первого поколения+ препараты кромоглициевой кислоты+ седативные препараты
- препараты кромоглициевой кислоты + антагонисты лейкотриеновых рецепторов+ оральные ГКС

**Для лечения аллергического конъюнктивита у данной больной рекомендуются**

- препараты кромоглициевой кислоты или антигистаминные препараты в виде глазных капель
- антигистаминные + антибактериальные препараты в виде глазных капель
- глюкокортикостероидные препараты в виде глазных мазей
- антигистаминные препараты в виде глазных капель+ глюкокортикостероидные препараты в виде глазных мазей

**Показанием для хирургического вмешательства при аллергическом рините является**

- сопутствующая тяжелая бронхиальная астма
- невозможность провести аллергенспецифическую иммунотерапию
- наличие изменения внутриносовых структур
- выраженная назальная обструкция при обострении

**Для лечения аллергического контактного дерматита у данной больной рекомендовано применение**

- местных антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- местных комбинированных препаратов содержащих глюкокортикостероиды
- топических глюкокортикостероидов

**Основным патогенетическим методом лечения аллергического ринита является**

- проведение элиминационных мероприятий
- аллерген-специфическая иммунотерапия
- применение антигистаминных препаратов
- применение интраназальных глюкокортикостероидов

**Об эффективности проводимой аллерген-специфической иммунотерапии у пациента свидетельствует повышение уровня аллерген-специфических иммуноглобулинов +\_\_\_\_\_+ в крови**

- E
- D
- G4
- M

**Перекрестную пищевую реакцию пыльца березы наиболее часто дает с**

- E

- D
- G4
- M

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратилась пациентка 35 лет.

### Жалобы

- \* высыпания на лице и теле;
- \* зуд кожи;
- \* отёк лица и шеи;
- \* повышение температуры до 37,0°C;
- \* повышенную сонливость.

### Анамнез заболевания

- \* Высыпания на коже появились около 3-х дней назад, сначала мелкие, зудящие, красные пятна, которые затем увеличивались в размере и сливались, зуд усиливался.
- \* Связывает появление высыпаний с употреблением колец кальмара.
- \* Обращалась к участковому терапевту был назначен Супрастин по 1 таб. 2 раза в сутки, фенистил-гель местно.
- \* В течение последних 2-х дней зуд нестерпимый, пользовалась по рекомендации терапевта фенистил гелем местно, с кратковременным незначительным улучшением.
- \* Вчера появился отёк лица и шеи.

### Анамнез жизни

- \* Росла и развивалась нормально.
- \* Работает менеджером в банке.
- \* Перенесённые заболевания: двусторонняя пневмония 2 года назад.
- \* Беременности – 1, роды - 1.
- \* Наследственность: у матери в детстве и подростковом возрасте аллергический ринит на цветение полыни.
- \* Аллергоанамнез: до настоящего заболевания без особенностей.
- \* Вредные привычки: нет, курила с 18 лет по 2-3 сигареты в день, бросила после перенесённой пневмонии.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.



## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост - 1,65 м, вес - 60 кг, t тела - 36,6°C. Кожа влажная, бледная, видимые слизистые нормальной окраски, кожа лица, шеи и тела покрыта чётко ограниченными волдырями с гиперемией, на коже живота, спины, ног и рук имеются сливные участки размером 8-10 см, более горячие на ощупь. Лицо отёчно, верхние и нижние веки отёчны, увеличены в размерах, глазные щели сужены. По передней поверхности шеи наблюдается видимый отёк. Периферические лимфоузлы не увеличены, наблюдается пастозность нижних конечностей, обе стопы и нижняя треть голени отечны. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 76 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 76 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Высыпания и отек на лице

Высыпания на коже тела

**На основании клинико-anamnestических данных данной пациентке можно поставить диагноз**

- E
- D
- G4
- M

## **Диагноз**

**Для уточнения спектра сенсibilизации рекомендуемым лабораторным методом обследования является**

- E
- D
- G4
- M

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Соблюдая протокол лечения крапивницы, у данной пациентки лечение необходимо начинать с**

- назначения системных глюкокортикостероидов
- назначения селективных иммунодепрессантов - рекомбинантных гуманизированных моноклональных IgG1к антител (Омализумаб)
- элиминационной диеты (исключение из рациона причинно-значимого аллергена), антигистаминных препаратов первого поколения
- элиминационной диеты (исключение причинно-значимого аллергена), антигистаминных препаратов второго поколения

**При неэффективности терапии первой линии при хронической крапивнице необходимо поменять дозировку антигистаминных препаратов второго поколения через + \_\_\_\_\_ + дней**

- 14
- 7
- 20
- 5

**При неэффективности терапии хронической крапивницы дозу антигистаминных препаратов второго поколения нужно повысить до + \_\_\_\_\_ + кратной**

- 7
- 4
- 5
- 6

**Для лечения хронической крапивницы, протекающей более 4 недель, необходимо добавить**

- 7
- 4
- 5
- 6

**Данной пациентке можно поставить предположительный диагноз**

- ОРВИ
- Медикаментозный ринит. Аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав)

- Сезонный аллергический ринит, интермитирующий, легкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение злаковых трав)
- Сезонный аллергический ринит персистирующий, легкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение деревьев)

**Необходимым дополнительным исследованием, проводимым в сезон цветения, является**

- ОРВИ
- Медикаментозный ринит. Аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав)
- Сезонный аллергический ринит, интермитирующий, легкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение злаковых трав)
- Сезонный аллергический ринит персистирующий, легкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение деревьев)

**Результаты исследования**

**Для лечения сезонного аллергического ринита интермитирующего легкого течения применяют**

- интраназальные глюкокортикостероиды+ интраназальные антигистаминные препараты
- неседативные антигистаминные препараты или интраназальные антигистаминные препараты
- глюкокортикостероиды+омализумаб
- интраназальные глюкокортикостероиды+ неседативные антигистаминные препараты

**Основным патогенетическим методом лечения поллинозов является**

- применение омализумаба
- аллерген-специфическая иммунотерапия
- системные глюкокортикостероиды
- длительное применение антигистаминных препаратов

## **Противопоказанием для проведения подкожной аллерген-специфической иммунотерапии является**

- возраст пациента  $\geq 70$  лет
- нарушения сердечного ритма
- ОФВ1  $\geq 70\%$  при бронхиальной астме средне-тяжёлого течения
- аллергический ринит средне-тяжёлого течения

## **Пищевую аллергию, вызванную перекрестными реакциями у пациентов с аллергией на цветение сложноцветных, вызывают**

- возраст пациента  $\geq 70$  лет
- нарушения сердечного ритма
- ОФВ1  $\geq 70\%$  при бронхиальной астме средне-тяжёлого течения
- аллергический ринит средне-тяжёлого течения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 4 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу

### **Жалобы**

На высыпания на коже лица; зуд

### **Анамнез заболевания**

- \* В возрасте 3-х месяцев впервые появилась гиперемия щек
- \* В течение 10 дней, ребенок в качестве докорма получает адаптированную молочную смесь, на этом фоне на щеках и подбородке появилась гиперемия, шелушение, а затем трещины и мокнутие. Ребенок беспокоен, стал плохо спать.
- \* Температура тела оставалась в пределах нормы
- \* Находится на смешанном вскармливании

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2-х своевременных, самостоятельных родов в срок.
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту, реакций не отмечалось
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у старшей сестры – аллергический ринит, у бабушки по линии отца атопический дерматит
- \* Находится на грудном вскармливании

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ .
- \* Кожные покровы умеренно сухие.

\* Высыпания локализованы на щеках, подбородке представлены эритемой, микровезикулами, мокнутием. Нет признаков вторичной инфекции.

\* Зуд на момент осмотра на фоне приема антигистаминных препаратов не беспокоит.

#### **Диагностически значимым лабораторным методом обследования является**

- возраст пациента  $\geq 70$  лет
- нарушения сердечного ритма
- ОФВ1  $\geq 70\%$  при бронхиальной астме средне-тяжёлого течения
- аллергический ринит средне-тяжёлого течения

#### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для подтверждения диагноза методами обследования являются**

- возраст пациента  $\geq 70$  лет
- нарушения сердечного ритма
- ОФВ1  $\geq 70\%$  при бронхиальной астме средне-тяжёлого течения
- аллергический ринит средне-тяжёлого течения

#### **Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований больному можно поставить диагноз**

- возраст пациента  $\geq 70$  лет
- нарушения сердечного ритма
- ОФВ1  $\geq 70\%$  при бронхиальной астме средне-тяжёлого течения
- аллергический ринит средне-тяжёлого течения

#### **Диагноз**

**Лечебная тактика в данном случае включает**

- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- перевод ребенка на смесь на основе частично гидролизованного белка
- перевод ребенка на смесь на основе соевого изолята
- исключение из питания ребенка смеси на основе коровьего молока и прикорм, содержащий БКМ или другие, не модифицированные, молочные животные белки; исключение из питания матери всех продуктов, содержащих белки коровьего молока

**Минимальная продолжительность исключения причинно-значимого пищевого аллергена должна составлять +\_\_\_\_\_+ месяцев**

- 6
- 8
- 24
- 12

**Медикаментозная терапия данного пациента включает**

- системные глюкокортикостероиды
- местные глюкокортикостероиды
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- специфическая иммунотерапия

**Для купирования зуда, данному пациенту лучше назначить**

- диметинден
- лоратадин
- дезлоратадин
- левоцетиризин

**Для консультации пациенту необходимо пригласить врача-специалиста**

- врача функциональной диагностики
- отоларинголога
- гастроэнтеролога
- диетолога

**В качестве наружной терапии для купирования воспаления данному пациенту рекомендовано назначить**

- натамицин + неомицин + гидрокортизон
- метилпреднизолон ацепонат
- препараты на основе ихтиола
- препараты на основе дегтя

**При ограниченной форме атопического дерматита площадь поражения кожных покровов составляет +\_\_\_\_\_+ %**

- более 15
- 5-10
- более 20
- 10-15

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- искусственное вскармливание ребенка с рождения
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

**При распространенной форме атопического дерматита площадь поражения кожных покровов составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- искусственное вскармливание ребенка с рождения
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 8 лет с отцом на приеме врача аллерголога-иммунолога

### **Жалобы**

- \* Приступы удушья с затруднением выдоха, эпизоды приступообразного кашля с усилением в домашних условиях, при контакте с животными
- \* Усталость и одышка после физической активности (спортивные мероприятия, игры)

### **Анамнез заболевания**

- \* В 7 лет появился сухой кашель, усиливающийся в ночные часы
- \* В течение последнего года отмечалось 4 эпизода затрудненного дыхания после бега, на фоне полного здоровья.
- \* Приступы затрудненного дыхания купировались ингаляциями с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.
- \* Сезонность клинических проявлений неотчетливая – с некоторым усилением в осенний период.
- \* За последний месяц отмечалось усиление кашля, присоединилось обильное выделение из носа, данные симптомы купировались приемом антигистаминных препаратов.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности протекавшей без особенностей, 1 физиологических срочных родов
- \* В 3 месяца диагностирована аллергия к белкам коровьего молока. С 3 лет молочные продукты введены в рацион.
- \* Профилактические прививки проведены все по возрасту, но по индивидуальному календарю
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у бабушки по линии матери сезонная бронхиальная астма и аллергический ринит; у матери – атопический дерматит в детстве.
- \* Живут в многоквартирном доме, имеется много книг, ковры, в доме живет собака.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, чистые.
- \* Дыхание через нос умеренно затруднено, отделяемого нет.
- \* Зев розовый, лакуны миндалин чистые от наложений.
- \* При аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, сухие хрипы в умеренном количестве при форсированном выдохе. SpO<sub>2</sub>- 97%.

### **Для постановки диагноза значимым лабораторным методом обследования является**

- искусственное вскармливание ребенка с рождения
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **Для постановки диагноза рекомендуемыми инструментальными методами обследования являются**

- искусственное вскармливание ребенка с рождения
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности



## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований пациенту можно выставить диагноз**

- искусственное вскармливание ребенка с рождения
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

## **Диагноз**

**В качестве базисной терапии ребенку необходимо рассмотреть назначение**

- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- анти-IgE терапии
- комбинации ингаляционного кортикостероида и длительнодействующего бронхолитика
- пероральных  $\beta$ 2-агонистов короткого действия

**Минимальная продолжительность базисной терапии с последующей оценкой контроля над заболеванием у данного ребенка составит**

- 2 месяца
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы препаратами первой линии являются**

- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- теofilлин и этилендиамин в комбинации
- антихолинергические препараты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры

**На фоне проводимой базисной терапии у ребенка возникает частая потребность в бронхолитиках короткого действия, необходимо провести**

- переход на пероральный  $\beta$ 2-агонист
- усиление базисной терапии
- усиление терапии аминофиллином
- замену на антихолинергический препарат

**При возникновении эпизода бронхообструкции на фоне ОРВИ ребенку необходимо экстренно начать ингаляционную терапию с 2—4 доз короткодействующего  $\beta_2$ -агониста, при неэффективности добавить**

- антибактериальную терапию
- пероральные глюкокортикостероиды коротким курсом
- муколитик через небулайзер
- высокие дозы глюкокортикостероидов через небулайзер

**Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы будет снижение сатурации кислорода менее + \_\_\_\_ + %**

- 94
- 92
- 89
- 90

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение + \_\_\_\_ + часов на догоспитальном этапе**

- 6-8
- 8-10
- 3-6
- 1-3

**В качестве косвенного показателя текущего состояния течения бронхиальной астмы у пациента при проведении самоконтроля следует рекомендовать проведение**

- осциллометрии
- пикфлоуметрии
- спирометрии
- бодиплетизмографии

**Пиковая скорость выдоха  $\leq 50\%$  свидетельствует о**

- осциллометрии
- пикфлоуметрии
- спирометрии
- бодиплетизмографии

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Подросток 11 лет с бабушкой в приемном отделении стационара

## **Жалобы**

Приступы затрудненного дыхания, чаще в ночные часы, сухой кашель, плохая переносимость физической нагрузки, заложенность носа.

## **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная.
- \* Профилактические прививки – с 3-х лет по индивидуальному графику, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца – бронхиальная астма, у деда по линии отца – бронхиальная астма.
- \* Дома – элиминационный режим соблюдают.

## **Анамнез жизни**

- \* До 3-х лет - жалоб не отмечалось. С 3-х лет – в осенне-зимне-весенний период - жалобы на частые ОРИ, кашель влажный в основном в утренние часы, что расценивалось как ОРИ. Терапия – сосудосуживающие капли в нос, иногда - антибактериальная терапия, иммуномодуляторы - без значимого эффекта.
- \* С 5 лет на фоне ОРИ – приступы затрудненного выдоха со свистящими хрипами, что расценивалось как обструктивный бронхит. Эффективна небулайзерная терапия беродуалом и пульмикортом.
- \* С 6 лет была диагностирована бронхиальная астма. Триггеры – ОРИ, физическая нагрузка, психоэмоциональное напряжение, контакт с кошкой и собакой.
- \* В течение последнего года – зарегистрировано обострение БА, которое потребовало госпитализации. Практически ежедневно отмечает потребность в беродуале.
- \* В течение последних 6-х мес получает базисную терапию. Для самоконтроля эффективности терапии пикфлоуметрию не проводит.
- \* При кожном прик-тестировании по месту жительства выявлены: высокий уровень сенсибилизации к *D. farinae* и *D. pteronissinus*, аллергену домашней пыли, эпителию кошки, средний уровень сенсибилизации к эпителию собаки. В общем анализе крови – эозинофилия до 10%.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,2 С. Активный, аппетит сохранен.

- \* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, чистые
- .
- \* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 20. Одышка при физической нагрузке до 27. SpO<sub>2</sub> – 95. ПСВ – 55. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы – с обеих сторон, усиливающиеся на фоне форсированного дыхания.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – умеренная тахикардия до 98, АД – 120/77.
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Клиническими проявлениями значительного ухудшения состояния у мальчика будет появление таких симптомов как**

- сухие свистящие хрипы на фоне жесткого дыхания
- сухие свистящие хрипы и влажные мелкопузырчатые хрипы
- ослабленное дыхание, отсутствие хрипов
- влажные мелкопузырчатые крепитирующие хрипы

**Для определения степени тяжести обострения бронхиальной астмы у пациента необходимо учитывать данные самоконтроля**

- уровня эозинофилии крови
- форсированной жизненной емкости легких
- уровня общего IgE
- пиковой скорости выдоха

**Данные пикфлоуметрии (ПСВ = 60%) свидетельствуют о наличии у пациента обострения бронхиальной астмы**

- требующей реанимационных мероприятий
- легкой степени тяжести
- тяжелой степени тяжести
- средней степени тяжести

**При снижении сатурации крови кислородом  $\leq 92\%$  пациенту рекомендовано проведение исследования**

- остаточного объема легких
- газов артериальной крови
- резервного объема выдоха
- общей емкости легких

**При сохраняющихся симптомах бронхиальной астмы и нормальных показателях спирометрии мальчику рекомендовано проведение**

- многократной пульсоксиметрии в домашних условиях
- исследования реакции дыхательных путей на физическую нагрузку
- длительной электроэнцефалографии
- многократной пикфлоуметрии в домашних условиях

**Оценку эффективности бронхолитической терапии методом спирометрии пациенту следует проводить через + \_\_\_\_ + мин**

- 30
- 35
- 20
- 25

**Пациенту для купирования обострения следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- средней дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ
- очень высокой дозе через небулайзер
- высокой дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ
- высокой дозе через небулайзер

**Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы будет снижение сатурации кислорода менее + \_\_\_\_ + %**

- 94
- 89
- 92
- 90

**По мере стабилизации состояния в качестве базисной терапии пациенту следует назначить ИГКС в**

- высокой дозе
- низкой дозе в сочетании с антагонистом лейкотриеновых рецепторов
- средней дозе с длительнодействующим  $\beta$  2-агонистом
- очень высокой дозе

**Пациенту в качестве как базисной, так и симптоматической терапии может быть назначена комбинация**

- будесонида и формотерола
- мометазона и формотерола
- бетаметазона и формотерола
- фликсотиды и сальметерола

**При достижении контроля над бронхиальной астмой пациенту следует рекомендовать проведение аллергенспецифической иммунотерапии с аллергеном**

- эпителия собаки
- эпителия кошки
- домашней пыли
- пылевых клещей

**В качестве косвенного показателя текущего состояния при проведении самоконтроля пациенту следует рекомендовать данные мониторинга**

- эпителия собаки
- эпителия кошки
- домашней пыли
- пылевых клещей

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 3 лет 11 мес. с мамой на приеме аллерголога-иммунолога

### **Жалобы**

На приступы затрудненного дыхания, приступы сухого кашля, свистящие хрипы в легких на выдохе, плохой сон, постоянную заложенность носа, плохую переносимость физической нагрузки

### **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита, по поводу чего назначалась антибактериальная терапия, 2-х срочных родов путем кесарева сечения (по акушерским показаниям).
- \* С 3 мес. на искусственном вскармливании различными молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у матери – поллиноз, у бабушки по линии матери - бронхиальная астма.
- \* Мать курит в доме.
- \* Дома – 1 этаж, пуховые подушки и одеяла, ковры, книги на открытых полках.

### **Анамнез жизни**

- \* С 4х-мес до 2-х лет – проявления атопического дерматита (АтД) . С 2,5 лет (начал посещать дошкольные учреждения) – длительный сухой

приступообразный кашель, иногда с дистантными свистящими хрипами на фоне ОРИ. С 3-лет – эпизоды затрудненного дыхания с дистантными свистящими хрипами, сухой приступообразный кашель, кашель как на фоне ОРИ, так и вне ОРИ.

\* В ночные часы эпизодически отмечают дистантные сухие хрипы вне ОРИ без видимой причины, в последнее время появился храп, спит беспокойно.

\* На физическую нагрузку, психо-эмоциональное напряжение – сухой кашель, экспираторная одышка.

\* Сезонности проявлений не отмечает.

\* Трижды госпитализировался в инфекционный стационар с диагнозом обструктивный бронхит, где получал антибактериальную терапию, небулайзерную терапию будесонидом, беродуалом – с временным положительным эффектом.

\* Терапия – короткие курсы (5-7 дней) небулайзерной терапии будесонидом и беродуалом – с временным положительным эффектом.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,1°C. Активный, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые

\* Носовое дыхание – затруднено. Гипертрофированные миндалины 2-3 степени. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 97. В легких – пуэрильное дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 98.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

### **Значимым для постановки диагноза бронхиальной астмы является наличие**

- повышенной воздушности легких при рентгенологическом обследовании
- уровня аллергенспецифических IgE к бытовым аллергенам в сыворотке крови
- положительных результатов кожного прик-тестирования
- типичного симптомокомплекса

### **Дополнительным методом для постановки диагноза бронхиальной астмы у ребенка может быть проведение пробного курса терапии**

- ингаляционным глюкокортикостероидом
- антигистаминным препаратом нового поколения
- препаратом кромоглициевой кислоты
- стабилизатором мембран тучных клеток

**Для подтверждения/исключения атопии у ребенка рекомендуется определение сенсibilизации при кожном тестировании и/или уровня**

- эозинофилии в бронхо-альвеолярном лаваже
- общего IgE в сыворотке крови
- эозинофилии крови
- аллергенспецифических IgE в сыворотке крови

**Для диагностики бронхиальной астмы у пациента рекомендована оценка показателей функции внешнего дыхания методом**

- бодиплетизмографии
- осциллометрии
- спирометрии
- пикфлоуметрии

**Препаратом первой линии базисной терапии у данного больного с бронхиальной астмой является**

- теофиллин замедленного высвобождения
- комбинация ИГКС и ДДБА
- ингаляционный глюкокортикостероид
- пероральный стероид

**У данного пациента при назначении стартовой базисной терапии ИГКС следует выбрать**

- монотерапию высокими дозами
- комбинацию низкой дозы и  $\beta$ 2-агониста длительного действия
- монотерапию низкими дозами
- монотерапию средними дозами

**Продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии должна быть + \_\_\_\_ + мес**

- 3
- 6
- 9
- 12

**При достижении контроля над заболеванием возможно снижение объема базисной терапии за счет назначения**



- стабилизатора мембран тучных клеток
- кромоглициевой кислоты
- антигистаминного препарата нового поколения
- антагониста лейкотриеновых рецепторов

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании приступа бронхиальной астмы пациенту следует назначить**

- теofilлин замедленного высвобождения
- пероральный  $\beta$ 2-агонист
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta$  2-агонист (ДДБА)
- ингаляционный короткодействующий  $\beta$  2-агонист (КДБА)

**Для повышения эффективности терапии бронхиальной астмы у ребенка с хронической патологией ЛОР-органов и нарушением сна, необходимо исключить**

- апноэ сна
- вегетативные нарушения
- пароксизмальные нарушения сна
- эндокринную патологию

**Назначение подкожной аллергенспецифической иммунотерапии у пациента ограничено**

- возрастом
- применением ИГКС
- тяжестью течения БА
- отсутствием сопутствующего ринита

**К доказанным факторам внешней среды, обеспечивающим первичную профилактику бронхиальной астмы, относится**

- возрастом
- применением ИГКС
- тяжестью течения БА
- отсутствием сопутствующего ринита

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 11 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога

## **Жалобы**

На затруднение выдоха, тяжесть в груди, сухие хрипы на выдохе, сухой кашель, заложенность носа, особенно выраженную в ночное время, нарушение дыхания во время сна.

## **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная.
- \* Профилактические прививки проведены все по календарю, без осложнений.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца – бронхиальная астма, у бабушки по линии матери - бронхиальная астма, у отца - поллиноз.
- \* Дома – элиминационный режим соблюдают, у друзей - общение с животными, без особенностей.

## **Анамнез жизни**

- \* С 2-х мес до 5 мес – на погрешности в диете кормящей матери – высыпания на коже, затем на фоне диеты высыпания купировались.
- \* С 3-х лет – 2 эпизода стенозирующего ларинготрахеита на фоне ОРВИ. С 3,5 лет до 6 лет – частая заболеваемость ОРВИ, а также 3 эпизода обструктивного бронхита на фоне ОРВИ. Однократно по поводу обструктивного бронхита- госпитализация в стационар. С 6 лет до 9 лет – никаких жалоб не отмечалось.
- \* С 9 лет появились жалобы на эпизоды заложенности носа, что расценивалось как аденоидные разрастания, аденоидит. Получала терапию сосудосуживающими препаратами, назонекс недельным курсом – с временным положительным эффектом. Сезонности проявлений нет. Есть эффект элиминации - при выезде в другой регион – купирование симптомов заложенности носа.
- \* С 10 лет появились жалобы на тяжесть в груди, сухой кашель, сухие дистантные хрипы на фоне ОРВИ, что купируется приемом 1 т. аминофиллина. С 10,5 лет на фоне занятий танцами (трижды в неделю) – одышка, сухие хрипы на выдохе, что проходит самостоятельно или на фоне приема 1 т. Аминофиллина.
- \* С 11 лет отмечается усиление нарушений дыхания во время сна, мать ребенка периодами, особенно на фоне ОРВИ, отмечается храп и кратковременные остановки дыхания в ночное время.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние - удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.
- \* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые – чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно.
- \* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO2 – 98. В легких –

жесткое дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 80. АД- 118/75.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Помимо значимого для постановки диагноза бронхиальной астмы типичного симптомокомплекса, пациентке следует рекомендовать оценку показателей функции внешнего дыхания методом**

- импульсной осциллометрии
- эргоспирометрии
- спирометрии
- полисомнографии

**При проведении спирометрии диагностически значимым показателем объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) считается + \_\_\_\_\_ + % прогнозируемого значения**

- 80
- 75
- 79
- 70

**При проведении спирометрии и теста с бронхолитиком бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ<sub>1</sub>~) составляет не менее + \_\_\_\_\_ + %, и при этом абсолютный прирост составляет + \_\_\_\_\_ + мл**

- 15; 150
- 12; 200
- 15; 200
- 18; 200

**В случае нормальных показателей функции легких у пациентки при постановке диагноза бронхиальной астмы рекомендовано исследование реакции дыхательных путей на**

- ингаляцию аллергена
- ингаляцию гистамина
- физическую нагрузку
- ингаляцию метахолина

**Для диагностики сопутствующей патологии и выяснения степени и характера изменений дыхания во время сна у ребенка рекомендуется проведение**

- электроэнцефалографии во время сна
- полисомнографии
- суточного мониторирования артериального давления
- суточного мониторирования электрокардиограммы

**В случае назначения пациентке стартовой базисной терапии ИГКС следует выбрать**

- монотерапию средними дозами
- монотерапию высокими дозами
- монотерапию низкими дозами
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta$ 2-агониста длительного действия

**Продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии должна быть + \_\_\_\_ + мес**

- 9
- 3
- 6
- 12

**В случае отсутствия контроля над заболеванием пациентке следует назначить комбинацию ИГКС в**

- средней дозе с тиотропия бромидом
- низкой дозе с длительно действующим  $\beta$  2-агонистом (ДДБА)
- средней дозе с пролонгированным теofilлином
- средней дозе с длительнодействующим  $\beta$  2-агонистом (ДДБА)

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании приступа бронхиальной астмы пациентке следует назначить**

- ингаляционный длительнодействующий  $\beta$ 2-агонист (ДДБА)
- пероральный короткодействующий  $\beta$ 2-агонист (КДБА)
- тиотропия бромид
- ингаляционный короткодействующий  $\beta$  2-агонист (КДБА)

**Пациентке следует отменить аминофиллин для купирования симптомов бронхиальной астмы в связи с**

- низкой чувствительностью мускариновых рецепторов
- неудовлетворительным профилем безопасности
- низкой чувствительностью  $\beta$ 2-адренорецепторов

- низкой чувствительностью холинэргических рецепторов

**Пациентке может быть рекомендовано проведение аллергенспецифической иммунотерапии в случае**

- снижения гиперреактивности легких
- снижения объема базисной терапии
- выявления причинно-значимого аллергена
- улучшения показателей внешнего дыхания

**В качестве косвенного показателя текущего состояния у пациентки при проведении самоконтроля следует рекомендовать данные**

- снижения гиперреактивности легких
- снижения объема базисной терапии
- выявления причинно-значимого аллергена
- улучшения показателей внешнего дыхания

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 7-ми лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога

### **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, обильное выделение из носа
- \* Чихание

### **Анамнез заболевания**

- \* С 5-ти лет стала беспокоить заложенность носа, особенно в утренние часы.
- \* Симптоматически использовали сосудосуживающие препараты в нос - с временным эффектом.
- \* В зимний период состояние несколько лучше, с редкими эпизодами заложенности носа.
- \* Месяц назад находилась у бабушки в частном доме, где отмечалось обильное выделение из носа, приступы кашля, в терапии использовали ингаляции с бронхолитиком - без выраженного эффекта.
- \* Дома живет собака. Книги в открытом доступе. Большое количество мягких игрушек в комнате ребенка.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 1 физиологических родов в срок.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.
- \* Проба Манту проведена в этом году - 3 мм (норма).

- \* Наследственный анамнез – у старшего брата бронхиальная астма.
- \* Лекарственная аллергия – на пенициллин, в виде высыпаний на коже.

### **Объективный статус**

- \* Кожные покровы бледно-розовые, элементов патологической сыпи нет.
- \* Поперечная складка на спинке носа.
- \* Зев розовый, миндалины гипертрофированы, чистые от наложений, по задней стенке стекает прозрачная слизь.
- \* Носовое дыхание умеренно затруднено. Слизистая бледная, отечная.
- \* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза является**

- снижения гиперреактивности легких
- снижения объема базисной терапии
- выявления причинно-значимого аллергена
- улучшения показателей внешнего дыхания

### **Результаты обследования**

#### **С целью дифференциально-диагностического поиска данному пациенту необходимо провести**

- снижения гиперреактивности легких
- снижения объема базисной терапии
- выявления причинно-значимого аллергена
- улучшения показателей внешнего дыхания

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая жалобы, данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов обследования, пациенту можно выставить диагноз**

- снижения гиперреактивности легких
- снижения объема базисной терапии
- выявления причинно-значимого аллергена
- улучшения показателей внешнего дыхания

### **Диагноз**

#### **Консервативная терапия данного пациента включает**

- проведение физиотерапевтических процедур
- ограничение контакта с аллергенами
- длительное пребывание на свежем воздухе
- ношение защитной лицевой маски

**Для быстрого купирования симптомов аллергического ринита (зуд, чихание ринорея) данному ребенку необходимо назначить**

- антигистаминный препарат
- физиологический раствор
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- назальные деконгестанты

**В качестве базисной терапии данному ребенку, с умеренно тяжелыми проявлениями аллергического ринита, рекомендуется назначить**

- интраназальные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- назальный натрия кромогликат
- назальные холинолитики в комбинации адреномиметиками

**В качестве этиопатогенетического лечения аллергического ринита и выработки толерантности к индивидуальным сенсibilизирующим аллергенам, данному ребенку необходимо рекомендовать**

- постоянный прием антигистаминных препаратов
- проведение анти-IgE-терапии
- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- постоянное применение топических интраназальных глюкокортикостероидов

**Показанием к проведению аллерген-специфической иммунотерапии у данного ребенка является**

- клинические проявления и уровень специфических IgE - 2 класса реакции и выше
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше без симптоматики
- сопутствующая неконтролируемая бронхиальная астма
- клинические проявления, не подтвержденные лабораторно

**Для ограничения контакта с аллергенами клещей домашней пыли данному ребенку рекомендуется**

- использование специальных постельных принадлежностей, чехлов на матрасах, применять акарициды, стирка при температуре выше 60 градусов
- ограничить контакт с животным, использовать противоаллергенный воздухоочиститель, регулярно проводить обработку препаратами для удаления аллергенов
- держать закрытыми окна и двери в помещении, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице
- тщательное очищение увлажнителей воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%

**При сенсibilизации к клещам домашней пыли у данного ребенка, есть риск развития перекрестной реактивности к**

- яду перепончатокрылых
- речной рыбе
- перхоти животных
- ракообразными и моллюсками

**Первичная профилактика аллергического ринита включает**

- естественное вскармливание
- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

**При долгосрочном проведении аллерген-специфической иммунотерапии сублингвальным методом введения вакцинацию возможно провести на этапе**

- естественное вскармливание
- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент А., 5-ти месяцев с мамой на приеме врача аллерголога-иммунолога

### **Жалобы**

Высыпания на коже.



### **Анамнез заболевания**

- \* Внешних признаков аллергии до 3 месяцев не отмечалось.
- \* С 3 месяцев стала беспокоить выраженная сухость и гиперемия кожных покровов: на щечках, под коленками, на спине.
- \* Мама ребенка находилась на диете с исключением жирного, острого жареного, соленого, шоколада, сладостей, кофе и какао.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок.
- \* Профилактические прививки по возрасту.
- \* Наследственный анамнез – не отягощен.
- \* Элиминационный режим соблюден.

### **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы сухие.
- \* Высыпания носят симметричный характер, локализованы в области локтевых и коленных сгибов.
- \* Субъективно: зуд.
- \* Следы расчесов на верхних конечностях, животе.

### **Диагностически значимым лабораторным методом обследования данного ребенка является**

- естественное вскармливание
- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **Необходимым диагностическим методом в данном случае является**

- естественное вскармливание
- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

### **Результаты обследования**

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- естественное вскармливание

- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

## **Диагноз**

### **Этиологическим лечением для данного пациента является**

- естественное вскармливание
- искусственное вскармливание
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- исключение походов в лес и выездов загород

### **На фоне диеты**

На фоне диеты с исключением белков коровьего молока и куриного яйца у ребенка сохранялась выраженная сухость кожных покровов, по поводу чего мама обратилась к аллергологу. Во время ожидания приема ребенок побледнел, стали отмечаться отеки век, обилие папулезной сыпи с уртикарными элементами по всему телу, дыхание стонущее с использованием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно дыхание в легких ослаблено, в нижних отделах влажные хрипы. SpO<sub>2</sub> ~ 90%. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 170 ударов в минуту. Пульс определяется на локтевых артериях. Синдром белого пятна 4 с.

После беседы с мамой стало известно, что перед приемом врача, мама дала ребенку детское печенье (печенье оказалось покрыто яичной глазурью).

### **Патологическим состоянием, которое необходимо заподозрить у ребенка, является**

- стресс-адаптационный синдром
- карциноидный синдром
- анафилактическая реакция
- инфекционно-токсический шок

### **Препаратом первого ряда для оказания неотложной помощи при развитии анафилактического шока является**

- сальбутамол
- эпинефрин
- супрастин
- преднизолон

### **Первой линией для лечения обострения атопического дерматита у данного ребенка является назначение**

- 2% салициловой мази
- местного глюкокортикостероида
- препарата на основе ихтиола
- топического антибиотика

**Для устранения кожного зуда рекомендуется назначение**

- антигистаминного препарата
- антилейкотриенового препарата
- биорезонансной терапии
- аяпероральных форма кромоглициевой кислоты

**Для профилактики развития пищевой аллергии введение продуктов прикорма в рамках "окна толерантности" производится в возрасте + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 7-8
- после 8
- 4-6
- 3-4

**У данного ребенка противопоказанием для плановой вакцинации является**

- тяжелая документально подтвержденная реакция на компонент вакцины
- частые респираторные инфекции в анамнезе
- атопический дерматит, распространенная форма, ремиссия
- наличие сенсibilизации к компонентам вакцины

**Проведение третьей вакцинации от гепатита В данному ребенку планируется в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 8
- 12
- 18
- 6

**Рекомендуемая доза эпинефрина для данного ребенка составляет + \_\_\_\_\_ + мг/кг**

- 8
- 12
- 18
- 6

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На консультацию к аллергологу-иммунологу направлена девочка 10 месяцев, находящаяся на госпитализации в дерматологическом отделении с диагнозом: Вульгарный ихтиоз. Проведено генетическое исследование (секвенирование ДНК): выявлена мутация гена профилагрина (R501X и 2282del4), доминантный тип наследования

### Жалобы

Высыпания на коже, сопровождающиеся выраженным зудом при введении в питание продуктов прикорма.

### Анамнез заболевания

- \* Диагноз «Вульгарный ихтиоз» установлен на 5-ом месяце жизни. Получает соответствующую терапию по месту жительства.
- \* Впервые кожные проявления аллергии отмечались после антибиотикотерапии (нескольких курсов по поводу ларинготрахеита без повышения температуры) в 4 мес, с распространением высыпаний по всему телу. Одновременно - колики, слизь в стуле, в копрограмме – лейкоциты, нейтральный жир. Купирование кожных проявлений к 5 мес.
- \* Однако при введении прикорма: овсяной каши, кабачка, чернослива, яблочного пюре появлялись свежие зудящие пятнисто-папулезные высыпания по всему телу.

### Анамнез жизни

- \* Семейный анамнез отягощен: у отца - ихтиоз, у матери - аллергия на антибиотики пенициллинового ряда.
- \* Ребенок от 2 беременности. Роды 1 в срок самостоятельные. Вес при рождении 3900 г. Рост при рождении 54 см.
- \* Смешанное вскармливание с рождения, докорм смесью на основе частичногидролизованного молочного белка.
- \* Прикорм с 6 месяцев

### Объективный статус

- \* Общее состояние тяжелое по основному заболеванию.
- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Активный, аппетит сохранен.
- \* Масса тела 10 кг. Рост стоя 76 см.
- \* Кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер, представлен мелко пластинчатыми чешуйками темно серого цвета, шелушение наиболее выражено на разгибательных поверхностях конечностей.

Повышенная складчатость ладоней и подошв. На коже плеч явления фолликулярного гиперкератоза.

\* Кожные покровы сухие. Высыпания локализованы на щеках, единичные папулезные элементы на груди и ягодицах.

\* Стул 2-3 раза в день, самостоятельный.

**Для определения сенсibilизации лабораторным методом обследования в данном случае рекомендуется назначить**

- 8
- 12
- 18
- 6

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым диагностическим методом в данном случае является**

- 8
- 12
- 18
- 6

**Результаты обследования**

**Назначение ребенку в возрасте 3 месяцев антибиотикотерапии по поводу ларинготрахеита без повышения температуры является**

- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- методом диагностики ex juvantibus
- ошибкой ведения

**При отрицательном результате аллергологического обследования (отсутствии диагностических уровней специфических IgE к пищевым белкам) для уточнения диагноза дополнительно данному ребенку следует провести**

- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- методом диагностики ex juvantibus
- ошибкой ведения

**Результаты**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований больному можно поставить диагноз**

- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- методом диагностики *ex juvantibus*
- ошибкой ведения

**Диагноз**

**Рекомендации по ведению данного пациента должны включать**

- неспецифическую гипоаллергенную диету с исключением продуктов-гистаминолибераторов
- индивидуальную гипоаллергенную безмолочную диету
- диету для больных с заболеваниями желчевыводящей системы
- перевод ребенка на вскармливание с использованием смеси на основе козьего молока

**Оптимальным выбором смеси в качестве докорма для данного ребенка является**

- смесь на основе частичногидролизованного молочного белка
- соевая смесь
- смесь на основе высокогидролизованного молочного белка
- безлактозная смесь

**Минимальная продолжительность безмолочной диеты составляет + \_\_\_\_ + месяцев**

- 12
- 10
- 18
- 6

**Введение в рацион ребенка продуктов прикорма, на которые ранее отмечалась реакция, может быть проведено под контролем**

- определения уровня специфических антител класса IgG
- результатов кожного тестирования
- определения IgA в копрофильтратах
- диагностического введения продукта

**Для купирования нежизнеугрожающих проявлений возникающих у данного ребенка с пищевой аллергией, рекомендуется назначить**

- введение эпинефрина
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антигистаминные препараты II поколения
- антигистаминные препараты I поколения

**При возникновении жизнеугрожающих проявлений пищевой аллергии (особенно при развитии кардиоваскулярных и респираторных симптомов), необходимо**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии
- назначение ингаляции сальбутамолом

**Назначение ребенку смеси на основе частичногидролизованного белка (ГА) в качестве докорма может рассматриваться как**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии
- назначение ингаляции сальбутамолом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Папа девочки 10-и лет обратился к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, сопение во время сна;
- \* чихание в пыльном помещении;
- \* по утрам отек и зуд глаз, обильное выделения из носа.

### **Анамнез заболевания**

- \* Симптоматически использовали сосудосуживающие препараты в нос - с временным эффектом;
- \* в возрасте 5-и лет, после контакта с кошкой - риноконъюнктивальный синдром;
- \* в возрасте 7,5 лет завели щенка, который периодически спит на кровати ребенка;
- \* с 9 лет усилилась заложенность носа, приступы многократного чихания в

пыльном помещении, к 10 годам зуд в носу, нарушение обоняния, зуд вокруг глаз, покраснение глаз и слезотечение, покашливание;

\* учитывая у ребенка в анамнезе аллергию к белкам коровьего молока, родители исключили из питания ребенка молочные продукты, без эффекта;

\* эпизодически использую антигистаминные препараты.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 1 беременности, в 1 триместре протекавшей на фоне токсикоза, 1 физиологических родов в срок;

\* с 5-ти месяцев отмечались кожные проявления аллергии после введение в рацион молочных продуктов. Находился на безмолочной диете - кожный процесс купировался. С трех лет молочные продукты переносит;

\* профилактические прививки проведены по индивидуальному графику;

\* наследственный анамнез – отягощен: у старшей сестры бронхиальная астма;

\* в квартире живет собака. В гостиной ковер;

\* лечение на момент поступления: цетиризин (2 дня назад).

### **Объективный статус**

\* Температура тела 36,5°C;

\* конъюнктивы инъецированы;

\* кожные покровы физиологической окраски, элементов инфекционной и аллергической сыпи нет. Отмечаются периорбитальные тени;

\* зев розовый, миндалины увеличены, чистые от наложений; по задней стенке глотки стекает прозрачная слизь;

\* носовое дыхание затруднено;

\* при аускультация легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы на момент осмотра не выслушиваются.

**Для постановки диагноза данному ребенку в качестве обязательного исследования необходимо провести**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии
- назначение ингаляции сальбутамолом

### **Результаты обследования**

**Важным для постановки диагноза методом обследования является**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии



- назначение ингаляции сальбутамолом

### **Результаты обследования**

**С целью дифференциально-диагностического поиска необходимо провести**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии
- назначение ингаляции сальбутамолом

### **Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований больному можно выставить основной диагноз**

- введение преднизолона
- введение эпинефрина
- проведение иммуносупрессии
- назначение ингаляции сальбутамолом

### **Диагноз**

**Комплекс лечебных мероприятий при аллергическом рините включает лекарственную терапию и**

- физиотерапевтические процедуры
- дренирование околоносовых пазух
- пункционное лечение
- ограничение контакта с аллергенами

**Данному ребенку в качестве базовой терапии и быстрого купирования симптомов аллергического ринита необходимо назначить**

- антигистаминные препараты
- анти-IgE-терапию
- назальные холинолитики
- назальный натрия кромогликат

**Для подавления развития отека слизистой оболочки носовой полости, уменьшения выраженности симптомов аллергического ринита, а также купирования глазной симптоматики, данному пациенту рекомендуется назначить**

- применение местных деконгестантов коротким курсом
- проведение иммуносупрессивной терапии
- интраназальные кортикостероиды
- системные кортикостероиды коротким курсом

**В качестве индукции клинической и иммунологической толерантности данному ребенку рекомендовано проведение**

- аутолимфоцитотерапии
- физиотерапии
- анти-IgE терапии
- аллерген-специфической иммунотерапии

**К показаниям к проведению аллерген-специфической иммунотерапии у данного ребенка относят**

- сопутствующую неконтролируемую бронхиальную астму
- клинические проявления, не подтвержденные лабораторно
- уровень специфических IgE 2 класса реакции и выше
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше без симптоматики

**Проведение аллергена-специфической иммунотерапии**

**+ \_\_\_\_\_ + путем введения более предпочтительнее в данном случае**

- сублингвальным
- интраназальным
- подкожным
- внутрикожным

**Рекомендуемая продолжительность аллергенспецифической терапии**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

**При долгосрочном проведении аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) сублингвальным методом введения вакцинацию возможно провести**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На консультацию к аллергологу-иммунологу направлен мальчик 3-х лет, находящийся на госпитализации в отделении диагностики и восстановительного лечения с диагнозом: Острый обструктивный бронхит.

### Жалобы

На приступы затрудненного дыхания, сухой приступообразный кашель, осиплость голоса, шумное дыхание.

### Анамнез заболевания

- \* С 2,5 лет посещает детский сад, с этого периода ребенок начал часто болеть ОРИ, на этом фоне отмечается длительный сухой приступообразный кашель (около 5 раз в год).
- \* Со слов мамы, на фоне здоровья в ночное время эпизодически у ребенка возникает шумное дыхание, дистантные сухие хрипы.
- \* Накануне (в начале октября) после дневной прогулки, где ребенок играл с опавшими листьями - приступ затрудненного дыхания, по поводу которого ребенок госпитализировался в инфекционный стационар с обструктивным бронхитом без температуры, где получал антибактериальную терапию, небулайзерную терапию будесонидом, ипратропия бромидом + фенотерол (беродуалом) – приступ купировался, но на 3-ий день после приема антибиотика - сыпь.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от 3 беременности, 2 физиологических родов в срок
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - норма.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у матери сезонный аллергический ринит; у отца хроническая обструктивная болезнь легких, у старшей сестры гипоплазия доли легкого
- \* Дома живет кот, перьевые подушки, большое количество мягких игрушек.

### Объективный статус

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, периорбитальный цианоз.
- \* Зев не гиперемирован, носовое дыхание не затруднено.
- \* Частота дыхательных движений в покое 28 в минуту.

\* При аускультации легких – выслушивается жесткое дыхание, единичные свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха.

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

**Результаты обследования**

**Дополнительным методом для постановки диагноза у детей до 5 лет может быть проведение пробного курса терапии**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

**Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований больному можно поставить диагноз**

- от 5 лет
- 1-2 года
- 7 - 8 лет
- 3-5 лет

**Диагноз**

**Рекомендации по ведению данного пациента должны включать**

- длительное пребывание на свежем воздухе

- проведение физиотерапевтических процедур
- ограничение воздействия аллергенов
- ношение защитной лицевой маски

**В качестве стартовой базисной терапии данному ребенку рекомендовано назначить**

- монотерапию средними дозами ИГКС
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta$ 2-агониста длительного действия

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы данному ребенку необходимо рекомендовать**

- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta$ 2-агониста длительного действия
- антихолинергические средства

**Рекомендованная продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии должна составлять + \_\_\_\_\_ + мес**

- 12
- 6
- 3
- 18

**На фоне проводимой базисной терапии у данного ребенка наблюдается выраженная положительная динамика, стабилизация состояния, контроль над заболеванием достигнут, возможно рассмотреть снижение объема базисной терапии за счет назначения**

- антигистаминного препарата нового поколения
- кромоглициевой кислоты
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- стабилизаторов мембран тучных клеток

**Проведение ежегодной вакцинации от гриппа данному ребенку возможно только**

- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Календарю профилактических прививок

- после отмены базисной терапии
- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния соответственно срокам Календаря профилактических прививок
- после длительной ремиссии заболевания

**Назначение ребенку в возрасте 2,5 лет антибиотикотерапии по поводу острого обструктивного бронхита без повышения температуры является**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- ошибкой ведения

**Детям 6 лет и старше с персистирующими симптомами астмы и обострениями, несмотря на адекватную базисную терапию при условии правильной техники ингаляции и хорошего комплаенса, рекомендовано назначение**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- ошибкой ведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию к аллергологу-иммунологу направлен мальчик 11 месяцев, находящийся на госпитализации в дерматологическом отделении с диагнозом: Врожденный буллезный эпидермолиз, тип Доулинга-Меары. Проведено генетическое исследование (секвенирование ДНК): выявлена мутация гена KRT14, доминантный тип наследования

### **Жалобы**

Высыпания на коже, сопровождающиеся выраженным зудом при введении в питание продуктов прикорма

### **Анамнез заболевания**

\* Диагноз «Врожденный буллезный эпидермолиз» установлен сразу после рождения. Получает соответствующую терапию по месту жительства.

\* Впервые высыпания на коже аллергического характера после антибиотикотерапии (нескольких курсов по поводу ларинготрахеита без повышения температуры) в 3 месяца, с распространением высыпаний по всему телу. Одновременно - колики, слизь в стуле, в копрограмме – лейкоциты,

нейтральный жир. Купирование кожных проявлений к 5-6 мес.

\* Однако при введении прикорма: овсяной каши, гречневой каши, кабачка, чернослива, яблочного пюре или появлялись свежие зудящие пятнисто-папулезные высыпания по всему телу или усиливались проявления буллезного эпидермолиза (например, при приеме овсяной каши).

\* В 9 месяцев переведен на питание смесью на основе высокогидролизованного молочного белка Нутрилон пепти Гастро. На этом фоне - выраженная положительная динамика со стороны кожных проявлений аллергии и гастроинтестинальной симптоматики.

### **Анамнез жизни**

\* Семейный анамнез отягощен: у отца ВБЭ простая форма Кебнера, у матери - аллергия на антибиотики пенициллинового ряда.

\* Беременность- 1; Роды- 1. Течение беременности: без особенностей. Течение родов: плановое кесарево сечение.

\* Вес при рождении 3900. Рост при рождении 54.

\* Смешанное вскармливание с рождения, докорм смесью на основе частичногидролизованного молочного белка (Нутрилон ГА).

\* Прикорм с 6 месяцев.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние тяжелое по основному заболеванию.

\* Температура тела 36,6°C.

\* Активный, аппетит сохранен.

\* Масса тела 10 (50 центиль). Рост стоя 78 (90 центиль).

\* Кожный патологический процесс носит распространенный симметричный характер, представлен пятнами, пузырями, эрозиями, корками, чешуйками и локализован на коже шее, туловище, ягодицах, верхних и нижних конечностей, ладоней и подошв. На шее наблюдаются эритематозные пятна.

\* Кожные покровы умеренно сухие. Высыпания локализованы на щеках, единичные папулезные элементы на груди и ягодицах.

\* Стул 2-3 раза в день, самостоятельный, иногда – «жирный».

### **Значимым для определения сенсibilизации лабораторным методом обследования в данном случае является**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения
- ошибкой ведения

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Назначение данному ребенку смеси на основе частично гидролизованного белка (ГА) в качестве докорма может рассматриваться как**

- «слепая» провокационная проба с пищевым продуктом
- нецелесообразное назначение лечебной смеси
- необоснованное назначение профилактической смеси на основе частичногидролизованного белка
- соответствующая рекомендациям мера профилактики аллергии у детей из «группы риска» по развитию аллергии

**Назначение ребенку в возрасте 3 месяцев антибиотикотерапии по поводу ларинготрахеита без повышения температуры является**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- методом лечения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- ошибкой ведения

**Назначение ребенку в возрасте 9 месяцев смеси на основе высокогидролизованного молочного белка вместо смеси на основе частичногидролизованного белка (ГА) может рассматриваться как**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- методом лечения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- ошибкой ведения

## **Результаты**

**При отрицательном результате аллергологического обследования (отсутствии диагностических уровней специфических IgE к пищевым белкам) для уточнения диагноза может быть проведено**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*
- методом лечения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- ошибкой ведения

## **Результаты**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований больному можно поставить диагноз**

- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*



- методом лечения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- ошибкой ведения

## **Диагноз**

### **Рекомендации по ведению данного пациента должны включать**

- индивидуальную гипоаллергенную безмолочную диету
- диету для больных с заболеваниями желчевыводящей системы
- неспецифическую гипоаллергенную диету с исключением продуктов-гистаминолибераторов
- перевод ребенка на вскармливание с использованием смеси на основе козьего молока

### **Оптимальным выбором смеси для данного ребенка является**

- смесь на основе частичногидролизованного молочного белка
- соевая смесь
- безлактозная смесь
- смесь на основе высокогидролизованного молочного белка, имеющая в своем составе среднецепочечные триглицериды

### **Минимальная продолжительность безмолочной диеты составляет + \_\_\_\_ + месяцев**

- 6
- 10
- 12
- 18

### **Введение в рацион ребенка продуктов прикорма, на которые ранее отмечалась реакция может быть проведено под контролем**

- результатов кожного тестирования
- определения уровня специфических антител класса IgG
- диагностического введения продукта
- определения IgA в копрофильтратах

### **Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- искусственное вскармливание с рождения

- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

**Принцип постепенного расширения рациона детям с высоким риском развития атопии подразумевает введение не более**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- искусственное вскармливание с рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители мальчика А. 9 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу

### **Жалобы**

На боли в животе, периодические запоры

На отказ от приема пищи

На рвоту при введении в питание молочных продуктов.

### **Анамнез заболевания**

- \* Колики с первого месяца жизни.
- \* Частый (до 5-6 р/сут) - разжиженный стул со слизью, периодически с прожилками крови.
- \* На фоне введения в питание персикового пюре - высыпания на коже.
- \* При попытке введения детского творожка – рвота после приема продукта, слизь в стуле с прожилками крови.
- \* С 6 месяцев отмечалась плохая прибавка массы тела.
- \* Температура тела оставалась в пределах норм.
- \* Ребенок консультирован гастроэнтерологом, назначены ферменты и пробиотики - без эффекта.

### **Анамнез жизни**

- \* Наследственный анамнез – отягощен: у старшей сестры непереносимость коровьего молока до 3-х лет, у матери - атопический дерматит.
- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 физиологических родов в срок.
- \* Грудное вскармливание с рождение и до настоящего времени. Мама соблюдает общую гипоаллергенную диету с исключением лактозосодержащих

продуктов.

\* На момент обращения докорм безлактозной смесью.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Ребенок активно реагирует на осмотр.

\* Температура тела 36,5°C.

\* Масса 8 кг 400 г, рост 76 см.

\* Катаральных явлений нет.

\* Сердечно-легочная деятельность без особенностей.

\* Кожные покровы умеренно сухие, чистые.

\* Частый - разжиженный стул со слизью. Периодически – в слизи отмечается примесь крови.

\* Печень и селезенка не увеличены.

### **Необходимым для постановки диагноза методам диагностики является**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- искусственное вскармливание с рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

### **Результаты обследования**

#### **Для постановки диагноза необходимым методом диагностики в данном случае является**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- искусственное вскармливание с рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

### **Результаты обследования**

#### **По результатам обследования и диагностической диеты ребенку поставлен диагноз**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- искусственное вскармливание с рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

## **Диагноз**

**Данными анамнеза, позволяющими предположить аллергию к белкам коровьего молока, является**

- плохая прибавка массы тела
- усиление гастроинтестинальных симптомов после введения в питание молочных продуктов
- начало кожных высыпаний на первом полугодии жизни
- результат анализов кала

**Этиологическим лечением данного пациента является**

- назначение строгой безмолочной диеты
- гипоаллергенная диета с ограничением молочных продуктов
- отмена грудного вскармливания
- перевод ребенка на полностью искусственное вскармливание с использованием смеси на основе козьего молока

**Согласно рекомендациям минимальная продолжительность безмолочной диеты у данного ребенка должна составлять + \_\_\_\_ + месяцев**

- 12
- 18
- 6
- 1

**Учитывая у данного ребенка наличие сенсibilизации к бычьему сывороточному альбумину, имеется вероятность развития аллергической реакции на**

- телятину
- яичный белок
- курицу
- сою

**Решение вопроса о введении молочных продуктов в питание ребенка с IgE-опосредованной формой аллергии к белкам коровьего принимается после**

- результатов копрологического исследования через 6 месяцев от начала элиминационной диеты
- достижения ребенком возраста 12 месяцев
- результатов определения специфических IgE через 12 месяцев от начала элиминационной диеты

- диагностического введения молочного продукта

**Для увлажнения сухой кожи ребенка следует рекомендовать**

- специальные средства ухода за сухой атопичной кожей
- кокосовое масло
- обычный детский крем или лосьон
- фитокрем на основе экстракта ромашки

**При необходимости докорма ребенку с аллергией к белкам коровьего молока рекомендовано использовать в питании смеси**

- предназначенные для детей с нарушениями со стороны ЖКТ- «Комфорт»
- на основе частично гидролизованного молочного белка или кисломолочные продукты
- на основе высокогидролизованного молочного белка
- на основе белка козьего молока

**При введении прикорма детям с высоким риском развития атопии, руководствуются принципом постепенного введения продуктов прикорма, что подразумевает введение не более**

- 2 новых продуктов в день
- 1 нового продукта в месяц
- 1 нового продукта в неделю
- 1 нового продукта в день

**Детям с аллергией на белки коровьего молока введение продуктов прикорма ребенку должно быть рекомендовано в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 2 новых продуктов в день
- 1 нового продукта в месяц
- 1 нового продукта в неделю
- 1 нового продукта в день

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 10 лет с мамой на приеме врача аллерголога-иммунолога

### **Жалобы**

- \* Приступы затрудненного дыхания, эпизоды приступообразного кашля;
- \* отдышка после физической нагрузки.

### **Анамнез заболевания**

- \* В 8 лет появился сухой кашель, усиливающийся в ночные часы;
- \* в течение последнего года отмечалось 5 эпизодов затрудненного дыхания на фоне полного здоровья, после бега;
- \* приступы затрудненного дыхания купировались ингаляциями с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через небулайзер;
- \* сезонности клинических проявлений не отмечалось;
- \* за последний месяц отмечалось усиление кашля, присоединилось обильное выделение из носа, данные симптомы купировались приемом антигистаминных препаратов.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности протекавшей на фоне ОРИ в 3 триместре, 1 физиологических родов в срок;
- \* в 3 месяца диагностирована аллергия к белкам коровьего молока. С 3 лет молочные продукты введены в рацион;
- \* профилактические прививки проведены по индивидуальному календарю;
- \* диаскинтест – отрицательный;
- \* в 6 лет перенес пневмонию;
- \* наследственный анамнез – отягощен: у матери сезонная бронхиальная астма и аллергический ринит; у отца – атопический дерматит в детстве;
- \* живут в частном доме, имеется много книг, ковер в комнате ребенка, под комнатой ребенка находится погреб. Во дворе живет собака.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C;
- \* кожные покровы физиологической окраски, чистые от элементов патологической сыпи;
- \* дыхание через нос слегка затруднено, отделяемого нет;
- \* зев розовый, лакуны миндалин чистые от наложений;
- \* при аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. SpO<sub>2</sub> - 97%.

### **Для постановки диагноза значимым лабораторным методом обследования является**

- 2 новых продуктов в день
- 1 нового продукта в месяц
- 1 нового продукта в неделю
- 1 нового продукта в день

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- 2 новых продуктов в день
- 1 нового продукта в месяц
- 1 нового продукта в неделю
- 1 нового продукта в день

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно выставить диагноз**

- 2 новых продуктов в день
- 1 нового продукта в месяц
- 1 нового продукта в неделю
- 1 нового продукта в день

## **Диагноз**

**В качестве базисной терапии ребенку необходимо рассмотреть назначение**

- комбинации ингаляционного кортикостероида и длительнодействующего бронхолитика
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- пероральных  $\beta$ 2-агонистов короткого действия
- анти-IgE терапии

**Минимальная продолжительность базисной терапии с последующей оценкой контроля над заболеванием у данного ребенка составит**

- 2 недели
- 3 месяца
- 1 месяц
- 2 месяца

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы препаратами первой линии являются**

- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- антихолинергические препараты
- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонист

- теofilлин и этилендиамин

**На фоне проводимой базисной терапии у ребенка возникает частая потребность в бронхолитиках короткого действия. Данная ситуация требует**

- замену на антихолинэргический препарат
- усиление базисной терапии
- переход на пероральный  $\beta$ 2-агонист
- усиление терапии аминофиллином

**При возникновении эпизода бронхообструкции на фоне ОРВИ ребенку необходимо назначить ингаляционную терапию короткодействующего  $\beta$ 2-агониста (начать с 2—4 доз), а при неэффективности добавить**

- муколитик через небулайзер
- пероральные глюкокортикостероиды коротким курсом
- антибактериальную терапию
- высокие дозы глюкокортикостероидов через небулайзер

**В школе начали плановую вакцинации от гриппа. Данного ребенка возможно вакцинировать**

- после длительной ремиссии заболевания
- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния соответственно срокам Календаря профилактических прививок
- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Календарю профилактических прививок
- после отмены базисной терапии

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение +\_\_\_\_\_+ часов на догоспитальном этапе**

- 8-10
- 1-3
- 3-6
- 6-8

**В качестве косвенного показателя текущего состояния течения бронхиальной астмы у пациента при проведении самоконтроля, следует рекомендовать проведение**

- осциллометрии
- пикфлоуметрии
- бодиплетизмографии



- спирометрии

**Проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у данного пациента возможно при**

- осциллометрии
- пикфлоуметрии
- бодиплетизмографии
- спирометрии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 12 лет с мамой в приемном отделении стационара

### **Жалобы**

Приступы затрудненного дыхания, в том числе в ночные часы, сухой кашель, плохая переносимость физической нагрузки, заложенность носа, эпизодически ринорея

### **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная.
- \* Профилактические прививки – до 3-х лет – по календарю, затем по индивидуальному графику, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у мамы – бронхиальная астма, у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма.
- \* Дома – элиминационный быт соблюдают.

### **Анамнез жизни**

- \* До 3-х лет - жалоб не отмечалось. С 3-х лет – в осенне-зимне-весенний период - жалобы на заложенность носа, ринорею, кашель влажный в основном в утренние часы, что расценивалось как ОРВИ. Терапия – сосудосуживающие капли в нос, антибактериальная терапия, иммуномодуляторы - без значимого эффекта.
- \* С 5 лет на фоне ОРВИ – приступы затрудненного дыхания с дистантными свистящими хрипами, что расценивалось как обструктивный бронхит. Эффективна небулайзерная терапия беродуалом и пульмикортом.
- \* В 7 лет выставлен диагноз бронхиальной астмы. Триггеры – ОРВИ, физическая нагрузка, психо-эмоциональное напряжение, контакт с домашней пылью,

контакт с кошкой.

\* В течение последнего года – 1 обострение БА, что требовало госпитализации.

Практически ежедневно отмечает те или иные симптомы БА – одышку, сухой надсадный кашель, в том числе в ночные часы, плохую переносимость физической нагрузки, отмечает ежедневную потребность в беродуале

\* В течение последних 3-х мес получает базисную терапию – фликсотид в дозе 500 мкг/сут, беродуал ДАИ по 2 инг до 4 – 6 раз в день. Пикфлоуметрию не проводит.

\* При кожном прик-тестировании по месту жительства выявлены: высокий уровень сенсибилизации к *D. farinae* и *D. pteronissinus*, аллергену домашней пыли, эпителию кошки, средний уровень сенсибилизации к эпителию собаки. В общем анализе крови – эозинофилия до 10%.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,2°C. Активный, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, чистые

\* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 20. Одышка при физической нагрузке до 27. SpO<sub>2</sub> – 95. ПСВ – 55. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы – с обеих сторон, усиливающиеся на фоне форсированного дыхания.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – умеренная тахикардия до 98, АД – 120/77.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Клиническими проявлениями значимого ухудшения состояния у мальчика следует считать появление таких симптомов как**

- ослабленное дыхание, отсутствие хрипов
- сухие свистящие хрипы и влажные мелкопузырчатые хрипы
- сухие свистящие хрипы на фоне жесткого дыхания
- влажные мелкопузырчатые крепитирующие хрипы

**При определении степени тяжести обострения бронхиальной астмы у пациента, помимо клинических проявлений, нужно учитывать данные**

- уровня эозинофилии крови
- пиковой скорости выдоха
- форсированной жизненной емкости легких
- уровня общего IgE

**Данные пикфлоуметрии свидетельствуют о наличии + \_\_\_\_\_ + обострения бронхиальной астмы у пациента**

- тяжелого
- легкого
- средне-тяжелого
- жизне-угрожающего

**При снижении сатурации крови кислородом  $\leq 92\%$  пациенту рекомендовано проведение исследования**

- резервного объема выдоха
- остаточного объема легких
- газов артериальной крови
- общей емкости легких

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании обострения бронхиальной астмы пациенту следует назначить**

- ингаляционный короткодействующий  $\beta$  2-агонист (КДБА)
- ингаляционный длительнодействующие  $\beta$  2-агонист (ДДБА)
- пероральный  $\beta$ 2-агонист
- тиотропия бромид

**Оценку эффективности бронхолитической терапии пациенту следует проводить через + \_\_\_\_ + мин**

- 20
- 35
- 30
- 25

**Пациенту для купирования обострения следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- очень высокой дозе через небулайзер
- средней дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ
- высокой дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ
- высокой дозе через небулайзер

**Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы будет снижение сатурации кислорода менее + \_\_\_\_ +%**

- 90
- 92
- 89
- 94

**По мере стабилизации состояния в качестве базисной терапии пациенту следует назначить ИГКС в**

- низкой дозе в сочетании с антагонистом лейкотриеновых рецепторов
- средней дозе с длительнодействующим  $\beta_2$ -агонистом
- высокой дозе
- очень высокой дозе

**Пациенту в качестве как базисной, так и симптоматической терапии может быть назначена комбинация**

- фликсотид и сальметерола
- будесонида и формотерола
- мометазона и формотерола
- бетаметазона и формотерола

**При достижении контроля над бронхиальной астмой пациенту следует рекомендовать проведение аллергенспецифической иммунотерапии с аллергеном**

- пылевых клещей
- домашней пыли
- эпителия собаки
- эпителия кошки

**В качестве косвенного показателя текущего состояния при проведении самоконтроля пациенту следует рекомендовать данные мониторинга**

- пылевых клещей
- домашней пыли
- эпителия собаки
- эпителия кошки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 3 лет 6 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На приступообразный кашель во время сна.

### **Анамнез заболевания**

- \* В течение последних 3 месяцев ребенок закашливается во время сна.
- \* Кашель сухой приступообразный.

- \* Аналогичный кашель отмечается при контакте с табачным дымом.
- \* Основываясь на опыте лечения обострений бронхолегочной дисплазии, родители самостоятельно проводят ингаляции глюкокортикостероидов во время приступа, с положительным клиническим эффектом.

### **Анамнез жизни**

- \* Девочка от 1 беременности, рождена на 29 неделе гестации, респираторная поддержка в неонатальном периоде, длительная кислородозависимость.
- \* Наблюдалась пульмонологом до 3 лет по поводу бронхолегочной дисплазии с повторными эпизодами бронхообструкции на фоне вирусных инфекций, требующими проведения курсов ингаляционных глюкокортикостероидов.
- \* Семейный наследственный анамнез не отягощен.
- \* В семье не курят

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Небольшая задержка физического развития.
- \* Кожные покровы обычной окраски, чистые, периорбитальный и периоральный цианоз при физических нагрузках.
- \* Катаральных явлений нет, носовое дыхание не затруднено.
- \* Частота дыхательных движений в покое 28 в минуту.
- \* При аускультации легких – везикулярное дыхание с жестким оттенком, проводится равномерно, хрипы в легких не выслушиваются.

### **Значимыми для постановки диагноза анамнестическими признаками являются**

- приступы апноэ
- эпизоды малопродуктивного кашля в течение дня
- эпизоды кашля на фоне вирусных инфекций
- повторяющиеся эпизоды приступообразного кашля во время сна

### **Необходимым для постановки диагноза фактом анамнеза жизни является**

- недоношенность
- длительная кислородозависимость
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- респираторная поддержка в неонатальном периоде

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- недоношенность
- длительная кислородозависимость

- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- респираторная поддержка в неонатальном периоде

### **Диагноз**

**Невозможность проведения результативной спирометрии у данного пациента связана**

- с отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу возраста пациента
- с отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу тяжелого состояния пациента
- с невозможностью проведения исследования в связи с катаральными явлениями у пациента
- с отсутствием показаний для проведения исследования данному пациенту

**Базисная терапия бронхиальной астмы данному ребенку включает**

- антилейкотриеновые препараты
- системные глюкокортикостероиды
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
- дозированные бронходилататоры

**Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- фексофенадин
- фенотерол+ипрапропиума бромид
- лоратадин
- будесонид для ингаляций через небулайзер

**Для пациентов младшего возраста с целью профилактики обострений бронхиальной астмы нужно применять**

- вакцинацию против респираторных патогенов
- элиминационный режим в быту
- исключение причинно-значимых аллергенов
- проветривание помещений

**Будесонид относится к препаратам для**

- неотложной помощи
- дополнительной поддерживающей терапии детям старше 12 лет с аллергической персистирующей астмой
- долгосрочного контроля над астмой (базисная терапия)

- дополнительной терапии детям старше 6 лет с аллергической персистирующей астмой

**Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени у ребенка с БЛД в анамнезе рекомендовано начать с + \_\_\_\_\_ + мкг Будесонида в сутки**

- 1500
- 1000
- 250
- 500

**Основным специалистом, осуществляющим ведение пациентов с неаллергической бронхиальной астмой, является**

- аллерголог-иммунолог
- отоларинголог
- пульмонолог
- фтизиатр

**Первичная профилактика астмы во внутриутробном и неонатальном периодах включает**

- соблюдение гипоаллергенной диеты
- контроль за прибавкой массы тела
- ограничение контакта с животными
- ограничение контакта беременной женщины с табачным дымом

**Оценка физического развития ребенка с бронхиальной астмой, получающего базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами, включает определение**

- соблюдение гипоаллергенной диеты
- контроль за прибавкой массы тела
- ограничение контакта с животными
- ограничение контакта беременной женщины с табачным дымом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 14 лет в приемном отделении

## **Жалобы**

Экспираторная одышка, тяжесть в груди, сухой приступообразный кашель, дистантные свистящие хрипы на выдохе, усиливающиеся при физической активности

## **Анамнез заболевания**

- \* От 2 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 6 мес, затем – на искусственном – докорм молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная. Проявлений АД, пищевой аллергии – не было
- \* Профилактические прививки – по календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у папы – поллиноз, у бабушки по линии папы - поллиноз.
- \* Дома – элиминационный быт соблюдает.

## **Анамнез жизни**

- \* С 2-х лет – частые ОРВИ с развитием обструктивного синдрома, по поводу чего неоднократно госпитализировался в стационар, где получал антибактериальную терапию, небулайзерную терапию беродуалом, пульмикортом – с положительным эффектом.
- \* В 5 лет выставлен диагноз бронхиальной астмы. Триггеры – ОРВИ, контакт с домашней пылью, пылью (весна-лето), влажность, контакт с животными. Базисная терапия – монтелукаст, фликсотид, серетид, симбикорт, зенхейл. При аллергологическом обследовании по месту жительства – поливалентная сенсibilизация (бытовая, пыльцевая, эпидермальная). Уровень общего IgE – 770.
- \* В течение последнего года – 2 обострения БА, что требовало госпитализации. Практически ежедневно отмечает те или иные симптомы БА – одышку, сухой надсадный кашель, в том числе в ночные часы, плохую переносимость физической нагрузки, отмечает ежедневную потребность в беродуале. Пикфлоуметрию проводит эпизодически.
- \* В течение последних 3-х мес получает базисную терапию – серетид 250/50 мкг – по 2 вд х 2 раза, монтелукаст 1 т (5 мг) х 1 раз на ночь, эпизодически - будесонид по 500 мкг х 1 раз через небулайзер вечером, беродуал ДАИ по 2 инг до 4 раз в день.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C.
- \* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, элементы угревой сыпи на лице.



\* Носовое дыхание – не затруднено. ЧД – 25. Одышка при физической нагрузке до 30. При пикфлоуметрии - ПСВ – 50. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы – с обеих сторон, усиливающиеся на фоне форсированного дыхания, а также при физической активности. При минимальной физической нагрузке – участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

\* ЧСС – тахикардия до 110, АД – 125/75.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**В приемном отделении при осмотре пациента в качестве объективного критерия нарастания тяжести состояния и определения необходимости назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы следует провести**

- электрокардиографию
- эргоспирометрию
- пульсоксиметрию
- бодиплетизмографию

**При определении степени тяжести обострения бронхиальной астмы у пациента, помимо клинических проявлений, нужно учитывать данные**

- форсированной жизненной емкости легких
- уровня эозинофилии крови
- пиковой скорости выдоха
- уровня общего IgE

**Данные пикфлоуметрии свидетельствуют о наличии + \_\_\_\_\_ + обострения бронхиальной астмы у пациента**

- средне-тяжелого
- тяжелого
- жизне-угрожающего
- легкого

**Проведение исследования газов артериальной крови пациенту следует рекомендовать при снижении**

- резервного объема выдоха
- общей емкости легких
- остаточного объема легких
- SpO<sub>2</sub> ≤ 92%

**Учитывая данные анамнеза, результаты клинического осмотра и обследования, можно выставить следующий диагноз**

- резервного объема выдоха
- общей емкости легких
- остаточного объема легких
- SpO<sub>2</sub> ≤ 92%

## **Диагноз**

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи в приемном отделении пациенту следует назначить**

- теофиллин замедленного действия
- ингаляционный короткодействующий β<sub>2</sub>-агонист (КДБА)
- ингаляционный длительнодействующий β<sub>2</sub>-агонист (ДДБА)
- тиотропия бромид

**Оценку эффективности бронхолитической терапии пациенту следует проводить через + \_\_\_\_ + мин**

- 35
- 20
- 25
- 30

**Для купирования обострения подростку следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- высокой дозе в сочетании с ДДБА
- средней дозе в сочетании с ДДБА
- очень высокой дозе
- высокой дозе

**Предпочтительным методом доставки как бронхолитических препаратов, так и ИГКС в приемном отделении является**

- небулайзер
- порошковый ингалятор
- аэрозольный ингалятор
- респимат

**Объем базисной терапии пациента на момент поступления в приемное отделение соответствует + \_\_\_\_ + степени**

- 2
- 5

- 4
- 3

### **Подростку следует рассмотреть вопрос о назначении**

- тиотропия бромида
- омализумаба
- теофиллина замедленного действия
- вилантерола и флутиказона фураат

### **В качестве косвенного показателя текущего состояния при проведении самоконтроля пациенту следует рекомендовать данные мониторинга**

- тиотропия бромида
- омализумаба
- теофиллина замедленного действия
- вилантерола и флутиказона фураат

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама мальчика 3 лет 6 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На приступообразный кашель во время ночного сна.

### **Анамнез заболевания**

- \* В течение последних 5 месяцев отмечается постоянный приступообразный кашель во время сна
- \* При бодрствовании физическая активность ребенка не ограничена, кашель редкий малопродуктивный
- \* Приступообразный кашель при контакте с табачным дымом
- \* Основываясь на опыте лечения обострений бронхолегочной дисплазии, родители самостоятельно проводят ингаляции глюкокортикостероидов перед ночным сном, с положительным клиническим эффектом

### **Анамнез жизни**

- \* Мальчик от 3 беременности, рожден на 28 неделе гестации, респираторная поддержка в неонатальном периоде.
- \* Наблюдался пульмонологом до 3 лет по поводу бронхолегочной дисплазии с повторными эпизодами бронхообструкции на фоне вирусных инфекций
- \* До 3 лет жизни периодически получал курсы ингаляционных глюкокортикостероидов во время обострений бронхолегочной дисплазии,

сопровождавшихся бронхообструкцией

\* Наследственный анамнез отягощен – бронхиальная астма у тети и двоюродного брата по линии матери

\* Отец ребенка - курильщик

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Умеренная задержка физического развития.

\* Кожные покровы обычной окраски, чистые, периорбитальный и периоральный цианоз.

\* Зев не гиперемирован, носовое дыхание не затруднено.

\* Частота дыхательных движений в покое 24-28 в минуту.

\* При аускультации легких – везикулярное дыхание с жестким оттенком, проводится равномерно, хрипы в легких не выслушиваются.

### **Значимыми для постановки диагноза анамнестическими признаками являются**

- повторяющиеся эпизоды приступообразного кашля
- эпизоды затрудненного дыхания при умеренной физической нагрузке
- эпизоды малопродуктивного кашля в течение дня
- ночные пробуждения

### **Необходимым для постановки диагноза фактом анамнеза жизни является**

- недоношенность
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- пассивное курение в семье
- респираторная поддержка в неонатальном периоде

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- недоношенность
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- пассивное курение в семье
- респираторная поддержка в неонатальном периоде

### **Диагноз**

### **Немедикаментозное лечение данного пациента включает**

- использование членами семьи электронных сигарет
- регулярное проветривание помещения, где находится ребенок

- исключение пассивного курения в домашних условиях
- ношение медицинской маски

**Базисная терапия бронхиальной астмы данному ребенку включает**

- антигистаминные препараты
- дозированные бронходилататоры
- системные глюкокортикостероиды
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов

**Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- фексофенадин
- рупатадина фумарат
- будесонид для ингаляций через небулайзер
- лоратадин

**Отсутствие контроля над астмой в течение + \_\_\_\_\_ + месяцев при соблюдении правильной техники ингаляции и выполнении элиминационных мероприятий является показанием для перехода на следующую ступень лечения**

- 6-8
- 1-3
- 8-10
- 3-6

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение + \_\_\_\_\_ + часов на догоспитальном этапе**

- 3-6
- 6-8
- 1-3
- 8-10

**Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени у ребенка с БЛД в анамнезе рекомендовано начать с + \_\_\_\_\_ + мкг Будесонида в сутки**

- 500
- 125
- 1000
- 250

**С целью реабилитации больным с бронхиальной астмой вне обострения заболевания показано**

- занятия спортом с нагрузкой на грудную клетку
- санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля
- курс иммуномодуляторов
- проживание в других климатических условиях

**Первичная профилактика астмы во внутриутробном и неонатальном периодах включает**

- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с животными
- ограничение контакта беременной женщины с табачным дымом
- существенное ограничение физической нагрузки

**Дополнительная диагностика у ребенка с бронхиальной астмой, включает**

- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с животными
- ограничение контакта беременной женщины с табачным дымом
- существенное ограничение физической нагрузки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама мальчика 3 лет 10 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу

### **Жалобы**

На приступообразный кашель при физических нагрузках

### **Анамнез заболевания**

\* В течение последних 6 месяцев при физической активности ребенок закашливается

\* Кашель при физических нагрузках сухой приступообразный

\* Аналогичный кашель отмечается при контакте с табачным дымом

\* Основываясь на опыте лечения обострений бронхолегочной дисплазии, родители самостоятельно проводят ингаляции глюкокортикостероидов во время приступа, с положительным клиническим эффектом

### **Анамнез жизни**

\* Мальчик от 1 беременности, рожден на 30 неделе гестации, респираторная поддержка в неонатальном периоде.

- \* Наблюдался пульмонологом до 3 лет по поводу бронхолегочной дисплазии с повторными эпизодами бронхообструкции на фоне вирусных инфекций, требующими проведения курсов ингаляционных глюкокортикостероидов.
- \* Семейный наследственный анамнез не отягощен
- \* Родители ребенка не курят

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Физическое развитие соответствует возрасту.
- \* Кожные покровы обычной окраски, чистые, небольшой периорбитальный цианоз.
- \* Зев не гиперемирован, носовое дыхание не затруднено.
- \* Частота дыхательных движений в покое 24 в минуту.
- \* При аускультации легких – везикулярное дыхание с жестким оттенком, проводится равномерно, хрипы в легких не выслушиваются.

### **Значимым для постановки диагноза анамнестическим признаком является**

- повторяющиеся эпизоды приступообразного кашля при физической нагрузке
- затрудненное дыхание во сне
- малопродуктивный кашель в течение дня
- кашель на фоне вирусных инфекций

### **Необходимым для постановки диагноза фактом анамнеза жизни является**

- пассивное курение в семье
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- респираторная поддержка в неонатальном периоде
- недоношенность

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- пассивное курение в семье
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- респираторная поддержка в неонатальном периоде
- недоношенность

### **Диагноз**

**Невозможность проведения результативной спирометрии у данного пациента связана с**

- невозможностью проведения исследования в связи с невротическими реакциями у пациента
- отсутствием показаний для проведения исследования данному пациенту
- отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу возраста пациента
- отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу тяжелого состояния пациента

#### **Базисная терапия бронхиальной астмы данному ребенку включает**

- дозированные бронходилататоры
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
- системные глюкокортикостероиды
- антигистаминные препараты

#### **Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- фексофенадин
- будесонид для ингаляций через небулайзер
- лоратадин
- рупатадина фумарат

#### **С учетом возраста пациента с целью диагностики нарушений функции внешнего дыхания показано проведение**

- флоуметрии спокойного дыхания
- полисомнографии
- кардио-респираторного мониторинга
- импульсной осциллометрии

#### **Будесонид относится к следующему виду терапии бронхиальной астмы**

- препараты для дополнительной поддерживающей терапии детям старше 12 лет с аллергической персистирующей астмой
- препараты для долгосрочного контроля над астмой (базисная терапия)
- препараты для дополнительной терапии детям старше 6 лет с аллергической персистирующей астмой
- препараты для быстрого купирования симптомов

#### **Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени у ребенка с бронхолегочной дисплазией в анамнезе рекомендовано начать с + \_\_\_\_\_ + мкг Будесонида в сутки**

- 125
- 500



- 1000
- 250

### **Методом, входящим в контроль бронхиальной астмы, является**

- проверка соблюдения гипоаллергенной диеты
- проверка соблюдения элиминационного режима в быту
- контроль нежелательных явлений на фоне терапии
- проверка наличия у пациента дозированных и/или аппаратных ингаляторов

### **Определение степени контроля над бронхиальной астмой включает контроль**

- симптомов бронхиальной астмы за последние сутки
- симптомов бронхиальной астмы за последние 4 недели
- симптомов бронхиальной астмы за последние 2 недели
- параметров функции внешнего дыхания после физической нагрузки

### **Оценка физического развития ребенка с бронхиальной астмой, получающего базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами, включает**

- симптомов бронхиальной астмы за последние сутки
- симптомов бронхиальной астмы за последние 4 недели
- симптомов бронхиальной астмы за последние 2 недели
- параметров функции внешнего дыхания после физической нагрузки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу обратился мужчина 36 лет.

### **Жалобы**

На повторяющиеся высыпания в виде болезненных сгруппированных пузырьков общим размером 1,5-2 см в диаметре на коже правой щеки, возникающие преимущественно в жаркое время года.

### **Анамнез заболевания**

С детства отмечает появление пузырьковых высыпаний в области красной каймы губ, частота появления 1-2 раза в год. После травмы кожи правой щеки (отлетевшей щепкой) 3 года назад отметил впервые появление умеренно болезненных сгруппированных пузырьковых высыпаний на месте эпителизированной раны. В дальнейшем высыпания появлялись в этой области преимущественно в летнее время года с частотой до 1-2 раза в месяц. К

врачам не обращался. Для купирования рецидива самостоятельно принимает ацикловир 200 мг 1 таб х 1 раз в день - 10 дней, местно применяет настойку прополиса. Продолжительность высыпаний около 10 дней.

### **Анамнез жизни**

- \* Рос и развивался нормально.
- \* Перенесённые заболевания: хронический гастрит, хронический панкреатит.
- \* Работает менеджером в салоне связи.
- \* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Аллергологический анамнез не отягощен.
- \* Семейный анамнез: у матери бронхиальная астма, у отца- сахарный диабет второго типа.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Нормального телосложения и питания. Кожные покровы: на коже левой щеки сгруппированные везикулярные высыпания размером 1,5 см в диаметре на отечно-эритематозном основании. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Органы дыхания: Перкуссия легких: звук ясный легочный. Аускультация легких: дыхание везикулярное, шумы: отсутствуют, хрипы не выслушиваются. Сердечно-сосудистая система: Область сердца: визуально не изменена. Перкуссия: границы сердца не расширены. Аускультация: ритм правильный тоны: ясные АД: 120/80 мм рт.ст. Частота пульса: 70 ударов в мин. Органы пищеварения: Полость рта: санирована. Живот: мягкий, безболезненный. Печень: не увеличена. Селезенка: не пальпируется. Стул: регулярный. Мочеполовая система: Симптом поколачивания: отрицательный с обеих сторон. Нервная система и органы чувств: Сознание ясное

**В данной ситуации необходимым диагностическим методом обследования для выявления ДНК вируса простого герпеса является**

- симптомов бронхиальной астмы за последние сутки
- симптомов бронхиальной астмы за последние 4 недели
- симптомов бронхиальной астмы за последние 2 недели
- параметров функции внешнего дыхания после физической нагрузки

### **Результаты обследования**

**Серологическое тестирование на вирус простого герпеса рекомендовано**

- женщинам, имеющим на момент обращения типичные герпетические высыпания любой локализации, в том числе рецидивирующий генитальный герпес
- пациентам с первым эпизодом заболевания для дифференциальной диагностики между первичной инфекцией и рецидивом для выбора тактики терапии
- пациентам с асимптомной формой заболевания: отсутствие зуда или жжения, отсутствие везикул, с бессимптомной репликацией вируса в биологических материалах
- пациентам с сепсисом, гепатитами, менингоэнцефалитом, пневмонией, гнойным поражением глаз

**В ходе сбора анамнеза у пациентов с простым герпесом важным критерием являются**

- периодические боли в суставах летучего характера
- эпизоды пузырьковых высыпаний в анамнезе с характерной повторяющейся локализацией для каждого пациента
- постоянный подъём температуры
- постоянные зудящие эритематозно-сквамозные высыпания с эскориациями с локализацией на лице, верхних конечностях

**Данному пациенту на основании клинико-анамнестических данных и полученных результатов обследования можно поставить диагноз**

- периодические боли в суставах летучего характера
- эпизоды пузырьковых высыпаний в анамнезе с характерной повторяющейся локализацией для каждого пациента
- постоянный подъём температуры
- постоянные зудящие эритематозно-сквамозные высыпания с эскориациями с локализацией на лице, верхних конечностях

**Диагноз**

**По клиническим проявлениям и локализации формой заболевания характерной для данного пациента является**

- зостериформный простой герпес
- герпетиформная экзема Капоши
- abortивная форма простого герпеса
- типичная форма простого герпеса

**Особенностью противогерпетического иммунитета является**

- стерильность, типоспецифичность, стойкость
- стерильность, перекрестность, стойкость
- нестерильность, перекрестность, нестойкость, типоспецифичность
- нестерильность, типоспецифичность, частичная перекрестность

**Факторами иммунного ответа, играющими наиболее важную роль в предупреждении рецидива герпеса, являются**

- система комплемента, интерферроновая реакция лейкоцитов
- клеточный иммунитет, опосредованный Т-киллерами, естественными киллерами
- мононуклеарно-макрофагальная система, TREK и KREK система, бактерицидная активность нейтрофилов
- вируснейтрализующие антитела

**Факторами, оказывающими влияние на выбор тактики противовирусного лечения, являются**

- частота и тяжесть обострений герпеса
- титры специфических антител к ВПГ1 и 2 типа в сыворотке крови
- продолжительность заболевания
- пол больного герпесом

**Целью лечения простого герпеса является**

- усиление иммунного ответа
- элиминация вируса из организма
- увеличение титров защитных антител к вирусу простого герпеса 1 и/или 2 типа
- снижение тяжести и продолжительности обострения

**Стандартная противовирусная терапия простого герпеса у данного пациента включает**

- синтетические ациклические нуклеозиды
- лизаты бактерий
- глюкозаминилмурамилдипептид
- интерлейкин-2 человека рекомбинантный

**Показанием для назначения вируссупрессивной терапии является**

- первичный эпизод заболевания
- присоединение бактериальной инфекции во время рецидива
- обострение герпеса более 6 раз в год
- обострение герпеса от 2 до 4 раз в год

**Назначение противовирусной терапии препаратами из группы ациклических нуклеозидов во время беременности, если польза терапии превышает риск для плода, возможно**

- первичный эпизод заболевания
- присоединение бактериальной инфекции во время рецидива
- обострение герпеса более 6 раз в год
- обострение герпеса от 2 до 4 раз в год

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу обратился пациент - мужчина 52 лет.

### **Жалобы**

- \* высыпания на теле,
- \* зуд кожи,
- \* отёк в ротовой полости
- \* повышение температуры до 37,0°C,
- \* повышенную сонливость.

### **Анамнез заболевания**

- \* Связывает появление высыпаний с приёмом Нурофена, болела голова.
- \* Около 22 часов принял Нурофен, ночью, около 2-х часов ночи, проснулся от зуда кожи, появились первые эритематозные пятна, сначала мелкие, увеличивающиеся в размере и сливающиеся, зудящие.
- \* Утром вся поверхность кожи была покрыта красными, зудящими волдырями.
- \* Ночью появился отек в ротовой полости.
- \* Зуд и отек нарастал, вызвал скорую помощь был сделана инъекция супрастина в/м, от госпитализации отказался.
- \* Утром обратился к аллергологу

### **Анамнез жизни**

- \* Рос и развивался нормально.
- \* Работает главным архитектором.
- \* Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 1 типа, проявившийся 6 лет назад, принимает Туджео СолоСтар (инсулин гларгин) 300 Ед/мл и НовоРапид (Инсулин аспарт) 100 Ед/мл. Находится под наблюдением у эндокринолога. Уровень контроля хороший.
- \* Наследственность: у матери Сахарный диабет.
- \* Аллергоанамнез: до настоящего заболевания без особенностей, раньше принимал нестероидные противовоспалительные, аллергических реакций не

было.

\* Вредные привычки: курил с 18 лет по 2-3 сигареты в день, бросил после обнаружения диабета, алкоголь в небольших количествах в праздничные дни.

\* Профессиональных вредностей не имеет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 76 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы влажные, бледные, кожа шеи и тела покрыта чётко ограниченными волдырями с гиперемией, на коже живота, спины, ног и рук имеются сливные участки размером 8-10 см, более горячие на ощупь. Волдырей не более 50-ти. В ротоглотке: верхнее мягкое небо и передние нёбные дужки отечны существенно увеличены в размере, нёбный язычок отёчен, увеличен в размере, лежит на корне языка, видимые слизистые гиперемированы. По передней поверхности шеи наблюдается видимый отёк. Периферические лимфоузлы не увеличены, наблюдается пастозность нижних конечностей, обеих стоп и нижней трети голеней. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка обычной формы. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 76 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС - 76 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Высыпания на теле

Высыпания на коже рук и ног

**На основании клинико-anamnestических данных данному пациенту можно поставить диагноз**

- первичный эпизод заболевания
- присоединение бактериальной инфекции во время рецидива
- обострение герпеса более 6 раз в год
- обострение герпеса от 2 до 4 раз в год

### **Диагноз**

**Для верификации диагноза лекарственная аллергия лабораторными методами обследования являются**

- первичный эпизод заболевания
- присоединение бактериальной инфекции во время рецидива

- обострение герпеса более 6 раз в год
- обострение герпеса от 2 до 4 раз в год

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Соблюдая протокол лечения крапивницы, у данного пациента лечение необходимо начинать с**

- немедленной отмены предполагаемого причинно-значимого лекарственного средства, применения системных глюкокортикостероидов внутримышечно или внутривенно
- немедленной отмены предполагаемого причинно-значимого лекарственного средства, приема антигистаминных препаратов второго поколения
- назначения селективных иммунодепрессантов- рекомбинантных гуманизированных моноклональных IgG1к антител (Омализумаб)
- исключения причинно-значимого аллергена, приема антигистаминных препаратов первого поколения

**При ангиоотеке у данного пациента лечение включает в себя вызов бригады скорой помощи и**

- неседативные антигистаминные препараты + эпинефрин+ Омализумаб
- эпинефрин+ глюкокортикостероиды+ неседативные антигистаминные препараты
- неседативные антигистаминные препараты + глюкокортикостероиды + антилейкотриеновые препараты
- седативные антигистаминные препараты + антилейкотриеновые препараты + глюкокортикостероиды

**При неэффективности на первом этапе терапии острой крапивницы следует применить**

- системные глюкокортикостероидные препараты
- омализумаб
- седативные антигистаминные препараты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

**При переходе острой крапивницы в хроническую и неэффективности проводимой терапии увеличить дозировку антигистаминных препаратов второго поколения нужно через + \_\_\_\_\_ + дней**

- системные глюкокортикостероидные препараты
- омализумаб

- седативные антигистаминные препараты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

**На основании жалоб, анамнеза и осмотра данному пациенту можно поставить диагноз**

- ОРВИ. Пищевая непереносимость
- Медикаментозный ринит. Аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав)
- Сезонный аллергический ринит интермитирующий лёгкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит. (сенсibilизация к пыльце деревьев) Перекрестная пищевая аллергия к сельдерю
- Сезонный аллергический ринит персистирующий средне-тяжелого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит в фазе обострения. (сенсibilизация к пыльце деревьев) Перекрестная пищевая аллергия к сельдерю

**Необходимым дополнительным исследованием, проводимым в сезон цветения, является**

- ОРВИ. Пищевая непереносимость
- Медикаментозный ринит. Аллергический конъюнктивит в фазе обострения. Пищевая аллергия проявляющаяся перекрестными пищевыми реакциями (цветение сорных трав)
- Сезонный аллергический ринит интермитирующий лёгкого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит. (сенсibilизация к пыльце деревьев) Перекрестная пищевая аллергия к сельдерю
- Сезонный аллергический ринит персистирующий средне-тяжелого течения. Сезонный аллергический конъюнктивит в фазе обострения. (сенсibilизация к пыльце деревьев) Перекрестная пищевая аллергия к сельдерю

**Результаты обследования**

**Для лечения сезонного аллергического ринита интермитирующего легкого течения применяют**

- интраназальные глюкокортикостероиды+ интраназальные антигистаминные препараты
- глюкокортикостероиды+омализумаб
- интраназальные глюкокортикостероиды+ Неседативные антигистаминные препараты



- неседативные антигистаминные препараты или интраназальные антигистаминные препараты

**Аллергенспецифическую терапию, проводимую инъекционно по классической схеме, нужно**

- закончить за 3 месяца до начала сезона пыления причинно-значимого растения
- закончить за 1-2 недели до начала сезона пыления причинно-значимого растения
- закончить за 3 месяца до начала пыления любого растения
- во время сезона цветения растений перевести пациента на поддерживающую дозу препарата

**Синдром лекарственной гиперчувствительности (dihs или dhs – drug induced hypersensitivity) или dress синдром (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) характеризуется реактивацией**

- вируса герпеса
- вируса иммунодефицита человека
- бактериальной инфекции
- грибковой инфекцией

**При необходимости применения причинно-значимого лекарственного средства по абсолютным показаниям и подтвержденном аллергическом механизме реакции, проводится**

- вируса герпеса
- вируса иммунодефицита человека
- бактериальной инфекции
- грибковой инфекцией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу обратилась пациентка 15 лет.

### **Жалобы**

- \* на высыпания на коже тела, конечностей, волосистой части головы
- \* сильный зуд
- \* зуд и жжение при приёме ванны или душа
- \* плохой сон
- \* невозможность носить открытую одежду, заниматься спортом

### **Анамнез заболевания**

- \* высыпания беспокоят в течение последнего года, с периодами коротких ремиссий
- \* Сначала были зудящие, единичные эритематозные высыпания на коже конечностей, на консультации у дерматолога, был назначен Тридерм. Применяла не регулярно, так как боялась «гормонов».
- \* Высыпания на коже увеличивались в размере, появились на коже тела, лица, на коже волосистой части головы, в течение последних 2-х месяцев, появились пузырьки с прозрачным содержимым, лопающиеся через несколько дней и оставляющие после себя пигментные пятна, нестерпимый зуд. Во время занятий спортом высыпания краснеют и зуд резко увеличивается.
- \* Отмечает ухудшение состояния в ночные часы и по утрам, также после употребления выпечки с использованием дрожжей. В марте и сентябре этого года было обострение течения заболевания.
- \* Принимала Зиртек по 1 таблетке 1 раз в день, без значимого эффекта, зуд уменьшался незначительно.

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась нормально.
- \* Школьница, профессионально занимается фигурным катанием.
- \* Перенесённые заболевания: со слов матери при первом введении прикорма, в возрасте 6 месяцев, были красные щеки, повышенная плаксивость, колики в животе, к первому году жизни все прошло.
- \* Наследственность: у отца – Бронхиальная астма, у младшей сестры (разница в 3 года) - крапивница, ангионевротический отёк на клубнику, смородину, конфеты.
- \* Вредные привычки: нет.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 52 кг, t тела 36,6°C. Кожа сухая, с множественными эритематозно-сквамозными высыпаниями на коже груди, спины. На коже рук и ног, имеются крупные эритематозно-сквамозные очаги с лихенификацией, экскориациями и трещинами. На коже нижних конечностей в области голеней имеются пузырьки с желтоватой жидкостью. Мелкие участки гиперпигментации. На волосистой части головы папулезно-сквамозные высыпания. Видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет,

частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**На основании клинико-anamnestических данных данной пациентке можно поставить предварительный диагноз**

- вируса герпеса
- вируса иммунодефицита человека
- бактериальной инфекции
- грибковой инфекцией

### **Диагноз**

**Предпочтительным методом обследования для диагностики спектра возможной сенсibilизации у данной больной является**

- вируса герпеса
- вируса иммунодефицита человека
- бактериальной инфекции
- грибковой инфекцией

### **Результаты обследования**

**Рекомендованным лабораторным методом исследования является**

- вируса герпеса
- вируса иммунодефицита человека
- бактериальной инфекции
- грибковой инфекцией

### **Результаты лабораторного метода исследования**

**Атопический дерматит необходимо дифференцировать с**

- подострой кожной красной волчанкой
- эксфолиативным дерматитом (болезнь Риттера)
- себорейным дерматитом
- интертригинозной стрептодермией
- синдромом Стивенса — Джонсона
- аллергическим контактным дерматитом

**Для медикаментозного лечения атопического дерматита у данной больной (оценка по шкале SCORAD составляет 38 баллов) нужно применить**

- антигистаминные препараты+ увлажняющие средства
- топические глюкокортикостероиды средней и высокой активности + антигистаминные препараты 2-го поколения+ антимикробные препараты
- иммунодепрессанты - циклоспорин + антимикробные препараты
- топические глюкокортикостероиды низкой и средней активности + антигистаминные препараты 2-го поколения+ антимикробные препараты

**При невозможности назначить пациенту топические глюкокортикостероиды из-за «стероидофобии» рекомендовано назначение**

- препаратов на основе дегтя, нафталанна, ихтиола
- антисептиков в комбинации с антимикробными препаратами
- назначение системных антибиотиков
- топических ингибиторов кальциневрина

**Анатомической зоной с наибольшим процентом абсорбции при применении местных глюкокортикостероидов является**

- лоб
- предплечье
- поверхность гениталий
- область нижней челюсти

**Пациентам с атопическим дерматитом, осложненным бактериальной или грибковой инфекцией кожи для наружного применения рекомендуется**

- топические ингибиторы кальциневрина
- топические глюкокортикостероиды с антибактериальными и противогрибковыми свойствами
- препараты на основе дегтя, нафталанна, ихтиола
- средства восстанавливающие водно-липидный барьер

**В случае развития у пациентов с атопическим дерматитом герпетической экземы Капоши рекомендуется применение**

- ацикловир таблетки 200 мг взрослым и детям от 3 лет внутрь 5 раз в сутки
- цефтриаксон – по 1–2 г в сутки внутримышечно или внутривенно взрослым и детям старше 12 лет
- ацикловир таблетки 200 мг взрослым и детям от 3 лет внутрь 3 раза в сутки

- узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия 311 нм (УФВ диапазон, длина волны 310–315 нм с максимумом эмиссии 311 нм) взрослым и детям старше 7 лет

**При нарушении функции эпидермального барьера, у больных с atopическим дерматитом, наблюдается повышенная колонизация кожи**

- *Fusarium scedosporium*
- *Trichophyton*
- *Aspergillus furigalis*
- *Malassezia spp*

**Перекрёстную реакцию клещи дерматофаги (*Dermatophagoide pteronyssimus*, *Dermatophagoides farine*) дают с**

- латексом, продуктами пчеловодства
- сухим кормом для рыб
- мясом кролика, олениной
- всеми видами рыбы, белым мясом птицы

**Для сенсibilизации к грибковым аллергенам характерны перекрестные пищевые реакции с**

- латексом, продуктами пчеловодства
- сухим кормом для рыб
- мясом кролика, олениной
- всеми видами рыбы, белым мясом птицы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 10 лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На приступообразный кашель, чаще в ночное время.
- \* Эпизоды затрудненного дыхания на фоне физической нагрузки.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 8 лет беспокоит приступообразный кашель в ночное время.
- \* С 9 лет посещает карате, где периодически отмечаются эпизоды затрудненного дыхания (зал, где проходили тренировки, покрыт татами), купировались после выхода из зала.
- \* Приступы затрудненного дыхания, возникающие на фоне острой

респираторной инфекции, купировались ингаляциями с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 2 физиологических родов в срок.
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.
- \* Диаскинтест – отрицательный.
- \* Отмечается периодическая заложенность носа, в терапии промывание носа физиологическим раствором и эпизодическое использование сосудосуживающих.
- \* Наследственный анамнез – у старшей сестры - приступы затрудненного дыхания после контакта с животными.
- \* Ребенок спит на перьевых подушках, в квартире имеется 2 ковра.

### **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые от элементов патологической сыпи. Отмечается периорбитальный цианоз.
- \* Зев не гиперемирован, лакуны миндалин чистые.
- \* Носовое дыхание несколько затруднено.
- \* При проведении передней риноскопии – слизистая бледная, отёчная.
- \* При аускультации легких – дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- латексом, продуктами пчеловодства
- сухим кормом для рыб
- мясом кролика, олениной
- всеми видами рыбы, белым мясом птицы

### **Результаты обследования**

**Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронхолитика коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек составляет  $\geq + \underline{\hspace{1cm}}$  + % или  $+ \underline{\hspace{1cm}}$  + мл**

- 9; 160
- 18; 220
- 12; 200

- 10; 180

**Для постановки диагноза значимым лабораторным методом обследования является**

- 9; 160
- 18; 220
- 12; 200
- 10; 180

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- 9; 160
- 18; 220
- 12; 200
- 10; 180

**Диагноз**

**Сопутствующей патологией данного ребенка является**

- вазомоторный (идиопатический) ринит
- лекарственно-индуцированный ринит
- аллергический персистирующий ринит, обострение
- неаллергический ринит с эозинофильным синдромом

**В качестве базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить**

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- рекомбинантные моноклональные антитела
- ингаляционные глюкокортикостероиды в средних дозах
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

**Препаратами скорой помощи, которые необходимо рекомендовать данному пациенту для купирования симптомов бронхиальной астмы, являются**

- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционные короткодействующие  $\beta$ 2-агонисты
- теofilлин и этилендиамин
- пероральные коротко действующие бронходилататоры

**На фоне проводимой базисной терапии комбинированным препаратом, состояние мальчика оставалось стабильным, по результатам теста по контролю над астмой – астма хорошо контролируемая. Рассмотреть возможность перехода на предыдущий этап лечения можно минимум через + \_\_\_\_\_ + месяца/месяцев после достижения контроля**

- 6
- 12
- 4
- 3

**Для лечения симптомов аллергического ринита данному ребенку показано назначение**

- интраназальных кортикостероидов
- назальных холинолитиков
- назальных деконгестантов
- системных кортикостероидов

**Проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у данного пациента возможно при**

- одновременном назначении препарата моноклональных антител к иммуноглобулину E
- показателях ОФВ<sub>1</sub> менее 70% на фоне адекватной фармакотерапии
- значении ОФВ<sub>1</sub> более 70% от должных величин на фоне адекватной фармакотерапии
- аллергической персистирующей астме среднетяжелого и тяжелого течения, плохо контролируемой другими препаратами

**Проведение вакцинации от гриппа ребенку с бронхиальной астмой возможно только**

- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Календарю профилактических прививок
- после отмены базисной терапии
- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния соответственно срокам Календаря профилактических прививок
- после длительной ремиссии заболевания

**Концентрация аллергенов клещей домашней пыли в окружающем воздухе обычно снижается**



- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Календарю профилактических прививок
- после отмены базисной терапии
- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния соответственно срокам Календаря профилактических прививок
- после длительной ремиссии заболевания

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мальчик 5 лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### Жалобы

- \* На постоянную заложенность носа, приступообразное чихание, периодически зуд полости носа и глаз.
- \* Эпизоды затяжного кашля в утренние часы.

### Анамнез заболевания

- \* С 3 лет беспокоят эпизоды затяжного кашля.
- \* В 3,5 года по рекомендации педиатра проводились ингаляции кромоглициевой кислоты по 2 ингаляции х 4 раза в день – с положительным эффектом.
- \* За последний год отмечалось три приступа затрудненного дыхания на фоне острой респираторной инфекции и 2 приступа кашля со свистящим дыханием после контакта с собакой, данные проявления купировались ингаляциями с будесонидом и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.
- \* На фоне интенсивной нагрузки – одышка.
- \* С осени беспокоит сухой кашель, выраженная заложенность носа.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов путем кесарева сечения.
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году.
- \* Профилактические прививки проведены по национальному календарю.
- \* Диаскинтест – отрицательный.
- \* С 2-х лет часто болеет ОРИ. Рецидивирующие аденоидиты, отиты, тугоухость. В 4 года проведена эндоскопическая аденотомия. Двустороннее шунтирование барабанных полостей. Носовое дыхание временно улучшилось, отитов с этого времени не было.
- \* Наследственный анамнез – у отца в детстве бронхиальная астма (бытовая сенсibilизация), у бабушки по л/отца – бронхиальная астма.

\* Жилищные условия: ковер в комнате ребенка, пуфик, книги в открытых шкафах, цветы в гостиной.

### **Объективный статус**

\* Температура тела 36,6°C.

\* Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые от элементов патологической сыпи.

\* Зев не гиперемирован, лакуны миндалин расширены, без наложений.

\* Носовое дыхание затруднено. При проведении передней риноскопии – слизистая бледная, отёчная, слизистое отделяемое в общих носовых ходах.

\* При аускультации легких – дыхание с жестким оттенком, равномерно проводится во все отделы, хрипы выслушиваются на форсированном выдохе.

### **Учитывая жалобы данного пациента, необходимыми методами диагностики для постановки диагноза являются**

- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Календарю профилактических прививок
- после отмены базисной терапии
- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния соответственно срокам Календаря профилактических прививок
- после длительной ремиссии заболевания

### **Результаты обследования**

**Бронходилатационный тест у данного ребенка считается положительным, если после ингаляции бронхолитика коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет  $\geq +$  \_\_\_\_\_ + или  $+$  \_\_\_\_\_ + мл**

- 12; 200
- 9; 160
- 18; 220
- 10; 180

**Лабораторным методом обследования, в данном случае значимым для определения сенсibilизации, является**

- 12; 200
- 9; 160
- 18; 220
- 10; 180

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**На основании имеющейся у больного симптоматики, данных анамнеза и проведенного обследования можно выставить диагноз**

- 12; 200
- 9; 160
- 18; 220
- 10; 180

### **Диагноз**

**В качестве базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить**

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- рекомбинантные моноклональные антитела

**Для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне проводимой базисной терапии рекомендуется**

- определение уровня специфических антител класса IgE в динамике
- диагностическая бронхоскопия
- ведение дневника пикфлоуметрии
- рентген органов грудной клетки

**Минимальная продолжительность курса базисной терапии с последующей оценкой контроля над заболеванием у данного ребенка составляет**

- 2 месяца
- 1 месяц
- 2 недели
- 3 месяца

**На фоне монотерапии низкими дозами ингаляционного глюкокортикостероида, состояние ребенка оставалось стабильным в течение 3-х месяцев, по результатам теста по контролю над астмой – астма хорошо контролируемая, суточная вариабельность ПСВ менее 5%. Можно рассмотреть снижение объема базисной терапии за счет назначения**

- кромоглициевой кислоты
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- антигистаминного препарата нового поколения
- стабилизатора мембран тучных клеток

**Для лечения симптомов аллергического ринита данному ребенку показано назначение**

- интраназальных кортикостероидов
- назальных деконгестантов
- назальных холинолитиков
- системных кортикостероидов

**Учитывая доказанную IgE-зависимую природу заболевания и клинические проявления, вызванные аллергенами клещей домашней пыли, данному пациенту может быть рекомендовано проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) при**

- аллергической персистирующей астме среднетяжелого и тяжелого течения, плохо контролируемой другими препаратами
- одновременном назначении препарата моноклональных антител к иммуноглобулину E
- значении ОФВ<sub>1</sub> более 70% от должных величин на фоне адекватной фармакотерапии
- показателях ОФВ<sub>1</sub> менее 70 % на фоне адекватной фармакотерапии

**Рекомендуемая продолжительность аллерген-специфической терапии составляет**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

**Концентрация спор плесневых грибов в окружающем воздухе обычно снижается**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 8-ми лет пришла на прием к врачу – аллергологу-иммунологу.

## **Жалобы**

На приступы чихания, сопровождающиеся заложенностью носа и обильными водянистыми выделениями из носа.

## **Анамнез заболевания**

- \* С 5 лет стали беспокоить ринорея и зуд в носу, к врачу не обращались, самостоятельно проводили промывание носа с временным облегчением состояния.
- \* С 6 лет стали беспокоить отиты, появилось нарушение обоняния.
- \* Приступы многократного чихания во время нахождения в пыльном помещении.
- \* Симптоматически используют антигистаминные и местные сосудосуживающие препараты с временным эффектом.

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 4 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1 триместре, 2 физиологических родов в срок.
- \* С раннего возраста до 4-х лет беспокоили проявления атопического дерматита.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у старшего брата бронхиальная астма.
- \* В квартире много цветов горшках, книги на открытых полках.
- \* Лечение на момент поступления: дезлоратадин (3 дня назад).

## **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,5°C.
- \* Конъюнктивы инъецированы.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, чистые от высыпаний. Отмечаются «аллергические круги под глазами».
- \* Зев розовый, миндалины увеличены, чистые от наложений.
- \* Носовое дыхание затруднено.
- \* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы на момент осмотра не выслушиваются.

**Для определения тактики обследования данного пациента необходимо провести**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

## **Результаты обследования**

**Важным для постановки диагноза методом обследования является**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

**Результаты обследования**

**Для исключения иной патологии данному ребенку необходимо назначить**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

**Результаты**

**На основании жалоб, данных анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований у можно выставить диагноз**

- 7 - 8 лет
- от 5 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет

**Диагноз**

**Для быстрого купирования симптомов аллергического ринита данному ребенку необходимо назначить**

- антигистаминные препараты
- анти-IgE-терапия
- назальный натрия кромогликат
- назальные холинолитики

**Для подавления развития отека слизистой оболочки носовой полости, уменьшение выраженности симптомов аллергического ринита данному ребенку необходимо назначить**

- ксимилин
- цетиризин
- омализумаб
- флутиказон

**В качестве комплексного подхода к лечению аллергического ринита данному ребенку помимо лекарственной терапии необходимо провести**

- дренирование околоносовых пазух
- элиминацию аллергенов
- гомеопатическое лечение
- рефлексотерапию

**Для этиопатогенетического лечения аллергического ринита и выработки толерантности к индивидуальным сенсibiliзирующим аллергенам, данному ребенку необходимо рекомендовать проведение**

- анти-IgE терапии
- аллерген-специфической иммунотерапии
- физиотерапии
- аутолимфоцитотерапии

**При проведении аллерген-специфической иммунотерапии аллергенами клещей домашней пыли данному ребенку, в связи с риском развития перекрестной реактивности необходимо исключить**

- контакт с животными
- ужаление перепончатокрылыми
- употребление в пищу ракообразных и моллюсков
- употребление в пищу речной рыбы

**Наблюдение данного ребенка с аллергическим ринитом вне обострения необходимо осуществлять врачом аллергологом-иммунологом 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 9-12
- 3-6
- 12-18
- 6-9

**Учитывая наличие сенсibiliзации к аллергенам плесневых грибов у данного ребенка, необходимо рекомендовать**

- ограничить контакт с любыми животными, исключить пребывание животных в комнате ребенка, проводить регулярную чистку ковров, матрасов и обивки мебели
- тщательно очищать увлажнители воздуха, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%, не

допускать нахождение ребенка в сыром помещении, убрать из квартиры цветы в горшках

- держать закрытыми окна и двери, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице, ношение защитных масок или носовых фильтров, с осторожностью использовать растительные косметические средства
- использовать чехлы для матрасов, не пропускающих аллергены, проводить ежедневную влажную уборку, заменить ковры/ковровые покрытия на линолеум или деревянные полы

### **При долгосрочном проведении аллерген-специфической иммунотерапии сублингвальным методом введения вакцинацию возможно провести**

- ограничить контакт с любыми животными, исключить пребывание животных в комнате ребенка, проводить регулярную чистку ковров, матрасов и обивки мебели
- тщательно очищать увлажнители воздуха, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%, не допускать нахождение ребенка в сыром помещении, убрать из квартиры цветы в горшках
- держать закрытыми окна и двери, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице, ношение защитных масок или носовых фильтров, с осторожностью использовать растительные косметические средства
- использовать чехлы для матрасов, не пропускающих аллергены, проводить ежедневную влажную уборку, заменить ковры/ковровые покрытия на линолеум или деревянные полы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В аллергологическое отделение поступила пациентка 45 лет

### **Жалобы**

- \* на продуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой, иногда с примесью крови.
- \* повышенную утомляемость, общую слабость, потливость
- \* повышение температуры до 38,5°C, чаще в дневное время, реже вечером
- \* потерю аппетита
- \* болезненность в грудной клетке при кашле
- \* тяжелые приступы удушья
- \* плохой сон из-за приступов удушья



### **Анамнез заболевания**

- \* в середине декабря около двух недель назад перенесла ОРВИ, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили отделяемое из носа желто-зеленого цвета, сухой кашель, головная боль, продолжала ходить на работу.
- \* Четыре дня назад появился продуктивный нарастающий кашель, болезненность в грудной клетке.
- \* кроме того появились приступы затруднённого дыхания, тяжёлые приступы удушья, одышка при незначительной физической нагрузке.
- \* в течение последних 2 дней почувствовала нарастающую слабость.
- \* ранее к врачу не обращалась, самостоятельно использовала отхаркивающие муколитические средства, Сальбутамол до 6 раз в сутки.

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась нормально.
- \* Работает бухгалтером, в офисе постоянно работает кондиционер, окна не открываются.
- \* Перенесённые заболевания: с 12 летнего возраста Бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, персистирующая средней тяжести течения. Принимает Фликсотид (флутиказон) в дозировке 500 мкг в сутки. Сальбутамол по потребности. Наблюдалась у аллерголога, из-за нестабильного течения АСИТ не проводилась. В последние три года часто болела ОРВИ, на фоне заболевания появлялись приступы затруднённого дыхания, появлялась одышка при незначительной физической нагрузке, кашель.
- \* Беременности – не было.
- \* Наследственность: у матери Аллергический ринит.
- \* Аллергоанамнез: сенсibilизация к аллергенам пыльцы деревьев (береза), аллергенам плесневых грибов.
- \* Вредные привычки: нет.
- \* Профессиональных вредностей не имеет

### **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,55 м, вес 50 кг, t тела 37,5°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Грудная клетка гиперстеническая, межрёберные промежутки не увеличены . При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 22 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, отмечается участок притупления справа ниже угла лопатки. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушивается множество сухих хрипов над всей поверхностью лёгких, нежная инспираторная крепитация в нижних и средних отделах справа.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 78 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 78 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не выступает из под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- ограничить контакт с любыми животными, исключить пребывание животных в комнате ребенка, проводить регулярную чистку ковров, матрасов и обивки мебели
- тщательно очищать увлажнители воздуха, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%, не допускать нахождение ребенка в сыром помещении, убрать из квартиры цветы в горшках
- держать закрытыми окна и двери, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице, ношение защитных масок или носовых фильтров, с осторожностью использовать растительные косметические средства
- использовать чехлы для матрасов, не пропускающих аллергены, проводить ежедневную влажную уборку, заменить ковры/ковровые покрытия на линолеум или деревянные полы

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Для постановки диагноза необходимыми инструментальными методами обследования являются**

- ограничить контакт с любыми животными, исключить пребывание животных в комнате ребенка, проводить регулярную чистку ковров, матрасов и обивки мебели
- тщательно очищать увлажнители воздуха, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%, не допускать нахождение ребенка в сыром помещении, убрать из квартиры цветы в горшках
- держать закрытыми окна и двери, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице, ношение защитных масок или носовых фильтров, с осторожностью использовать растительные косметические средства
- использовать чехлы для матрасов, не пропускающих аллергены, проводить ежедневную влажную уборку, заменить ковры/ковровые покрытия на линолеум или деревянные полы

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании клинико-anamnestических данных и данных лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз**

- ограничить контакт с любыми животными, исключить пребывание животных в комнате ребенка, проводить регулярную чистку ковров, матрасов и обивки мебели
- тщательно очищать увлажнители воздуха, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%, не допускать нахождение ребенка в сыром помещении, убрать из квартиры цветы в горшках
- держать закрытыми окна и двери, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице, ношение защитных масок или носовых фильтров, с осторожностью использовать растительные косметические средства
- использовать чехлы для матрасов, не пропускающих аллергены, проводить ежедневную влажную уборку, заменить ковры/ковровые покрытия на линолеум или деревянные полы

## **Диагноз**

**Определите тип, течение, степень тяжести и уровень контроля бронхиальной астмы у данной пациентки**

- бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, персистирующая, частично контролируемая, средней тяжести течения
- бронхиальная астма смешанная, интермитирующая, контролируемая, средней тяжести течения
- бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, персистирующая, не контролируемая, легкой тяжести течения
- бронхиальная астма смешанная, персистирующая, не контролируемая, тяжёлого течения

**Для подтверждения диагноза Аллергический бронхолегочной аспергиллез у пациентки, необходимым дополнительным лабораторным методом исследования является**

- бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, персистирующая, частично контролируемая, средней тяжести течения
- бронхиальная астма смешанная, интермитирующая, контролируемая, средней тяжести течения
- бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента, персистирующая, не контролируемая, легкой тяжести течения

- бронхиальная астма смешанная, персистирующая, не контролируемая, тяжёлого течения

### **Результаты обследования**

#### **Препаратами выбора для лечения Аллергического бронхолегочного аспергиллеза являются**

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- ингаляционные глюкокортикостероиды в сочетании с длительнодействующими  $\beta$ 2-агонисты

#### **Преднизолон в качестве базисной терапии Аллергического бронхолегочного аспергиллеза необходимо назначить по**

- 3 мг/кг в день в течение 6 дней
- 2 мг/кг в день в течение 2-3 недель
- 0,5-1 мг/кг в день в течение 1 недели с последующим приемом ежедневно в течение 8 месяцев
- 0,5-1 мг/кг в день в течение 2-3 недель с последующим приемом через день в течение 2-3 месяцев

#### **Исходную дозу преднизолона начинают уменьшать при снижении уровня общего IgE от исходного уровня на**

- две трети
- одну четвертую
- одну треть
- половину

#### **Для достижения ремиссии пациенту с аллергическим бронхолегочным аспергиллезом необходимо назначить**

- антифунгальную терапию
- физиотерапию
- рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела
- аллергенспецифическую терапию с грибковыми аллергенами

#### **При аллергической реакции на споры плесневых грибов может быть перекрестная пищевая аллергия на**

- дыни, арбузы, баклажаны, кабачки, капуста

- яблоки, груши, косточковые фрукты, помидоры, маслины
- вино, шампанское, кефир, дрожжевое тесто, сыры
- щавель, сельдерей

**У больного с аллергической реакцией на аллергены плесневых грибов симптомы могут проявиться при**

- посещении цирка, зоопарка, контакте с животными
- использовании постельных принадлежностей из шерсти, перьевых и пуховых подушек
- выезде в прибрежную зону
- посещении сырых, плохо проветриваемых помещений, библиотек, сосновых лесов

**Наиболее частой причиной смерти больных с аллергическим бронхолегочным аспергиллезом является**

- посещении цирка, зоопарка, контакте с животными
- использовании постельных принадлежностей из шерсти, перьевых и пуховых подушек
- выезде в прибрежную зону
- посещении сырых, плохо проветриваемых помещений, библиотек, сосновых лесов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратилась пациентка 20 лет.

### **Жалобы**

- \* На приступы удушья и одышку после незначительной физической нагрузки в течение последних 10-ти дней.
- \* Пациентка просыпается по ночам от приступов кашля и удушья, всего за ночь 3-4 приступа.
- \* Заложенность носа.
- \* Профессионально занимается лёгкой атлетикой и эти симптомы мешают тренировкам и выступлениям.
- \* Повышенную тревожность.

### **Анамнез заболевания**

- \* Впервые приступы удушья и затруднённого дыхания появились после тяжело перенесённого вируса гриппа, более месяца назад.

- \* В дальнейшем наблюдалось нарастание вышеперечисленных симптомов, родственники и друзья отмечали свисты слышимые на расстоянии, во время приступов затруднённого дыхания у пациентки .
- \* Приступы ежедневные, возникают при подъёме по лестнице на второй этаж или ходьбе в ускоренном темпе.
- \* Также отмечает постоянную сильную заложенность носа дома и по ночам, чихание, водянистое отделяемое из носа, зуд в полости носа при уборке дома, чихание по утрам при просыпании, в течение последних трех лет, пользуется Отривином.
- \* Два дня назад обращалась к участковому терапевту. По назначению терапевта сдала общий анализ крови (результат принесла с собой), терапевт направила к аллергологу.

### **Обследования, проведенные до приёма у аллерголога**

====		
	*Показатель*	*Результат*   *Нормы*
	Эритроциты (RBC), $10^{12}/л$	*4,8*   м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
	Гемоглобин (Hb), г/л	*140*   м. 130-160 ж. 120-140
	Гематокрит (HCT),%	*40*   м. 39-49 ж. 35-45
	Цветовой показатель (ЦП)	*0,94*   0,8-1,0
	Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	*84*   80-100
	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	*28*   26-34
	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	*36,3*   32,0-37,0
	Ретикулоциты (RET), ‰	*10*   2-12
	Тромбоциты (PLT), $10^9/л$	*210*   180-320
	Лейкоциты (WBC), $10^9/л$	*5*   4-9
3+^	*Лейкоцитарная формула*	
	Нейтрофилы палочкоядерные, %	*6*   1-6
	Нейтрофилы сегментоядерные, %	*57*   47-72
	Эозинофилы, %	*15*   1-5
	Базофилы, %	
	0-1	
	Лимфоциты, %	*20*   19-37
	Моноциты, %	*2*   2-10
	СОЭ, мм/ч	*5*   м. 2-10

ж. 2-15

|====

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась нормально.
- \* Студентка, профессионально занимается лёгкой атлетикой.
- \* Аллергоанамнез: при переводе на искусственное вскармливание в 6 месяцев и до 5-ти летнего возраста наблюдалась пищевая аллергия на коровье молоко, проявляющаяся высыпаниями на лице и теле, также на куриное яйцо, клубнику, которая проявлялась высыпаниями на лице, наблюдалась у педиатра и аллерголога, с диагнозом Атопический дерматит.
- \* Беременности – 0.
- \* Наследственность: у бабушки со стороны матери в конце августа ежегодно ринит, сезонная бронхиальная астма.
- \* Перенесённые заболевания: острый аппендицит в 16 лет.
- \* Вредные привычки: отрицает.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Дома имеются две кошки 2-х и 5-ти лет, в доме пациентки и ранее проживали разные кошки.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормального питания, рост - 1,75 м, вес -59 кг, t тела - 36,6°С. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые физиологической окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 22 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жёсткое, сухие высокодискантные хрипы над всей поверхностью лёгких, свистящие при форсированном выдохе. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**На основании клинико-анамнестических данных данной пациентке можно поставить предварительный диагноз**

- Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая, персистирующая, тяжелое неконтролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит

- Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая, тяжёлое контролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Хроническая обструктивная болезнь легких средне-тяжёлая степень течения (GOLD 2) в фазе обострения, преимущественно эмфизематозный фенотип. Дыхательная недостаточность I ст
- Неаллергическая бронхиальная астма персистирующая, средней тяжести, неконтролируемое течение. Сезонный аллергический ринит, вызванный пылью растений

**Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза бронхиальная астма является**

- Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая, персистирующая, тяжелое неконтролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая, тяжёлое контролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Хроническая обструктивная болезнь легких средне-тяжёлая степень течения (GOLD 2) в фазе обострения, преимущественно эмфизематозный фенотип. Дыхательная недостаточность I ст
- Неаллергическая бронхиальная астма персистирующая, средней тяжести, неконтролируемое течение. Сезонный аллергический ринит, вызванный пылью растений

**Результаты инструментального метода обследования**

**Для уточнения спектра сенсибилизации у данной пациентки необходимыми методами обследования являются**

- Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая, персистирующая, тяжелое неконтролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая, тяжёлое контролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Хроническая обструктивная болезнь легких средне-тяжёлая степень течения (GOLD 2) в фазе обострения, преимущественно эмфизематозный фенотип. Дыхательная недостаточность I ст
- Неаллергическая бронхиальная астма персистирующая, средней тяжести, неконтролируемое течение. Сезонный аллергический ринит, вызванный пылью растений

**Результаты обследования**



**На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить окончательный диагноз**

- Бронхиальная астма впервые выявленная, аллергическая, персистирующая, тяжелое неконтролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая, тяжёлое контролируемое течение. Круглогодичный аллергический ринит
- Хроническая обструктивная болезнь легких средне-тяжёлая степень течения (GOLD 2) в фазе обострения, преимущественно эмфизематозный фенотип. Дыхательная недостаточность I ст
- Неаллергическая бронхиальная астма персистирующая, средней тяжести, неконтролируемое течение. Сезонный аллергический ринит, вызванный пылью растений

**Диагноз**

**Для ежедневного самоконтроля у больных с бронхиальной астмой используется**

- исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- спирометрия с бронходилатационным тестом
- спирометрия
- пикфлоуметрия

**Для лечения бронхиальной астмы и аллергического ринита у данной пациентки целесообразно применить**

- ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах +  $\beta$ 2-агонист длительного действия + неседативные антигистаминные препараты
- ингаляционные глюкокортикостероиды в средних дозах +  $\beta$ 2-агонист длительного действия; Интраназальные глюкокортикостероиды + неседативные антигистаминные препараты или антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- антибиотикотерапия+ ингаляционные глюкокортикостероиды в высоких дозах +  $\beta$ 2-агонист длительного действия
- системные глюкокортикостероиды +  $\beta$ 2-агонист короткого действия по потребности + антилейкотриеновые препараты +  $\beta$ 2-агонист длительного действия СМАРТ терапия;  
интраназальные глюкокортикостероиды + неседативные антигистаминные препараты

Если для базисной терапии бронхиальной астмы используется Беклометазон дипропионат, в дозировке 1250 мкг, то при замене на Флутиказона фуорат, эквивалентной дозой препарата является + \_\_\_\_\_ + мкг

- 500
- 200
- <400-800
- 100

При отсутствии полного контроля над заболеванием для принятия решения о переходе на следующую ступень терапии бронхиальной астмы у данной пациентки нужно провести

- цитологическое (пятикратное) исследование мокроты
- оценку правильности техники ингаляций лекарственных препаратов
- исследование уровня общего и аллерген-специфических иммуноглобулинов E в сыворотке крови
- определение ДНК Streptococcus species в мокроте смывах с бронхов, лаважной жидкости методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме «реального времени»

При назначении В2-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, при особенно многократном увеличении частоты применения, без использования противовоспалительной терапии, необходимо предупредить пациента о возможности передозировки препарата, с

- повышением артериального давления
- усилением бронхоспазма
- сужением периферических сосудов
- появлением депрессии, снижением аппетита

Аллергенспецифическая иммунотерапия бытовыми аллергенами у данной пациентки показана при контролируемой бронхиальной астме, с показателем ОФВ1

- $\geq 70$  % с базисной терапией
- $\geq 65$  % с базисной терапией
- $\geq 50$  % без базисной терапии
- $\leq 70$  % без базисной терапии

Определение начальной дозы для проведения аллергенспецифической иммунотерапии алергоидами, полученными путем полимеризации алергена формальдегидом, осуществляется

- методом алергометрического титрования
- по «молниеносной» схеме
- по ускоренной схеме по методу Порошиной
- по классической схеме

**Перекрёстную пищевую реакцию клещи дерматофаги (*Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farine*) дают с**

- методом алергометрического титрования
- по «молниеносной» схеме
- по ускоренной схеме по методу Порошиной
- по классической схеме

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приём к врачу-аллергологу-иммунологу по направлению врача терапевта участкового обратилась пациентка 18 лет.

### **Жалобы**

- \* На непродуктивный кашель, обостряющийся в ночное время.
- \* Приступы затруднённого дыхания во время быстрой ходьбы или бега,
- \* Повышенную тревожность.
- \* Плохой сон.

### **Анамнез заболевания**

- \* Впервые около 6 месяцев назад развился приступ удушья, после употребления сыра с плесенью (Камамбер), была вызвана скорая помощь, введён в/в преднизолон, эуфиллин.
- \* После чего стала замечать, что в ванной комнате возникало чувство нехватки воздуха, покашливания.
- \* Около месяца назад появился непродуктивный кашель, с приступами удушья при физической нагрузке, а также кашель и приступы удушья при уборке дома, при посещении студенческой библиотеки.
- \* В последнее время отмечает ухудшение состояния в ночное время, каждую ночь возникает приступообразный удушливый кашель.
- \* Обратилась к участковому терапевту, давшему направление к аллергологу. Самостоятельно принимала амбробене.

### **Анамнез жизни**

- \* Росла и развивалась нормально.
- \* Студентка университета.

- \* Перенесённые заболевания: в детстве до 1,6 года наблюдалась аллергия на коровье молоко, проявлявшаяся сыпью на коже лица и тела. С введением прикорма появилась аллергия на все виды яиц, которая прошла к семилетнему возрасту, сейчас пищевой аллергии со слов больной у неё не наблюдается.
- \* Беременности – 0, родов -0.
- \* Наследственность: у бабушки (со стороны матери) и у матери – Бронхиальная астма.
- \* Вредные привычки: курит по 2-3 сигареты в день.
- \* Профессиональных вредностей не имеет.
- \* Животных дома нет и никогда не содержала, при контакте с животными никаких реакций не отмечает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост - 1,78 м, вес - 58 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жёсткое, сухие рассеянные высокодискантные хрипы ниже четвёртого ребра с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 76 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС - 76 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

### **Сенсибилизацию к каким группам аллергенов можно заподозрить у данной больной**

- бытовым и грибковым
- профессиональным и лекарственным
- эпидермальным и инсектным
- пищевым и пыльцевым

### **Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза бронхиальная астма является**

- бытовым и грибковым
- профессиональным и лекарственным
- эпидермальным и инсектным
- пищевым и пыльцевым

## **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании жалоб, анамнеза и результатов инструментальных методов обследования данной пациентке можно поставить диагноз**

- бытовым и грибковым
- профессиональным и лекарственным
- эпидермальным и инсектным
- пищевым и пыльцевым

## **Диагноз**

**Для верификации спектра сенсibilизации у данной пациентки, дополнительным лабораторным методом обследования является**

- бытовым и грибковым
- профессиональным и лекарственным
- эпидермальным и инсектным
- пищевым и пыльцевым

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для лечения бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо применить**

- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов {plus}  $\beta$ 2-агонист длительного действия или антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов {plus} антигистаминные препараты первого поколения {plus}  $\beta$ 2-агонист длительного действия
- $\beta$ 2-агонист длительного действия {plus} антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов {plus}  $\beta$ 2-агонист длительного действия

**У пациентки выявлена сенсibilизации к грибковым аллергенам, возможными пищевыми аллергенами дающими перекрёстные пищевые реакции являются**

- макароны, манная каша, рис
- яблоки, груши, сливы, персики
- сыр, вино, кефир, пиво
- морковь, сельдерей, маслины

**Возможными перекрестными пищевыми аллергенами, при выявленной у данной пациентки сенсibilизации к клещам дерматофагам (*Dermatophagoides pteronyssimus*, *Dermatophagoides farine*) являются**

- макаронны, манная каша, рис
- яблоки, груши, сливы, персики
- сыр, вино, кефир, пиво
- морковь, сельдерей, маслины

**На основании клинико-анамнестических данных данной пациентке можно поставить диагноз**

- ОРВИ. Бронхиальная астма atopическая форма, персистирующая средней тяжести, контролируемое течение
- Хронический вазомоторный ринит средне-тяжелого течения. Бронхиальная астма atopическая форма, персистирующая средней тяжести, контролируемое течение
- Аллергический ринит, вызванный пылью растений, персистирующий, средне-тяжелого течения. Сенсibilизация к пыльце деревьев. Бронхиальная астма atopическая форма, персистирующая средней тяжести, контролируемое течение
- Круглогодичный аллергический ринит, интермитирующий, средне-тяжелого течения, в стадии обострения. Сенсibilизация к аллергенам домашней пыли. Бронхиальная астма atopическая форма, персистирующая средней тяжести, контролируемое течение

**Для диагностики поллинозов в сезон цветения растений предпочтительным методом является**

- определение аллергоспецифических иммуноглобулинов G в сыворотке крови
- определение аллергоспецифических иммуноглобулинов E в сыворотке крови
- постановка кожных проб
- проведение провокационных тестов с аллергенами

**Для лечения аллергического ринита у данной пациентки необходимо применить**

- интраназальные глюкокортикостероиды {plus} неседативные антигистаминные препараты
- интраназальные кромоны + неседативные антигистаминные препараты
- антилейкотриеновые препараты

- антилейкотриеновые препараты+ седативные антигистаминные препараты

**Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать**

- изменения соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta$ 2-адреномиметика короткого действия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателя ОФВ 1 функции внешнего дыхания

**Аллергенспецифическая иммунотерапия показана пациентам с контролируемой бронхиальной астмой, легкой и среднетяжелой формой, при показателях ОФВ1 + \_\_\_\_\_ + %**

- изменения соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta$ 2-адреномиметика короткого действия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателя ОФВ 1 функции внешнего дыхания

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка, 5 лет, с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На затруднение носового дыхания, обильные слизистые выделения из носа.
- \* Чихание.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 4-ти лет стала беспокоить заложенность носа, особенно в утренние часы.
- \* Самостоятельно использовали сосудосуживающие препараты в нос - с временным эффектом.
- \* Зимой состояние относительно стабильное.
- \* Дома живет морская свинка. Большое количество мягких игрушек в комнате ребенка.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне однократно ОРВИ у матери, 2 физиологических родов в срок без особенностей.
- \* Профилактические прививки проводятся по индивидуальному графику по

желанию родителей. На момент обращения проведены следующие вакцинации: БЦЖ-м, трижды против гепатита В, трехкратно против коклюша-дифтерии-столбняка, однократно против кори-краснухи-паротита, пятикратно против полиомиелита, однократно против пневмококковой инфекции по схеме.

\* Наследственный анамнез – у старшего брата бронхиальная астма.

### **Объективный статус**

\* Кожные покровы бледно-розовые, элементов патологической сыпи нет.

\* Конъюнктивы инъецированы, отмечается отечность век.

\* Зев розовый, миндалины чистые.

\* Носовое дыхание умеренно затруднено. Слизистая оболочка бледная, отечная.

\* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза является**

- изменения соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателя ОФВ 1 функции внешнего дыхания

### **Результаты обследования**

#### **Необходимым методом обследования данного пациента с целью дифференциально-диагностического поиска является**

- изменения соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателя ОФВ 1 функции внешнего дыхания

### **Результаты обследования**

#### **На основании жалоб, данных анамнеза, осмотра и результатов исследований пациентке можно поставить диагноз**

- изменения соотношения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ функции внешнего дыхания
- эффективность применения  $\beta_2$ -адреномиметика короткого действия
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателя ОФВ 1 функции внешнего дыхания



## **Диагноз**

### **Консервативное лечение данного пациента включает**

- проведение лечебной физкультуры
- длительное пребывание на свежем воздухе
- исключение контакта с аллергенами
- регулярное проведение витаминотерапии

### **Для купирования симптомов аллергии данному ребенку необходимо назначить антигистаминный препарат**

- диметинден
- рупатадина fumarat
- левоцетиризин
- хлоропирамина гидрохлорид

### **В качестве препаратов выбора при умеренно тяжелом аллергическом рините рекомендуются**

- назальные деконгестанты
- масляные растворы витамина А и Е интраназально
- физиологический раствор интраназально
- интраназальные глюкокортикостероиды

### **Для индукции клинической и иммунологической толерантности данному ребенку показано**

- применение местных деконгестантов коротким курсом
- занятия лечебной физкультурой
- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- проведение курса витаминотерапии витамином D в высоких дозах

### **Сосудосуживающие капли при рините любой этиологии не следует принимать более + \_\_\_\_\_ + дня/дней**

- 8-10
- 21
- 28
- 5-7

**В связи с нахождением данного ребенка в группе риска, вакцинация против гемофильной инфекции может быть проведена на фоне ремиссии или подострого течения**

- двукратно
- трехкратно с ревакцинацией через 1 год
- трехкратно
- однократно

**Показанием к проведению аллерген-специфической иммунотерапии является**

- уровень специфических IgE 2 класса реакции и выше
- присоединение инфицирования на пораженные аллергией участки тела
- возраст старше 2 лет
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше

**Данному ребенку, учитывая анамнез, необходимо провести ревакцинацию против**

- кори-краснухи-паротита
- гепатита В
- коклюша-дифтерии-столбняка
- полиомиелита

**Иммунизация от гепатита В детям из группы риска проводится по схеме (в месяцах)**

- кори-краснухи-паротита
- гепатита В
- коклюша-дифтерии-столбняка
- полиомиелита

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 13,5 лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

\* Высыпания в области локтевых сгибов, шеи, покраснение и выраженный зуд кожных покровов.

\* Выраженная сухость кожи.

### **Анамнез заболевания**

\* В раннем возрасте на фоне грудного вскармливания у ребенка отмечалось покраснение щек.

\* С 7-ти лет периодически беспокоили высыпания на верхних и нижних конечностях. К специалистам не обращались, в терапии самостоятельно

применяли увлажняющие средства

\* Настоящее обострение возникло во время пребывания в танцевальном детском лагере.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, физиологических родов в срок со стимуляцией.

\* Профилактические прививки проведены по срокам календаря.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у дяди по маминной линии – атопический дерматит.

\* Дома живет хомяк.

### **Объективный статус**

\* На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное.

\* Кожные покровы сухие.

\* Высыпания и эскориации локализованы в области локтевых сгибов, на шее гнойничковые пустулы.

\* Покраснение и выраженный зуд кожных покровов.

**Одним из значимых лабораторных методов для постановки диагноза данному пациенту является**

- кори-краснухи-паротита
- гепатита В
- коклюша-дифтерии-столбняка
- полиомиелита

**Результаты лабораторного метода обследования**

**На основании клинической картины и проведенного обследования основной диагноз можно выставить диагноз**

- кори-краснухи-паротита
- гепатита В
- коклюша-дифтерии-столбняка
- полиомиелита

**Диагноз**

**Осложнением основного заболевания у данного пациента является**

- проявление побочных действий лекарственных препаратов
- синдром системной воспалительной реакции
- acne vulgaris, распространенная форма

- вторичное инфицирование участков кожного покрова

**К диагностическим критериям атопического дерматита относятся  
отягощенная наследственность по атопии, зуд и**

- параллелизм течения кожного и суставного синдромов
- связь высыпаний с сально-железистыми и волосяными фолликулами
- типичная морфология высыпаний и их локализация
- крупнопластинчатое шелушение ромбовидной формы

**Терапия данного пациента будет в себя включать назначение местной  
терапии с использованием**

- только антибактериальных средств
- препаратов на основе нафталанна, ихтиола
- топических глюкокортикостероидов с антибактериальными свойствами
- только топических глюкокортикостероидов

**Системная терапия данного пациента будет в себя включать**

- терапию витаминными препаратами группы В
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- системные глюкокортикостероиды
- антигистаминные препараты

**Для купирования кожного зуда данному ребенку необходимо назначить  
цетиризин в суточной дозе + \_\_\_\_\_ + мг**

- 2,5
- 10
- 5
- 7,5

**Для оценки тяжести атопического дерматита, а также оценки эффективности  
лечения и динамики клинических проявлений используют**

- индекс PASI (the Psoriasis Area and Severity Index)
- дерматоскопию
- метод Граттаж
- индекс SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)

**Немедикаментозное лечение данного ребенка включает**

- соблюдение безмолочной диеты
- проведение витаминотерапии

- использование гомеопатии
- соблюдение гипоаллергенного режима и диеты

**В случае, если данный ребенок не болел ветряной оспой, вакцинация живой вакциной против ветряной оспы проводится**

- на фоне ремиссии или подострого течения atopического дерматита
- через 6 месяцев после наступления ремиссии atopического дерматита
- только в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- через 3 месяца после наступления ремиссии atopического дерматита

**Плановая вакцинация в 14 лет инактивированной вакциной против дифтерии и столбняка данному ребенку может быть проведена только**

- через 1 год после наступления ремиссии atopического дерматита
- в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- на фоне ремиссии или подострой фазы заболевания
- через 6 месяцев после наступления ремиссии atopического дерматита

**Плановая вакцинация в 14 лет живой вакциной против полиомиелита данному ребенку может быть проведена**

- через 1 год после наступления ремиссии atopического дерматита
- в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- на фоне ремиссии или подострой фазы заболевания
- через 6 месяцев после наступления ремиссии atopического дерматита

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 14 лет госпитализирован в круглосуточный стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ.

### **Жалобы**

Высыпания на коже по типу волдырей; зуд, расчесы.

### **Анамнез заболевания**

\* За 2 дня до госпитализации, после употребления 1 литра апельсинового сока, появились высыпания на коже, зуд.

\* Высыпания носят распространенный, переходный характер.

- \* Первые элементы сыпи локализовались на коже лица, шеи и груди, далее высыпания постепенно распространились на кожу верхних и нижних конечностей, включая ладони и стопы, а также кожу спины и живота.
- \* В ближайшие 2 месяца не болел, температура тела оставалась в пределах нормальных значений.
- \* Дома однократно произведен прием хлоропирамина – без эффекта.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок.
- \* Находился на естественном вскармливании до 9 мес., прикорм введен с 7 месяцев.
- \* Вакцинирован по возрасту.
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – не отягощен.
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести.
- \* Температура тела 36,6°C. Вялый, раздражительный, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, шеи, верхних и нижних конечностей, а также на коже живота и спины эритематозные волдыри, от 3 мм до 1 см в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании.
- \* Выраженный зуд.

### **Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение**

- через 1 год после наступления ремиссии атопического дерматита
- в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- на фоне ремиссии или подострой фазы заболевания
- через 6 месяцев после наступления ремиссии атопического дерматита

### **Результаты лабораторного метода обследования**

#### **Значимое для постановки диагноза расширенное диагностическое обследование включает**

- через 1 год после наступления ремиссии атопического дерматита
- в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- на фоне ремиссии или подострой фазы заболевания
- через 6 месяцев после наступления ремиссии атопического дерматита

## **Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов обследования можно поставить диагноз**

- через 1 год после наступления ремиссии атопического дерматита
- в случае возникновения экстренной ситуации согласно Календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- на фоне ремиссии или подострой фазы заболевания
- через 6 месяцев после наступления ремиссии атопического дерматита

## **Диагноз**

**Для классического течения крапивницы характерно**

- появление пурпуры
- отсутствие зуда
- изменения суставов
- отсутствие гиперпигментации

**Консервативное лечение крапивницы включает соблюдение**

**+ \_\_\_\_\_ + диеты**

- безлактозной
- низкокалорийной
- монокомпонентой
- элиминационной

**Основным принципом лечения крапивницы у детей является**

- ограничение физических и эмоциональных нагрузок
- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- ограничение водных и тепловых процедур
- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме

**В качестве препаратов первой линии терапии данного пациента рекомендовано использовать**

- препараты глюконата кальция
- седативные антигистаминные препараты I поколения
- энтеросорбирующие средства
- не седативные антигистаминные средства II поколения

При сохранении симптомов крапивницы более + \_\_\_\_\_ + недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза

- 2-4
- 4-6
- 6-8
- 1-2

Препаратом третьей линии терапии хронической идиопатической крапивницы является

- гидроксизин
- омализумаб
- монтелукаст
- дупилумаб

Препаратом четвертой ступени терапии крапивницы является

- фторурацил
- циклоспорин А
- хлорамбуцил
- тиогуанин

Основным патогенетическим механизмом при крапивнице является

- недостаточность протеолитических ферментов
- повышение проницаемости кишечной стенки
- дегрануляция тучных клеток
- скопление олигопептидов

Продуктом, способным вызвать аллергию за счет реакций неиммунного характера, является

- недостаточность протеолитических ферментов
- повышение проницаемости кишечной стенки
- дегрануляция тучных клеток
- скопление олигопептидов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители подростка 11 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.



## **Жалобы**

- \* Кашель.
- \* Эпизоды затрудненного дыхания.
- \* Непереносимость физической нагрузки.

## **Анамнез заболевания**

- \* С 1 года до 3 лет беспокоили рецидивирующие бронхообструктивные синдромы (1-2 раза в месяц), купирующиеся ингаляциями с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.
- \* С 3 до 6 лет получал в терапию Салметерол + Флутиказон 25/125 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день, а также Монтелукаст 4 мг 1 таблетка 1 раз на ночь. На фоне проводимой в течение 2 лет отмечалось улучшение, в последующем количество эпизодов бронхообструкции вновь увеличилось.
- \* С 6 лет по настоящее время получает терапию Салметерол + Флутиказон 50/250 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день; Флутиказон 125 мкг 1 ингаляция в 1 раз в день. В течение последних 6 месяцев в терапию добавлен Монтелукаст 5 мг 1 таблетка 1 раз на ночь.
- \* На фоне проводимого лечения ежемесячно беспокоят эпизоды бронхообструкции, одышка, кашель.

Данные симптомы провоцируются физической нагрузкой, эмоциональным возбуждением, присоединением острых респираторных вирусных инфекций, сменой погоды.

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 оперативных родов в срок.
- \* До года отмечались высыпания на коже тела, проводилась терапия антигистаминными препаратами, топическими глюкокортикостероидами, эмолентами.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальной схеме.
- \* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - отрицательная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен у матери атопический дерматит, пищевая аллергия.
- \* Живет в частном доме, имеются следы плесени на кухне.

## **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,7°C. Активный, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы умеренно сухие, чистые от сыпи.
- \* Дыхание через нос свободное, без отделяемого.
- \* Зев розовый, миндалины чистые.
- \* Отмечается сухой кашель.

\* При аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, выслушиваются сухие свистящие хрипы с 2 сторон.

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение**

- недостаточность протеолитических ферментов
- повышение проницаемости кишечной стенки
- дегрануляция тучных клеток
- скопление олигопептидов

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Наиболее признанная в настоящее время аналитическая тест-система в области лабораторной диагностики аллергии реализуется на базе анализатора**

- IMAGE800
- Immulite
- ImmunoCAP
- HYTEC-288

**Значимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования у данного пациента являются**

- IMAGE800
- Immulite
- ImmunoCAP
- HYTEC-288

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- IMAGE800
- Immulite
- ImmunoCAP
- HYTEC-288

**Диагноз**

**Немедикаментозная терапия данного пациента включает**

- закаливание и массаж
- проведение физиотерапевтических процедур

- длительное пребывание на свежем воздухе
- ограничение воздействия аллергенов

**В качестве дополнительной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить биологический препарат**

- дупилумаб
- этанерцепт
- омализумаб
- инфликсимаб

**Расчет дозы анти IgE препарата осуществляется на основании исходного уровня IgE и + \_\_\_\_\_ + пациента**

- IgM
- IgG
- роста
- веса

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы препаратами первой линии являются**

- комбинации теофиллина и этилендиамина
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты
- антихолинергические средства

**Максимальная доза преднизолона детям в возрасте 11 лет при обострении бронхиальной астмы тяжелой степени составляет + \_\_\_\_\_ + мг**

- 10
- 40
- 30
- 20

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение + \_\_\_\_\_ + часов на догоспитальном этапе**

- 6-8
- 1-3
- 3-6
- 8-10

### **Третья ступень базисной терапии бронхиальной астмы у детей до 5 лет включает**

- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с коротко действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование низких ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с антилейкотриеновыми препаратами
- удвоение низкой дозы ингаляционного глюкокортикостероидного препарата

### **Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени рекомендовано экстренно начать с + \_\_\_\_\_ + доз короткодействующего $\beta_2$ -агониста**

- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с коротко действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование низких ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с антилейкотриеновыми препаратами
- удвоение низкой дозы ингаляционного глюкокортикостероидного препарата

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 5 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

- \* Кашель в течение года.
- \* Эпизоды затрудненного дыхания.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 4 лет беспокоит сухой кашель, усиливающийся в утренние часы.
- \* В течение года отмечалось 5 эпизодов затрудненного дыхания (4 эпизода на фоне повышения температуры тела до фебрильных значений; последний эпизод был отмечен за неделю до обращения, температура тела оставалась в пределах нормы).
- \* Приступы затрудненного дыхания купировались ингаляциями с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через

небулайзер.

\* В течение года отмечается слабость, вялость.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок.

\* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году.

\* Профилактические прививки проведены по возрасту.

\* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - отрицательная.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у матери сезонный аллергический ринит; у отца хроническая обструктивная болезнь легких.

\* Дома имеются ковры, перьевые подушки, волнистый попугай (живет в течение 1,5 лет в комнате ребенка).

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Активная, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы умеренно сухие, чистые от сыпи; периорбитальный цианоз.

\* Дыхание через нос незначительно затруднено, без отделяемого.

\* Зев розовый, миндалины чистые.

\* Отмечается сухой кашель.

\* При аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы; при форсированном выдохе выслушиваются свистящие хрипы.

### **Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение**

- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с коротко действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование низких ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с антилейкотриеновыми препаратами
- удвоение низкой дозы ингаляционного глюкокортикостероидного препарата

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **Значимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с коротко действующими  $\beta_2$ -агонистами

- использование низких ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с антилейкотриеновыми препаратами
- удвоение низкой дозы ингаляционного глюкокортикостероидного препарата

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с коротко действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование низких ингаляционных глюкокортикостероидов с длительно действующими  $\beta_2$ -агонистами
- использование средних ингаляционных глюкокортикостероидов с антилейкотриеновыми препаратами
- удвоение низкой дозы ингаляционного глюкокортикостероидного препарата

### **Диагноз**

#### **Немедикаментозная терапия данного пациента включает**

- ограничение воздействия аллергенов
- ношение защитной лицевой маски
- длительное пребывание на свежем воздухе
- проведение физиотерапевтических процедур

#### **В качестве 1 ступени базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить**

- препараты кромоглициевой кислоты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
- длительно действующие  $\beta_2$ -агонисты

#### **Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- монтелукаст
- ипратропия бромид
- мометазона фуроат
- флутиказона пропионат

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы препаратами первой линии являются**

- комбинации теофиллина и этилендиамина
- антихолинергические средства
- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры

**Отсутствие контроля над астмой в течение + \_\_\_\_\_ + месяцев при соблюдении правильной техники ингаляции и выполнении элиминационных мероприятий является показанием для перехода на следующую ступень лечения**

- 6-8
- 8-10
- 3-6
- 1-3

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение + \_\_\_\_\_ + часов на догоспитальном этапе**

- 3-6
- 8-10
- 1-3
- 6-8

**Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени (ПСВ>50%) рекомендовано экстренно начать с + \_\_\_\_\_ + доз короткодействующего  $\beta_2$ -агониста**

- 3-5
- 1-2
- 4-6
- 2-4

**Первичная профилактика астмы в период беременности и новорожденности включает**

- прогулки на свежем воздухе, закаливание
- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с табачным дымом
- ограничение контакта с животными

## **Количество спор грибов и аллергенов клещей домашней пыли в окружающем воздухе обычно снижается**

- прогулки на свежем воздухе, закаливание
- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с табачным дымом
- ограничение контакта с животными

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители девочки 13 лет обратились к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

Высыпания на коже по типу волдырей; зуд.

### **Анамнез заболевания**

\* В течение 3 лет беспокоят эпизоды высыпаний на коже, сохраняющиеся до 2-3 месяцев, сопровождающиеся выраженным зудом.

\* Высыпания носят распространенный, переходный характер.

\* Во время последнего эпизода элементы сыпи появились утром, после сна, сохраняются в течение месяца.

Первично сыпь локализовалась на лице и шее, далее постепенно распространилась на кожу верхних и нижних конечностей, живота.

\* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений.

\* С лечебной целью проводились травяные ванны.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок.

\* Находилась на естественном вскармливании до 1 года, прикорм введен с 5 месяцев.

\* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.

\* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – не отягощен.

\* Гипоаллергенную диету соблюдает.

\* Периодически отмечаются боли в животе.

### **Объективный статус**

\* Температура тела 36,6°C. Активная, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, шеи, верхних и нижних конечностей, а также живота эритематозные волдыри, от 5 мм до 1 см в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над



поверхностью кожи, пропадающие при надавливании.

\* Выраженный зуд.

**Значимое для постановки диагноза обязательное диагностическое обследование включает**

- прогулки на свежем воздухе, закаливание
- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с табачным дымом
- ограничение контакта с животными

**Результаты обследования**

**Значимое для постановки диагноза расширенное диагностическое обследование включает определение**

- прогулки на свежем воздухе, закаливание
- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с табачным дымом
- ограничение контакта с животными

**Результаты диагностического обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования можно поставить диагноз**

- прогулки на свежем воздухе, закаливание
- соблюдение гипоаллергенной диеты
- ограничение контакта с табачным дымом
- ограничение контакта с животными

**Диагноз**

**Для классического течения крапивницы характерно**

- изменения суставов
- появление пурпуры
- отсутствие гиперпигментации
- отсутствие зуда

**Консервативное лечение крапивницы включает соблюдение**

**+ \_\_\_\_\_ + диеты**

- безлактозной
- монокомпонентой

- низкокалорийной
- элиминационной

**Основным принципом лечения крапивницы у детей является**

- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- ограничение водных и тепловых процедур
- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- ограничение физических и эмоциональных нагрузок

**В качестве препаратов первой линии терапии данного пациента рекомендовано использовать**

- препараты глюконата кальция
- неседативные антигистаминные средства II поколения
- энтеросорбирующие средства
- седативные антигистаминные препараты I поколения

**При сохранении симптомов крапивницы более + \_\_\_\_\_ + недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 4-6
- 1-2
- 2-4
- 6-8

**Препаратом третьей линии терапии хронической идиопатической крапивницы является**

- монтелукаст
- дупилумаб
- гидроксизин
- омализумаб

**Препаратом четвертой ступени терапии крапивницы является**

- фторурацил
- циклоспорин А
- хлорамбуцил
- тиогуанин

**Длительность стационарного этапа оказания медицинской помощи детям при крапивнице составляет в среднем + \_\_\_\_\_ + койко-дней**

- 1-7
- 7-14
- 21-28
- 14-20

**Детей с хронической крапивницей вне обострения наблюдает в амбулаторных условиях врач аллерголог-иммунолог 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 1-7
- 7-14
- 21-28
- 14-20

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 15 лет в приемном отделении.

### **Жалобы**

Экспираторная одышка, тяжесть в груди, сухой приступообразный кашель, хрипы при дыхании, усиление одышки и нехватка воздуха при физической активности.

### **Анамнез заболевания**

\* От 2 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.

\* С 6 мес. на искусственном вскармливании – докорм различными молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная.

Проявлений АД, пищевой аллергии никогда не отмечали.

\* Профилактические прививки – по календарю, переносимость удовлетворительная.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у отца подростка – поллиноз (не обследован), у бабушки по линии отца – также поллиноз.

\* Дома – элиминационный быт соблюдается.

### **Анамнез жизни**

\* С 2-х лет – появление на фоне ОРИ обструктивного синдрома, по тяжести состояния неоднократно госпитализировался, были эпизоды необоснованного применения антибактериальной терапии, получал небулайзерную терапию беродуалом, пульмикортом – с положительным эффектом.

\* В 6 лет выставлен диагноз бронхиальной астмы. Триггеры – ОРИ, контакт с домашней пылью, пыльцой (весна-лето). Базисная терапия – монтелукаст,

фликсотид, серетид, симбикорт, зенхейл. Выявлена поливалентная сенсibilизация (бытовая, пыльцевая, эпидермальная). Уровень общего IgE – 770.

\* В течение последнего года – 2 обострения бронхиальной астмы с госпитализацией госпитализации. Практически ежедневно отмечает те или иные симптомы - одышку, сухой надсадный кашель, в том числе в ночные часы, плохую переносимость физической нагрузки, отмечает ежедневную потребность в беродуале. Пикфлоуметрию проводит не регулярно в течение дня.

\* В течение последних 3-х мес получает базисную терапию – серетид 250/50 мкг – по 2 вд х 2 раза, монтелукаст 1 т (5 мг) х 1 раз на ночь, эпизодически - будесонид по 500 мкг х 1 раз через небулайзер вечером, беродуал ДАИ по 2 инг до 4 раз в день.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C.

\* Кожные покровы – физиологической окраски, умеренной влажности.

\* Носовое дыхание – не затруднено. ЧД – 25. Одышка при физической нагрузке до 30. При пикфлоуметрии - ПСВ – 50. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы – с обеих сторон, усиливающиеся на фоне форсированного дыхания, а также при физической активности. При минимальной физической нагрузке – участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

\* ЧСС – тахикардия до 110, АД – 125/75.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**В приемном отделении при осмотре пациента в качестве объективного критерия оценки тяжести состояния бронхиальной астмы следует провести**

- эргоспирометрию
- пульсоксиметрию
- бодиплетизмографию
- электрокардиографию

**При определении степени тяжести обострения бронхиальной астмы у пациента, помимо клинических проявлений, нужно учитывать данные**

- уровня эозинофилии крови
- уровня общего IgE
- пикфлоуметрии
- форсированной жизненной емкости легких

**О наличии тяжелой степени обострения бронхиальной астмы у пациента свидетельствует уровень ПСВ + \_\_\_\_\_ + %**

- >50-70
- <25
- 80
- <50

**Проведение исследования газов артериальной крови пациенту следует рекомендовать при снижении**

- общей емкости легких
- $SpO_2 \leq 92\%$
- резервного объема выдоха
- остаточного объема легких

**Учитывая данные анамнеза, результаты клинического осмотра и обследования, можно выставить диагноз**

- общей емкости легких
- $SpO_2 \leq 92\%$
- резервного объема выдоха
- остаточного объема легких

**Диагноз**

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи в приемном отделении пациенту следует назначить**

- тиотропия бромид
- теofilлин замедленного действия
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)
- ингаляционный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)

**Оценка эффективности бронхолитической терапии, полученной пациентом, должна быть проведена с интервалом + \_\_\_\_ + минут**

- 30
- 20
- 25
- 35

**Для купирования обострения подростку следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- высокой дозе
- высокой дозе в сочетании с ДДБА

- средней дозе в сочетании с ДДБА
- очень высокой дозе

**Через 20 минут после приема бронхолитика у ребенка (с обострением бронхиальной астмы) отмечается увеличение пиковой скорости выдоха (ПСВ) на 10% от исходной >50% нормы, что свидетельствует о**

- положительном эффекте на бронхолитическую терапию
- необходимости увеличения дозу бронхолитика в 2 раза и повтора пикфлоуметрии через 20 минут
- неэффективности бронхолитика
- необходимости повторной пикфлоуметрию через 40 минут

**Объем базисной терапии пациента на момент поступления в приемное отделение соответствует +\_\_\_\_+ ступени**

- 2
- 3
- 4
- 5

**Подростку следует рассмотреть вопрос о назначении**

- вилантерола и флутиказона фураат
- омализумаба
- теофиллина замедленного действия
- тиотропия бромида

**Рекомендуемая кратность измерения пиковой скорости выдоха для контроля за течением бронхиальной астмы является режим**

- вилантерола и флутиказона фураат
- омализумаба
- теофиллина замедленного действия
- тиотропия бромида

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 12 лет с отцом на приеме аллерголога-иммунолога.

## **Жалобы**

На затрудненное дыхание, дыхание «с хрипом и свистом», сухой кашель, частую заложенность носа, нарушение дыхания во время сна, храп.

## **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены все по возрасту, без осложнений.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца – поллиноз, у бабушки по линии матери - бронхиальная астма.
- \* Дома – элиминационный режим соблюдают, у друзей - общение с животными, без особенностей.

## **Анамнез жизни**

- \* До 3-х лет – развитие без особенностей .
- \* С 3-х лет – несколько эпизодов стенозирующего ларинготрахеита на фоне частых ОРВИ до 6 лет, а также 4 эпизода обструктивного бронхита на фоне ОРВИ. Однократная госпитализация по этому поводу в стационар. С 6 лет до 9 лет – никаких жалоб не отмечалось.
- \* С 9 лет появились жалобы на эпизоды заложенности носа, что расценивалось как аденоидные разрастания, аденоидит. Получала терапию сосудосуживающими препаратами, назонекс недельным курсом – с неустойчивым эффектом. Сезонности проявлений нет. Есть эффект элиминации - при выезде в другой регион – купирование симптомов заложенности носа.
- \* С 10 лет появились жалобы на тяжесть в груди, сухой кашель, сухие дистантные хрипы на фоне ОРВИ, которые купируются приемом 1 т. аминафиллина. С 10,5 лет на фоне занятий физкультурой (трижды в неделю) – одышка, сухие хрипы на выдохе, что проходит самостоятельно или на фоне приема 1 т. Аминафиллина. Спирометрия проводилась однократно – без особенностей.
- \* С 11 лет отмечается усиление нарушений дыхания во время сна, мать ребенка периодами, особенно на фоне ОРВИ, отмечается храп и кратковременные остановки дыхания в ночное время.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние - удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.
- \* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые – чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. ИМТ 26 кг/м<sup>2</sup>
- \* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких –

жесткое дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 80. АД- 118/75.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Учитывая наличие типичного для бронхиальной астмы симптомокомплекса и отсутствие изменений при проведении спирометрии, пациентке следует рекомендовать проведение теста**

- полисомнографии
- с физической нагрузкой
- с многократной пульсоксиметрией
- импульсной осциллометрии

**При проведении спирометрии диагностически значимым показателем объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) считается + \_\_\_\_\_ + % прогнозируемого значения**

- 75
- 70
- 79
- 80

**При проведении спирометрии и теста с бронхолитиком бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее + \_\_\_\_\_ + %, и при этом абсолютный прирост составляет + \_\_\_\_\_ + мл**

- 15; 200
- 18; 200
- 15; 150
- 12; 200

**Для установления обратимости бронхиальной обструкции, включая пациентов с нормальными показателями спирометрии, необходимо провести пробу с**

- исследованием диффузии
- бронходилататором
- физической нагрузкой
- ингаляцией метахолина

**В связи с нарушением дыхания во время сна и храпом, для выявления сопутствующей патологии, ребенку рекомендуется проведение**



- суточного мониторирования электрокардиограммы
- суточного мониторирования артериального давления
- электроэнцефалографии во время сна
- полисомнографии

**В случае назначения пациентке стартовой базисной терапии ИГКС следует выбрать**

- монотерапию низкими дозами
- монотерапию высокими дозами
- монотерапию средними дозами
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия

**Продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии должна быть + \_\_\_\_ + месяца(-ев)**

- 9
- 3
- 6
- 12

**В случае отсутствия контроля над заболеванием пациентке следует назначить комбинацию ИГКС в**

- средней дозе с длительнодействующим  $\beta_2$ -агонистом (ДДБА)
- низкой дозе с длительно действующим  $\beta_2$ -агонистом (ДДБА)
- средней дозе с пролонгированным теофиллином
- средней дозе с тиотропия бромидом

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании приступа бронхиальной астмы пациентке следует назначить**

- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)
- пероральный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)
- тиотропия бромид
- ингаляционный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)

**Пациентке следует отменить аминофиллин для купирования симптомов бронхиальной астмы в связи с**

- низкой чувствительностью  $\beta_2$ -адренорецепторов
- низкой чувствительностью мускариновых рецепторов
- неудовлетворительным профилем безопасности

- низкой чувствительностью холинэргических рецепторов

**Пациентке может быть рекомендовано проведение аллергенспецифической иммунотерапии в случае**

- снижения объема базисной терапии
- улучшения показателей внешнего дыхания
- выявления причинно-значимого аллергена
- снижения гиперреактивности легких

**В качестве косвенного показателя текущего состояния у пациентки при проведении самоконтроля следует рекомендовать данные**

- снижения объема базисной терапии
- улучшения показателей внешнего дыхания
- выявления причинно-значимого аллергена
- снижения гиперреактивности легких

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 13 лет с матерью в приемном отделении стационара.

### **Жалобы**

Приступами, особенно часто в последнее время, продолженные эпизоды затрудненного дыхания, преимущественно ночью, кашель без мокроты, плохая переносимость физической нагрузки, заложенность носа.

### **Анамнез заболевания**

\* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без патологии, 1 срочных самостоятельных родов.

\* До 1 года - на грудном вскармливании. Далее - прикорм по возрасту, с хорошей переносимостью.

\* Профилактические прививки – с 3-х лет по индивидуальному графику, переносимость удовлетворительная.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у матери – поллиноз, бронхиальная астма, у деда по линии отца – бронхиальная астма.

\* Дома – элиминационный режим стараются соблюдать.

### **Анамнез жизни**

\* До 3-х лет – анамнез без особенностей. С 3-х лет – частые ОРВИ, кашель по утрам, влажный, что расценивалось как ОРВИ. Терапия – сосудосуживающие капли в нос, иногда назначалась антибактериальная терапия,

иммуномодуляторы практически не принимал.

\* С 5,5 лет на фоне ОРИ – приступы экспираторной одышки со свистящими хрипами, что расценивалось как обструктивный бронхит. Отмечен эффект от небулайзерной терапии беродуалом и пульмикортом.

\* С 6 лет установлен диагноз бронхиальная астма. Триггеры – ОРИ, физическая нагрузка, психо-эмоциональное напряжение.

\* В течение текущего года – обострение БА потребовало госпитализации.

Практически постоянно принимает беродуал.

\* Последние 6-х мес получает базисную терапию. Для самоконтроля эффективности терапии пикфлоуметрию не проводит.

\* При кожном прик-тестировании по месту жительства выявлены: высокий уровень сенсибилизации к *D. farinae* и *D. pteronissinus*, аллергену домашней пыли, эпителию кошки, средний уровень сенсибилизации к эпителию собаки. В общем анализе крови – эозинофилия до 12%.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,2°C. Активный, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы – физиологической окраски, сухие на конечностях, чистые.

\* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 20 в мин. Одышка при физической нагрузке до 27 в мин. SpO<sub>2</sub> – 95%. ПСВ – 55%. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – умеренная тахикардия до 98 в мин, АД – 120/77 мм рт.ст..

\* Живот – мягкий, безболезненный. Стул - регулярный.

**Рекомендуемая кратность измерения пиковой скорости выдоха для контроля за течением бронхиальной астмы является режим**

- после каждой смены характера активности (сон, бодрствование, физическая активность)
- индивидуального выбора частоты исследований в течение суток в зависимости от самочувствия
- дважды в день по 3 попытки
- три раза в день в одно и то же время по 2 попытки

**Контроль уровня газов артериальной крови пациенту необходимо провести при показателе SpO<sub>2</sub> пульсоксиметра + \_\_\_\_\_ + %**

- ≤92
- <85
- <95
- <90

**Данные пикфлоуметрии (ПСВ = 60%) свидетельствуют о наличии у пациента обострения бронхиальной астмы + \_\_\_\_\_ + степени тяжести**

- легкой
- тяжелой
- средней
- крайне тяжелой (требующей реанимационных мероприятий)

**Увеличение пиковой скорости выдоха (ПСВ) на 10% от исходной >50% нормы у ребенка с обострением бронхиальной астмы через 20 минут после приема бронхолитика свидетельствует о**

- необходимости повторной пикфлоуметрии через 40 минут
- необходимости увеличения дозы бронхолитика в 2 раза и повтора пикфлоуметрии через 20 минут
- положительном эффекте на бронхолитическую терапию
- неэффективности бронхолитика

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи в приемном отделении пациенту следует назначить**

- ингаляционный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)
- тиотропия бромид
- теofilлин замедленного действия

**Целевым насыщением ( $SaO_2$ ) при купировании тяжелого обострения бронхиальной астмы является уровень + \_\_\_\_\_ + %**

- 85
- 100
- 94-98
- 95

**Пациенту для купирования обострения следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- высокой дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ
- высокой дозе через небулайзер
- очень высокой дозе через небулайзер
- средней дозе в сочетании с ДДБА с помощью ДАИ

**Показанием для назначения интенсивной терапии бронхиальной астмы будет снижение сатурации кислорода менее + \_\_\_\_\_ + %**

- 90
- 89
- 94
- 92

**По мере стабилизации состояния в качестве базисной терапии пациенту следует назначить ИГКС в**

- низкой дозе в сочетании с антагонистом лейкотриеновых рецепторов
- средней дозе с длительно действующим  $\beta_2$ -агонистом
- очень высокой дозе
- высокой дозе

**Пациенту в качестве как базисной, так и симптоматической терапии может быть назначена комбинация**

- мометазона и формотерола
- бетаметазона и формотерола
- будесонида и формотерола
- фликсотиды и сальметерола

**При достижении контроля над бронхиальной астмой пациенту следует рекомендовать проведение аллергенспецифической иммунотерапии с аллергеном**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли
- пылевых клещей

**При сохраняющихся симптомах бронхиальной астмы и нормальных показателях спирометрии мальчику рекомендовано проведение**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли
- пылевых клещей

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На осмотре у врача мальчик 3-х лет, находящийся на госпитализации в

отделении диагностики и восстановительного лечения с диагнозом:  
Обструктивный бронхит.

### **Жалобы**

На частые ОРВИ, приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель без мокроты, осиплость голоса, шумное дыхание.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 2,5 лет на фоне частых ОРВИ отмечается появление длительного сухого приступообразного кашля (около 5 раз в год).
- \* Со слов мамы, на фоне здоровья в ночное время у ребенка эпизодически возникает шумное дыхание, слышны сухие хрипы при дыхании, храп. Остановки дыхания во сне не замечала.
- \* Накануне (в начале октября) после дневной прогулки, где ребенок играл с опавшими листьями - приступ затрудненного дыхания, по поводу которого ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом: обструктивный бронхит. Подъем температуры не отмечался, приступ был купирован небулайзерной терапией будесонидом, беродуалом

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 3 беременности, 2 физиологических родов в срок
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у матери сезонный аллергический ринит; у отца хроническая обструктивная болезнь легких
- \* Дома живет кот, перьевые подушки, ковры, большое количество мягких игрушек.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, периорбитальный цианоз.
- \* Зев не гиперемирован, миндалины 2-3 степени, носовое дыхание умеренно затруднено, дыхание через рот
- \* Частота дыхательных движений в покое 28 в минуту.
- \* При аускультации легких – выслушивается жесткое дыхание, единичные свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха.

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли

- пылевых клещей

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли
- пылевых клещей

### **Результаты обследования**

**Дополнительным методом для постановки диагноза у детей до 5 лет может быть проведение пробного курса терапии**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли
- пылевых клещей

### **Результаты пробного курса терапии**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- эпителия кошки
- эпителия собаки
- домашней пыли
- пылевых клещей

### **Диагноз**

**Для исключения сопутствующей патологии ребенку с нарушением дыхания во сне рекомендуется проведение**

- пикфлоуметрии с ведением дневника результатов
- ночного мониторинга ЭЭГ
- суточной пульсоксиметрии
- полисомнографии

**В качестве стартовой терапии данному ребенку рекомендовано назначить**

- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

- монотерапию средними дозами ИГКС
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия

**Для быстрого купирования симптомов бронхиальной астмы данному ребенку необходимо рекомендовать**

- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- антихолинергические средства

**Рекомендованная продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии составляет**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 18 месяцев

**На фоне проводимой базисной терапии у данного ребенка наблюдается выраженная положительная динамика, стабилизация состояния, контроль над заболеванием достигнут, возможно рассмотреть снижение объема базисной терапии за счет назначения**

- антигистаминного препарата нового поколения
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- стабилизаторов мембран тучных клеток
- кромоглициевой кислоты

**Проведение ежегодной вакцинации от гриппа данному ребенку возможно только**

- в периоде ремиссии на фоне стабильного состояния и в соответствии с Календарем профилактических прививок
- после отмены базисной терапии
- после длительной ремиссии заболевания
- в случае, если ребенок привит от всех инфекций согласно Национальному календарю профилактических прививок

**Назначение ребенку антибиотикотерапии по поводу ларинготрахеита без повышения температуры будет являться**



- методом лечения
- ошибкой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*

**Детям 6 лет и старше с персистирующими симптомами астмы и обострениями, несмотря на адекватную базисную терапию при условии правильной техники ингаляции и хорошего комплаенса, рекомендовано назначение**

- методом лечения
- ошибкой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 13 лет с бабушкой на приеме врача – аллерголога-иммунолога летом.

### **Жалобы**

Обильное выделение из носа, чихание и зуд глаз, приступы кашля в летний период.

### **Анамнез заболевания**

- \* Впервые с 8 лет стали отмечаться минимальные проявления ринита в летний период, обходились без терапии, так как уезжали в другую климатическую зону.
- \* С 11 лет сезонные проявления стали более выраженные, присоединился зуд глаз, приступы кашля, которые появляются ежегодно на протяжении последних 2-х лет с июня и продолжаются до июля. В другие времена года чувствует себя хорошо.
- \* По результатам кожных проб выявлена сенсibilизация к пыльце березы, злаковых и сорных трав (документация не предоставлена).
- \* В настоящее время симптомы риноконъюнктивита в течение 3-х недель.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок.
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, выставлен диагноз atopический дерматит, аллергия к белкам коровьего молока. В 3 года проявления atopического дерматита купировались. С 5-ти лет в питание введены молочные продукты.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.

- \* Наследственный анамнез – у дедушки по л/отца весенний поллиноз.
- \* Элиминационный режим соблюден.

### **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые от элементов патологической сыпи.
- \* Конъюнктивы инъецированы, отмечается отечность век.
- \* Зев розовый, миндалины чистые, прозрачная слизь стекает по задней стенке.
- \* Носовое дыхание умеренно затруднено. При проведении передней риноскопии - слизистая отёчная.
- \* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Значимым методом диагностики для выявления сенсibilизации у данного ребенка является определение**

- методом лечения
- ошибкой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*

### **Результаты обследования**

#### **Для постановки диагноза данному ребенку рекомендуется провести**

- методом лечения
- ошибкой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов обследования, данному пациенту можно выставить диагноз**

- методом лечения
- ошибкой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом диагностики *\_ex juvantibus\_*

### **Диагноз**

#### **Консервативное лечение данного пациента включает**

- ношение защитной лицевой маски
- исключение контакта с пыльцевыми аллергенами
- длительное пребывание на свежем воздухе
- проведение физиотерапевтических процедур

**Для купирования симптомов поллиноза данному ребенку необходимо назначить антигистаминный препарат с действующим веществом**

- фексофенадин
- рупатадина фумарат
- левоцетиризин
- диметинден

**Препаратом выбора при умеренно тяжелом аллергическом рините данному ребенку рекомендуется назначить**

- назальный натрия кромогликат
- назальные холинолитики
- интраназальный глюкокортикостероид
- назальные деконгестанты

**Учитывая выраженную назальную обструкцию, данному ребенку назначен ксилометазолин, продолжительность не более + \_\_\_\_\_ + дней**

- 7 -10
- 14
- 21
- 5-7

**Для индукции клинической и иммунологической толерантности данному ребенку рекомендовано/рекомендован**

- использование системных кортикостероидов коротким курсом
- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- проведение анти-IgE терапии
- выезд в другую климатическую зону

**Показанием для проведения аллергенспецифической иммунотерапии является**

- клинические проявления с подтвержденной сенсibilизацией
- клинические проявления не подтвержденные лабораторно
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше
- возраст от трех лет

**По результатам проведенной молекулярной аллергодиагностики положительный эффект аллерген-специфической иммунотерапии прогнозируется при соотношении**

- $rPhl\ p1 \leq rPhl\ p5b$
- $rPhl\ p1 = rPhl\ p5b$
- $rPhl\ p1 < rPhl\ p5b$
- $rPhl\ p1 > rPhl\ p5b$

**При ограничении контакта с аллергенами клещей домашней пыли рекомендуется**

- исключить контакт с животным
- тщательное очищение увлажнителей воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%
- использование специальных постельных принадлежностей, чехлов на матрасах, применять акарициды, стирка при температуре выше 60 градусов
- держать закрытыми окна и двери в помещении, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице

**Количество спор грибов и аллергенов клещей домашней пыли в окружающем воздухе обычно снижается**

- исключить контакт с животным
- тщательное очищение увлажнителей воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%
- использование специальных постельных принадлежностей, чехлов на матрасах, применять акарициды, стирка при температуре выше 60 градусов
- держать закрытыми окна и двери в помещении, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 16 лет 3 мес. в приемном отделении.

## **Жалобы**

Приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой, хрипы при дыхании, усиление одышки и нехватка воздуха при физической активности.

## **Анамнез заболевания**

- \* От 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных самостоятельных родов.
- \* С рождения на смешанном вскармливании – докорм различными молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная. С 6 мес. проявления АД.
- \* Профилактические прививки – по национальному календарю.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у мамы мальчика – поллиноз, у бабушки по линии матери – бронхиальная астма.
- \* Дома – в большой комнате ковры и цветы, большая библиотека.

## **Анамнез жизни**

- \* С 3 лет – появление на фоне ОРИ обструктивного синдрома, по тяжести состояния неоднократно госпитализировался, были эпизоды необоснованного применения антибактериальной терапии, получал небулайзерную терапию беродуалом, пульмикортом – с положительным эффектом.
- \* В 6 лет выставлен диагноз бронхиальной астмы. Триггеры – ОРИ, контакт с домашней пылью, пылью (весна-лето). Базисная терапия – монтелукаст, фликсотид, серетид, симбикорт, зенхейл. Выявлена поливалентная сенсibilизация (бытовая, пыльцевая, эпидермальная). Уровень общего IgE – 770.
- \* В течение последнего года – 2 обострения бронхиальной астмы с госпитализацией. Практически ежедневно отмечает те или иные симптомы - одышку, сухой надсадный кашель, в том числе в ночные часы, плохую переносимость физической нагрузки, отмечает ежедневную потребность в беродуале. Пикфлоуметрию проводит не регулярно в течение дня.
- \* В течение последних 2-х мес получает базисную терапию – серетид 250/50 мкг – по 2 вд х 2 раза, монтелукаст 1 т (5 мг) х 1 раз на ночь, эпизодически - будесонид по 500 мкг х 1 раз через небулайзер вечером, беродуал ДАИ по 2 инг до 4 раз в день.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C.
- \* Кожные покровы – физиологической окраски, умеренной влажности.
- \* Носовое дыхание – не затруднено. ЧД – 25. Одышка при физической нагрузке до 30. При пикфлоуметрии - ПСВ – 50. В легких – жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы – с обеих сторон, усиливающиеся на фоне форсированного дыхания, а также при физической активности. При минимальной физической

нагрузке – участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При выполнении форсированного выдоха приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой.

\* ЧСС – тахикардия до 120, АД – 130/75.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - оформленный.

**В приемном отделении при осмотре пациента в качестве объективного критерия оценки тяжести состояния бронхиальной астмы следует провести**

- пульсоксиметрию
- бодиплетизмографию
- эргоспирометрию
- электрокардиографию

**Ребенку для оценки тяжести обструктивных нарушений проведена спирометрия. Показатель ОФВ1 - 75%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 72% , что может говорить о**

- рестриктивных нарушениях
- умеренных нарушениях
- смешанных нарушениях
- обструктивных нарушениях

**При проведении бронходилатационного теста у данного ребенка, коэффициент по ОФВ1 составил 400 мл, 14%, что может свидетельствовать о**

- выраженном бронходилатационном ответе
- сомнительном бронходилатационном тесте
- отрицательном бронходилатационном тесте
- положительном бронходилатационном тесте

**Проведение исследования газов артериальной крови пациенту следует рекомендовать при снижении**

- остаточного объема легких
- $SpO_2 \leq 92\%$
- общей емкости легких
- резервного объема выдоха

**Учитывая данные анамнеза, результаты клинического осмотра и обследования, можно выставить следующий диагноз**

- остаточного объема легких
- $SpO_2 \leq 92\%$

- общей емкости легких
- резервного объема выдоха

## **Диагноз**

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи в приемном отделении пациенту следует назначить**

- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)
- теofilлин замедленного действия
- ингаляционный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)
- тиотропия бромид

**Оценка эффективности бронхолитической терапии, полученной пациентом, должна быть проведена с интервалом + \_\_\_\_ + минут**

- 35
- 25
- 30
- 20

**Для купирования обострения подростку следует назначить ингаляционный глюкокортикостероид в**

- средней дозе в сочетании с ДДБА
- высокой дозе
- высокой дозе в сочетании с ДДБА
- очень высокой дозе

**При стабилизации состояния, учитывая жалобы на усиление одышки при физической нагрузке, мальчику был проведен тест с дозированной физической нагрузкой.**

**Показатели спирометрии исходно были в норме, на 5 минуте после проведения теста коэффициент ОФВ<sub>1</sub> составил – 21%, что может свидетельствовать о**

- положительной пробе с дозированной физической нагрузкой
- отрицательной пробе с дозированной физической нагрузкой
- сомнительной пробе с дозированной физической нагрузкой
- отсутствию достоверной значимости данного исследования

**Объем базисной терапии пациента на момент поступления в приемное отделение соответствует + \_\_\_\_ + степени**

- 5
- 3
- 4
- 2

### **Девочке следует рассмотреть вопрос о назначении**

- вилантерола и флутиказона фураат
- теофиллина замедленного действия
- тиотропия бромида
- омализумаба

### **Рекомендуемая кратность измерения пиковой скорости выдоха для контроля за течением бронхиальной астмы является режим**

- вилантерола и флутиказона фураат
- теофиллина замедленного действия
- тиотропия бромида
- омализумаба

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 3,11 лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, приступообразное чихание, периодически зуд полости носа и глаз
- \* Эпизоды затяжного кашля после ОРВИ

### **Анамнез заболевания**

- \* С 1 лет беспокоят заложенность носа, эпизоды затяжного кашля.
- \* За последний год отмечалось два приступа затрудненного дыхания на фоне острой респираторной инфекции, данные проявления купировались ингаляциями с будесонидом и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.
- \* С весны беспокоит сухой кашель, выраженная заложенность носа.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 3 беременности, 3 физиологических самостоятельных родов.
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 11 месяцам
- \* Профилактические прививки проведены по национальному календарю.



- \* Диаскинтест – отрицательный.
- \* С 2-х лет часто болеет ОРИ.
- \* Наследственный анамнез – у папы в детстве бронхиальная астма (бытовая сенсibilизация), у бабушки по л/отца – поллиноз.
- \* Жилищные условия: элиминационный режим соблюдают.

### **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые от элементов патологической сыпи
- \* Зев не гиперемирован, лакуны миндалин расширены, без наложений
- \* Носовое дыхание затруднено. Слизистое отделяемое в общих носовых ходах
- \* При аускультации легких – дыхание с пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, сухие хрипы выслушиваются на форсированном выдохе.

### **Функциональным исследованием для оценки бронхиальной проходимости для детей менее 5 лет является**

- вилантерола и флутиказона фуорат
- теofilлина замедленного действия
- тиотропия бромида
- омализумаба

### **Результаты импульсной осциллометрии**

```
|====
| Импульсная осциллометрия | R5 | R20 | RF
| Результат у пациента | 170% | 160% | 13.84
|====
```

{nbsp}

R5 (% от должного) – резистивное сопротивление при частоте осцилляция 5 Гц (норма менее 150% от должного);

R20 (% от должного) - резистивное сопротивление при частоте осцилляция 20 Гц (норма менее 150% от должного);

RF, Гц – резонансная частота (норма менее 10Гц)

**Ребенку проводилась импульсная осциллометрия. Правильной трактовкой данных исследования считается следующая**

- начальные признаки обструкции на уровне нижних дыхательных путей
- рестриктивные нарушения
- патологии не выявлено
- центральные нарушения

**Лабораторным методом обследования, в данном случае значимым для определения сенсibilизации, является**

- начальные признаки обструкции на уровне нижних дыхательных путей
- рестриктивные нарушения
- патологии не выявлено
- центральные нарушения

**Результаты лабораторного метода обследования**

**На основании имеющейся у больного симптоматики, данных анамнеза и проведенного обследования, суждение о диагнозе следующее**

- начальные признаки обструкции на уровне нижних дыхательных путей
- рестриктивные нарушения
- патологии не выявлено
- центральные нарушения

**Диагноз**

**В качестве базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить**

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- рекомбинантные моноклональные антитела

**Для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне проводимой базисной терапии рекомендуется**

- ведение дневника ЧСС
- определение уровня специфических антител класса IgS в динамике
- ведение дневника пикфлоуметрии
- рентген органов грудной клетки

**Минимальная продолжительность курса базисной терапии с последующей оценкой контроля над заболеванием у данного ребенка составляет**

- 2 месяца
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

**На фоне монотерапии низкими дозами ингаляционного глюкокортикостероида, состояние ребенка оставалось стабильным в течение 3-х месяцев, по результатам теста по контролю над астмой – астма хорошо контролируемая, суточная вариабельность ПСВ менее 5%.**

**Можно рассмотреть снижение объема базисной терапии за счет назначения**

- кромоглициевой кислоты
- стабилизатора мембран тучных клеток
- антигистаминного препарата нового поколения
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов

**Для лечения симптомов аллергического ринита данному ребенку показано назначение**

- интраназальных кортикостероидов
- назальных холинолитиков
- назальных деконгестантов
- системных кортикостероидов

**Учитывая доказанную IgE-зависимую природу заболевания и клинические проявления вызванные аллергенами клещей домашней пыли, данному пациенту может быть рекомендовано проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) при**

- аллергической персистирующей астме среднетяжелого и тяжелого течения, плохо контролируемой другими препаратами
- одновременном назначении препарата моноклональных антител к иммуноглобулину E
- значении ОФВ1 более 70% от должных величин на фоне адекватной фармакотерапии
- показателях ОФВ<sub>1</sub> менее 70 % на фоне адекватной фармакотерапии

**Рекомендуемая продолжительность аллергенспецифической терапии составляет**

- 7 – 8 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет
- от 5 лет

**Концентрация спор плесневых грибов в окружающем воздухе обычно снижается**

- 7 – 8 лет

- 1-2 года
- 3-5 лет
- от 5 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители мальчика Б., 7 мес., обратились к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

- \* Боли в животе, периодические запоры.
- \* Отказ от приема пищи.
- \* Рвота при введении в питание молочных продуктов.

### **Анамнез заболевания**

- \* Колики с первого месяца жизни.
- \* За последний месяц частый (до 6-7 р/сут) разжиженный стул со слизью, периодически с прожилками крови.
- \* На фоне введения в питание тыквенного пюре - высыпания на коже.
- \* При попытке введения детского творожка – рвота после приема продукта, слизь в стуле с прожилками крови.
- \* С 5 месяцев отмечалась плохая прибавка массы тела.
- \* Температура тела оставалась в пределах нормы.
- \* Ребенок консультирован гастроэнтерологом, назначены ферменты и пробиотики - без эффекта.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 3 беременности, протекавшей без особенностей, 3 преждевременных физиологических родов на 36 неделе.

Мама ребенка – носитель вируса гепатита В (бессимптомное вирусоносительство).

Наследственный анамнез – отягощен: у старшего брата непереносимость коровьего молока до 2-х лет, у отца - атопический дерматит.

Искусственное вскармливание стандартной молочной смесью с рождения и до настоящего времени.

Вакцинальный статус: БЦЖ-м, трижды против гепатита В (в 0,1 и 2 мес), дважды против коклюша-дифтерии-столбняка-полиомиелита.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Ребенок активно реагирует на осмотр.
- \* Температура тела 36,5°C.
- \* Масса 7 кг 800 г, рост 73 см.

- \* Катаральных явлений нет.
- \* Сердечно-легочная деятельность без особенностей.
- \* Кожные покровы умеренно сухие, чистые.
- \* Стул частый, разжиженный со слизью. Периодически в слизи отмечается примесь крови.
- \* Печень и селезенка не увеличены.

**Необходимым для постановки диагноза методом лабораторной диагностики является**

- 7 – 8 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет
- от 5 лет

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для верификации диагноза необходимым методом диагностики в данном случае является**

- 7 – 8 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет
- от 5 лет

**Результаты обследования**

**По результатам обследования и диагностической диеты ребенку поставлен диагноз**

- 7 – 8 лет
- 1-2 года
- 3-5 лет
- от 5 лет

**Диагноз**

**Этиологическим лечением данного пациента является назначение**

- стандартной смеси на основе коровьего молока при одновременной отмене грудного вскармливания
- гипоаллергенной диеты с нестрогим ограничением молочных продуктов
- докорма смесью на основе козьего молока
- строгой безмолочной диеты

**Согласно рекомендациям, минимальная продолжительность безмолочной диеты у данного ребенка должна составлять + \_\_\_\_ + месяца/месяцев**

- 12
- 10
- 6
- 2

**Учитывая у данного ребенка наличие сенсibilизации к бычьему сывороточному альбумину, вместе с белками коровьего молока рекомендуется временно исключить из диеты ребенка**

- баранину
- яичный белок
- говядину
- рыбу

**Ребенку с аллергией к белкам коровьего, находящемуся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании смеси**

- гипоаллергенного состава
- на основе белков козьего молока
- на основе частично гидролизованного молочного белка
- на основе высокогидролизованного молочного белка

**Решение вопроса о введении молочных продуктов в питание ребенка с IgE-опосредованной формой аллергии к белкам коровьего принимается после**

- диагностического введения молочного продукта
- результатов копрологического исследования через 3 месяца от начала элиминационной диеты
- результатов копрологического исследования через 6 месяцев от начала элиминационной диеты
- результатов определения специфических IgE через 2 года от начала элиминационной диеты

**Вакцинация данного ребенка любыми вакцинами разрешена**

- после достижения ребенка возраста 1 года
- после окончания острого аллергического процесса
- не ранее, чем через 3 месяца после окончания острого аллергического процесса
- не ранее, чем через 1 месяц после окончания острого аллергического процесса

**Данному ребенку вакцинация против пневмококковой инфекции будет проводиться**

- по схеме 3+1
- однократно
- по схеме 1+1
- по схеме 2+1

**Учитывая нахождение данного ребенка в группе риска, его очередная иммунизация против гепатита В будет проводиться в + \_\_\_\_ + месяцев**

- 6
- 10
- 8
- 12

**В связи с нахождением данного ребенка в группе риска по недоношенности, ему рекомендована вакцинация против гемофильной инфекции по схеме (кратность)**

- 6
- 10
- 8
- 12

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама мальчика 8 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На высыпания на коже.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 6 месяцев жизни беспокоят периодически возникающие единичные высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
- \* Температура тела оставалась в пределах нормы;
- \* Проводилось лечение средствами с увлажняющим действием – без эффекта

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 3 беременности, протекавшей без особенностей, 3 физиологических родов в срок.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному

календарю.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у отца пищевая аллергия; у матери - поллиноз.

\* Находится на грудном вскармливании.

\* Прикорм введен с 6 месяцев (молочные каши).

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Активный, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы умеренно сухие.

\* Высыпания локализованы на щеках единичными бледными папулами.

**Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- 6
- 10
- 8
- 12

### **Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- 6
- 10
- 8
- 12

### **Диагноз**

**Этиологическое лечение данного пациента включает**

- исключение из питания матери и ребенка мяса говядины и продуктов, содержащих белки коровьего молока
- перевод ребенка на смешанное вскармливание: сохранение грудного вскармливания и докорм ребенка стандартной адаптированной смесью на основе козьего молока
- перевод ребенка на искусственное вскармливание адаптированной гипоаллергенной смесью на основе коровьего молока
- добавление в грудное молоко лактазы

**Минимальный срок назначения безмолочной диеты составляет +\_\_\_\_\_+ месяцев**



- 7
- 9
- 6
- 8

**Проведение вакцинации ребенку с аллергией к белку коровьего молока в периоде ремиссии и подострой фазы происходит соответственно срокам**

- элиминационной диеты, проводимой у ребенка
- национального календаря профилактических прививок
- прорезывания зубов
- календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям

**Для купирования зуда данному ребенку необходимо назначить антигистаминный препарат**

- хлоропирамин
- фексофенадин
- цетиризин
- дифенгидрамин

**При среднетяжелой форме атопического дерматита средствами первой линии для наружной терапии являются**

- ингибиторы кальциневрина
- местные глюкокортикостероиды
- увлажняющие крема
- препараты на основе ихтиола

**Введение продуктов прикорма в рамках «окна толерантности» производится в возрасте + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 6-8
- 8-12
- 2-4
- 4-6

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- искусственное вскармливание с 4 месяцев жизни
- применение матерью антигистаминных препаратов до и в течение беременности
- соблюдение безлактозной диеты матери в течение беременности

- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев

**Принцип постепенного расширения рациона детям с высоким риском развития атопии подразумевает введение не более + \_\_\_\_ + продукта/ов в неделю**

- 2
- 3
- 4
- 1

**Детям с аллергией к белкам коровьего молока, находящимся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании**

- цельное козье молоко
- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

**При назначении смеси на основе высокогидролизованного молочного белка детям с аллергией к белкам коровьего молока, находящимся на искусственном вскармливании, оценку эффективности диеты проводят через + \_\_\_\_ + неделю/недель/недели**

- цельное козье молоко
- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию к аллергологу-иммунологу направлена девочка 3 месяцев, находящийся на госпитализации в отделение диагностики и восстановительного лечения с подозрением на целиакию.

## **Жалобы**

- \* Колики, жидкий частый стул до 7-8 раз в день, периодически со слизью.
- \* Срыгивания, после кормления.
- \* Низкая прибавка в весе.

## **Анамнез заболевания**

- \* Обильное срыгивание с первых недель жизни, колики с 1 мес. Мама соблюдает общую неспецифическую гипоаллергенную диету.
- \* Ребенок обследован на дисбактериоз - выявлен золотистый стафилококк; ребёнок пролечен хлорфиллиптом, бактериофагом. На этом фоне улучшений не отмечалось.
- \* В течение 3 дней отмечается усиление гастроинтестинальных симптомов, в стуле – слизь с прожилками крови. Мама накануне съела круассан со сливочной начинкой.

## **Анамнез жизни**

- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца пыльцевая аллергия, пищевая аллергия (в детстве).
- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 1 родов в срок путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3150 г, рост 52 см.
- \* Находится на грудном вскармливании.

## **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Активный, аппетит сохранен.
- \* Масса тела 4515 г. Рост стоя 61 см.
- \* Кожные покровы умеренно сухие, элементов патологической сыпи нет.
- \* Стул до 7 раз в день, самостоятельный, жидкий, со слизью.

## **Данному ребенку для постановки диагноза необходимо назначить**

- цельное козье молоко
- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

## **Результаты обследования**

**Учитывая сохраняющуюся симптоматику, данному ребенку дополнительно рекомендуется назначить**

- цельное козье молоко
- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

### **Результаты обследования**

**При повторном осмотре через 1 месяц на фоне безмолочной безглютеновой диеты – симптомы купированы.**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов диагностической диеты, больному можно поставить диагноз**

- цельное козье молоко
- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

### **Диагноз**

**Рекомендации по ведению данного ребенка включают**

- перевод ребенка на искусственное вскармливание смесью на основе полного гидролиза
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком с последующим переводом на вскармливание аминокислотной смесью
- перевод ребенка на искусственное вскармливание с использованием смеси на основе козьего молока
- исключение из питания матери и ребенка продуктов, содержащих белки коровьего молока, глютен

**Продолжительность безмолочной диеты согласно рекомендациям составляет минимум + \_\_\_\_\_ + месяц(а)ев**

- 10
- 1
- 6
- 4

**Прикорм данному ребенку рекомендовано начинать в +\_\_\_\_\_+ месяцев/месяца**

- 3-4
- 4-6
- 8-10
- 6-8

**При аллергии на белки коровьего молока из питания ребенка исключается помимо молочных продуктов**

- мясо курицы/индейки
- говядина/телятина
- свинина
- мясо кролика

**Введение в рацион данного ребенка продуктов прикорма, на которые ранее отмечалась реакция, может быть проведено под контролем**

- копрологического анализа
- достижения ребенком возраста 12 месяцев
- диагностического введения продукта
- уровня специфических антител класса IgG4

**Учитывая возвращение симптомов пищевой аллергии, в результате диагностического введения молочных продуктов, решено пролонгировать соблюдение безмолочной диеты. В данном случае ребенку необходимо дополнительно назначаться препараты**

- витамина Д
- железа
- омега-3
- кальция

**Детям с аллергией к белкам коровьего молока, находящимся на искусственном/смешанном вскармливании, рекомендовано использовать в питании**

- смесь на основе частично гидролизованного молочного белка
- смесь на основе козьего молока
- смесь на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- смесь на основе соевого белка

**Расширение рациона детям с высоким риском развития атопии подразумевает введение не более**

- 1 продукта в неделю
- 2 продукта в месяц
- 1 продукт в месяц
- 2 продукта в неделю

**Купирование симптомов хронического энтероколита, индуцированного пищевыми белками, при соблюдении элиминационной диеты возможно через**

- 1 продукта в неделю
- 2 продукта в месяц
- 1 продукт в месяц
- 2 продукта в неделю

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 8-ми лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, обильное выделение из носа.
- \* Чихание.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 5-ти лет стала беспокоить заложенность носа, особенно в утренние часы.
- \* Симптоматически использовали сосудосуживающие препараты в нос - с временным эффектом.
- \* В зимний период состояние несколько лучше, с редкими эпизодами заложенности носа.
- \* Месяц назад была на пикнике в роще, где отмечалось обильное выделение из носа, приступы кашля, в терапии использовали ингаляции бронхолитиком - без выраженного эффекта.
- \* Дома живет собака. Книги в открытом доступе. Большое количество мягких игрушек в комнате ребенка.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок.
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику.
- \* Диаскин тест проведен в этом году - отрицательный (норма).
- \* Наследственный анамнез – у старшего брата бронхиальная астма.

### **Объективный статус**

- \* Кожные покровы бледно-розовые, элементов патологической сыпи нет.
- \* Зев розовый, гипертрофия миндалин II степени, миндалины чистые от наложений, по задней стенке стекает прозрачная слизь.
- \* Носовое дыхание умеренно затруднено. Слизистая бледная, отечная.
- \* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза является**

- 1 продукта в неделю
- 2 продукта в месяц
- 1 продукт в месяц
- 2 продукта в неделю

### **Результаты обследования**

#### **С целью дифференциально-диагностического поиска необходимо провести**

- 1 продукта в неделю
- 2 продукта в месяц
- 1 продукт в месяц
- 2 продукта в неделю

### **Результаты обследования**

**Учитывая жалобы, данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов обследования, пациенту можно выставить диагноз**

- 1 продукта в неделю
- 2 продукта в месяц
- 1 продукт в месяц
- 2 продукта в неделю

### **Диагноз**

#### **Консервативная терапия данного пациента включает**

- проведение АСИТ
- проведение физиотерапевтических процедур
- ограничение контакта с аллергенами
- длительное пребывание на свежем воздухе

**Препарат, купирующий симптомы аллергического ринита (зуд, чихание ринорея), относится к группе**

- антигистаминных препаратов
- $\beta$  - адреномиметиков
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- назальных деконгестантов

**В качестве базисной терапии данному ребенку, с умеренно тяжелыми проявлениями аллергического ринита, рекомендуется назначить**

- системные глюкокортикостероиды
- назальный натрия кромогликат
- интраназальные глюкокортикостероиды
- назальные холинолитики

**В качестве этиопатогенетического лечения аллергического ринита и выработки толерантности к индивидуальным сенсibiliзирующим аллергенам, данному ребенку необходимо рекомендовать**

- проведение анти-IgE-терапии
- применение системных кортикостероидов коротким курсом
- использование местных деконгестантов коротким курсом
- проведение аллерген-специфической иммунотерапии

**К показаниям для проведения аллерген-специфической иммунотерапии у данного ребенка относят**

- клинические проявления не подтвержденные лабораторно
- сопутствующую неконтролируемую бронхиальную астму
- уровень специфических IgE 2 класса реакции и выше
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше без симптоматики

**Для ограничения контакта с аллергенами клещей домашней пыли данному ребенку рекомендуется**

- тщательное очищение увлажнителей воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%
- держать закрытыми окна и двери в помещении, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице
- использование специальных постельных принадлежностей, чехлов на матрасах, применять акарициды, стирка при температуре выше 60°C



- ограничить контакт с животным, использовать противоаллергенный воздухоочиститель, регулярно проводить обработку препаратами для удаления аллергенов

**При сенсibilизации к клещам домашней пыли у данного ребенка, есть риск развития перекрестной реактивности к**

- ракообразными и моллюсками
- яду перепончатокрылых
- речной рыбе
- перхоти животных

**Первичная профилактика аллергического ринита включает**

- исключение походов в лес и выездов загород
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия)
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- естественное вскармливание

**Ребенку с диагнозом «Аллергический персистирующий ринит» в первую очередь рекомендовано проведение вакцинации от**

- исключение походов в лес и выездов загород
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия)
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- естественное вскармливание

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители девочки 1 г. 9 мес. обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

\* На периодические высыпания на коже; выраженную сухость кожных покровов.

\* Нарушение сна на фоне выраженного зуда кожи

### **Анамнез заболевания**

\* Кожные проявления аллергии отмечались с первых дней жизни, в виде гиперемии щек. Лечение не проводилось.

\* В 3 месяца ребенок перенес ларинготрахеит без повышения температуры, по поводу чего получал антибактериальную терапию, на этом фоне появились высыпания по всему телу аллергического характера.

- \* С 5 месяцев, на фоне активного введения прикорма, стала беспокоить выраженная сухость кожных покровов и высыпания в локтевых и коленных сгибах. В наружной терапии использовали увлажнение кожи эмолентами без динамики со стороны сыпи и красноты на коже.
- \* Периодически ребенка беспокоят боли в животе, отмечается слизь в стуле.
- \* Самостоятельно сдан анализ крови на определение специфических IgE (молоко, казеин, белок куриного яйца, желток куриного яйца, клютен, пшеница, соя, яблоки, банан, апельсин, шоколад) – сенсibilизации к пищевым аллергенам не выявлено.
- \* Ребенок принимает per os цетиризин, зуд сохраняется, сон нормализовался
- \* Температура тела оставалась в пределах нормы

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1-ой беременности. Беременность без патологии. Роды в срок, путем кесарева сечения.
- \* Ребенок не привит.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца - в детстве атопический дерматит.
- \* Грудное вскармливание до 3 месяцев (мамой соблюдалась общая гипоаллергенная диета). Далее смесь на основе умеренно гидролизованного белка, до 1 г. 8 месяцев. Прикорм введен с 4,5 месяцев.
- \* В питании: курица, индейка, телятина, творожки без добавок, безмолочные каши, кабачок, цветная капуста, брокколи, огурцы, яблоко, банан, иногда персик, детское печенье, сушки, супы на овощном бульоне.

### **Объективный статус**

- \* На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное.
- \* Температура тела 36,8°C.
- \* Кожные покровы сухие. Кожный патологический процесс представлен папулезной сыпью, локализованной на коже щёк, подбородка, лба, голеней, разгибательной поверхности рук, ног.
- \* Тоны сердца ясные, ритмичные.
- \* Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул нормальный, мочеиспускание не нарушено.

**Учитывая отсутствие сенсibilизации к пищевым аллергенам, для постановки диагноза данному ребенку значимым методом диагностики является**

- исключение походов в лес и выездов загород
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия)
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- естественное вскармливание

## **Результаты обследования**

**Для подтверждения значимости пищевой аллергии у данного ребенка через 1 мес диагностической диеты необходимо провести**

- исключение походов в лес и выездов загород
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия)
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- естественное вскармливание

## **Результаты обследования**

**Основным диагнозом данного ребенка является**

- исключение походов в лес и выездов загород
- АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия)
- соблюдение беременной женщиной строгой элиминационной диеты
- естественное вскармливание

## **Диагноз**

**Лечебная тактика в случае данного пациента включает**

- индивидуальную гипоаллергенную диету с исключением из питания ребенка причинно-значимых аллергенов
- соблюдение гипоаллергенной безглютеновой диеты
- соблюдение общей гипоаллергенной диеты, с ограничением причинно-значимых аллергенов
- использование в питании ребенка козьего молока

**Согласно рекомендациям минимальная продолжительность безмолочной диеты у ребенка должна составлять + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 18
- 10
- 4
- 6

**Медикаментозная терапия данного пациента может включать**

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- системные глюкокортикостероиды
- антигистаминные препараты
- специфическую иммунотерапию

**Для ухода за кожей данного ребенка следует рекомендовать**

- специальные средства ухода за сухой атопичной кожей
- кокосовое масло
- обычный детский крем или лосьон
- фитокрем на основе экстракта ромашки

**Введение в рацион ребенка продуктов прикорма, на которые ранее отмечалась реакция, может быть проведено под контролем**

- уровня иммуноглобулина А в копрофильтратах
- УЗИ органов брюшной полости
- уровня специфических антител класса IgG
- диагностического введения продукта

**У ребенка с аллергией к белкам коровьего молока есть риск развития аллергической реакции на**

- курицу
- телятину
- сою
- яйца

**Назначение ребенку в возрасте 3 месяцев антибиотикотерапии по поводу ларинготрахеита без повышения температуры является**

- ошибкой ведения
- методом диагностики *ex juvantibus*
- мерой профилактики инфекционных осложнений
- методом лечения заболевания

**Более благоприятный прогноз в отношении формирования толерантности к белкам коровьего молока имеют дети с**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока
- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

**Первой необходимой прививкой после проведения пробы Манту ребенку, ранее не привитому, является вакцинация от**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока

- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 8 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу в связи с эпизодом затрудненного дыхания во время школьных занятий.

### **Жалобы**

На затрудненное дыхание, свистящие хрипы, одышку.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 7 лет повторяющиеся приступы сухого кашля
- \* С 8 лет приступы затрудненного дыхания, с одышкой, кашлем и свистящими хрипами, выставлен диагноз «Бронхиальная астма»

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2-й беременности, протекавшей без особенностей, 2-х родов в срок, путем Кесарева сечения
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у бабушки по линии отца лекарственная аллергия и риноконъюнктивальный синдром
- \* Находилась на смешанном вскармливании до 3-х месяцев, далее – искусственное
- \* Росла, развивалась по возрасту

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Температура тела 36,7 С
- \* Дыхание в легких жесткое, равномерно проводится во все отделы, выслушиваются свистящие сухие хрипы на выдохе. ЧД – 18 в минуту. SpO<sub>2</sub> – 99%
- \* По другим органам – без особенностей

### **Рекомендуемым методом для первичной диагностики бронхиальной астмы у детей старше 4-6 лет является**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока
- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

### Результаты спирографии

[cols="20%,^15%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС{asterisk} 25 | МОС 50 | МОС 75

| Результат у пациента | 90% | 79% | 88% | 90% | 80% | 64% | 46%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно

ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**В результате оценки настоящих показателей спирографии у ребенка можно констатировать**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока
- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

### Результаты бронходилатационного теста

[cols="20%,^15%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| До применения бронхолитика | 119% | 110% | 92% | 109% | 117% | 94% | 77%

| После применения бронхолитика | 120% | 115% | 96% | 111% | 118% | 98% | 80%

| Прирост

в % | 1% | 5% | 4% | 2% | 1% | 4% | 4%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно

ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**В результате оценки настоящих данных показателей бронходилатационного теста у ребенка, можно констатировать**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока
- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

### Результаты спирометрии и теста с физической нагрузкой

[cols="25%,^10%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| До физической нагрузки | 119% | 110% | 92% | 109% | 117% | 94% | 77%

| После физической нагрузки | 108% | 98% | 91% | 105% | 116% | 90% | 70%

| Убыль

в % | 11% | 12% | 1% | 4% | 1% | 4% | 7%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно

ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**В результате оценки настоящих данных спирометрии и теста с физической нагрузкой у ребенка можно констатировать**

- не-IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- кожными формами аллергии на белки коровьего молока
- IgE-опосредованной аллергией на белки коровьего молока
- отягощенным наследственным анамнезом по аллергической патологии

### Данные спирометрии в динамике

[cols="20%,^15%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| от 03.04.18г. | 119% | 110% | 92% | 109% | 117% | 94% | 77%

| от 03.10.18г. | 90% | 79% | 88% | 105% | 100% | 80% | 60%

| Динамика показателей

в % | -29% | -31% | -3% | 4% | -17% | -14% | -17%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно

ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**В результате оценки настоящих данных спирометрии в динамике у ребенка можно констатировать**

- положительную динамику по показателям спирометрии в виде улучшения бронхиальной проходимости
- отрицательную динамику показателей спирометрии, требующую проведения теста с физической нагрузкой
- появление признаков бронхиальной обструкции
- ухудшение показателей спирометрии в виде появления рестриктивных нарушений дыхательной функции

**У ребенка с ухудшением показателей спирометрии на фоне появления гипертрофии миндалин II-III степени и признаков нарушения дыхания во сне, дополнительным методом обследования является**

- положительную динамику по показателям спирометрии в виде улучшения бронхиальной проходимости
- отрицательную динамику показателей спирометрии, требующую проведения теста с физической нагрузкой
- появление признаков бронхиальной обструкции
- ухудшение показателей спирометрии в виде появления рестриктивных нарушений дыхательной функции

**Данные спирометрии и бронходилатационного теста**

[cols="20%,^15%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| До бронхолитика | 99% | 77% | 78% | 70% | 65% | 58% | 54%

| После

бронхолитика | 100% | 90% | 98% | 91% | 78% | 74% | 66%

| Прирост

в % | 1% | 13% (200мл) | 20% | 30% | 20% | 28% | 22%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно



ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

### **По результатам представленных данных спирометрии и бронходилатационного теста у ребенка можно констатировать**

- положительную динамику по показателям спирометрии в виде улучшения бронхиальной проходимости
- отрицательную динамику показателей спирометрии, требующую проведения теста с физической нагрузкой
- появление признаков бронхиальной обструкции
- ухудшение показателей спирометрии в виде появления рестриктивных нарушений дыхательной функции

### **Показатели бодиплетизмографии**

[cols="40%,^20%,^20%,^20%"]

|====

| Показатели бодиплетизмографии | ЖЕЛ | ООЛ | ОЕЛ

| Результат у пациента | 67% | 86% | 71%

| Референсные значения | ≥81 | 85-150 | 85-125

|====

{nbsp}

ЖЕЛ (%) – жизненная емкость легких

ООЛ (%) – остаточный объем легких

ОЕЛ (%) – общая емкость легких

### **При тяжелом течении бронхиальной астмы и частых обострениях настоящие показатели бодиплетизмографии выявляют**

- положительную динамику по показателям спирометрии в виде улучшения бронхиальной проходимости
- отрицательную динамику показателей спирометрии, требующую проведения теста с физической нагрузкой
- появление признаков бронхиальной обструкции
- ухудшение показателей спирометрии в виде появления рестриктивных нарушений дыхательной функции

### **Результаты спирометрии и пробы с физической нагрузкой**

[cols="20%,^15%,^10%,^15%,^10%,^10%,^10%,^10%"]

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| До пробы с физической нагрузкой | 119% | 110% | 92% | 109% | 117% | 94% | 77%

| После физической нагрузки | 108% | 89% | 82% | 105% | 116% | 90% | 65%  
| Убыль  
в % | 11% | 21% | 10% | 4% | 1% | 4% | 12%

|====

{nbsp}

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно

ПОС (%) – пиковая объемная скорость

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**По настоящим результатам спирометрии и пробы с физической нагрузкой у ребенка можно констатировать**

- исходную – норму, и положительную реакцию на физическую нагрузку
- сомнительную реакцию на физическую нагрузку и необходимость повторного проведения теста
- исходные легкие нарушения проходимости бронхов без реакции бронхов на физическую нагрузку
- нормальные исходные показатели спирометрии и отрицательную пробу на физическую нагрузку

**Пикфлоуметрия определяет**

- объем выдыхаемого воздуха при глубоком выдохе после глубокого вдоха
- пиковую скорость выдоха
- максимальный объем глубокого вдоха и глубокого выдоха
- максимальный объем выдыхаемого воздуха при спокойном дыхании

**Оценкой настоящих результатов троекратной утренней пикфлоуметрии (90, 80 и 70% нормы) у ребенка является**

- решение проведения дополнительного многократного повторения исследования
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 70%, и оценка его как признака обострения бронхиальной астмы легкой степени тяжести
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 90% и оценка его как нормы
- констатация высокой вариабельности пикфлоуметрии и невозможности правильной оценки пиковой скорости выдоха

**Увеличение пиковой скорости выдоха (ПСВ) на 15% от исходной >50% нормы у ребенка с обострением бронхиальной астмы через 20 минут после приема бронхолитика свидетельствует о**

- решение проведения дополнительного многократного повторения исследования
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 70%, и оценка его как признака обострения бронхиальной астмы легкой степени тяжести
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 90% и оценка его как нормы
- констатация высокой вариабельности пикфлоуметрии и невозможности правильной оценки пиковой скорости выдоха

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 27 лет обратился к врачу-аллергологу-иммунологу.

### Жалобы

На периодическое ощущение заложенности в груди, нехватку воздуха, иногда при этом свистящее дыхание, сухой кашель. Часто эти проявления провоцирует физическая нагрузка.

### Анамнез заболевания

- \* Обратил внимание на эти состояния не сразу (их продолжительность примерно 2 года, с началом с момента появления собаки в доме), стал замечать по утрам заложенность носа и чихание.
- \* Отмечает плохой сон, просыпается, чтобы промыть носовые ходы или закапать сосудосуживающие капли. Потом присоединились одышка, хрипы и сухой кашель.
- \* В последнее время приступы участились, беспокоят 1-2 раза в неделю днем и/или ночью.
- \* Когда длительно находится вне дома (командировки) – состояние улучшается.

### Анамнез жизни

- \* практически здоров, много курит, алкоголем не злоупотребляет
- \* работает водителем, часто сам ремонтирует автомобиль, контактирует с агрессивными жидкостями (бензин и т.д.)
- \* аллергических реакций на продукты и бытовую химию, лекарственные препараты ранее не замечал
- \* у матери был отек Квинке на бытовую химию, у отца – тяжелая форма бронхиальной астмы.

### Объективный статус

- \* состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 90 кг (ИМТ-30 кг/м<sup>2</sup>).
- \* кожные покровы обычной окраски и влажности.
- \* периферических отеков нет.

- \* носовое дыхание умеренно затруднено.
- \* дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в 1 мин.
- \* тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст.
- \* живот мягкий, безболезненный.
- \* печень не увеличена.

#### **К необходимым первичным методам исследования относится**

- решение проведения дополнительного многократного повторения исследования
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 70%, и оценка его как признака обострения бронхиальной астмы легкой степени тяжести
- выбор параметра пиковой скорости выдоха 90% и оценка его как нормы
- констатация высокой вариабельности пикфлоуметрии и невозможности правильной оценки пиковой скорости выдоха

#### **Результаты обследования**

##### **Бронходилатационный тест с прибавкой по ОФВ1 - 200 мл или >12% после однократной ингаляции бронхолитика свидетельствует**

- об обратимости бронхоспазма
- о недостаточном бронходилатационном эффекте бронхолитика
- об отрицательном бронходилатационном тесте
- о рестриктивных нарушениях функции внешнего дыхания

##### **Проведено лабораторное обследование уровня специфических антител класса IgE для определения сенсibilизации к**

- бытовым, эпидермальным аллергенам и латентной сенсibilизации к аллергенам пыльцы сорных трав
- всем бытовым, пищевым и растительным аллергенам
- бытовым, эпидермальным аллергенам
- аллергенам пыльцы деревьев, злаковых и сорных трав

##### **На основании анамнеза, клинических проявлений и проведенного обследования, выставлен основной диагноз**

- бытовым, эпидермальным аллергенам и латентной сенсibilизации к аллергенам пыльцы сорных трав
- всем бытовым, пищевым и растительным аллергенам
- бытовым, эпидермальным аллергенам
- аллергенам пыльцы деревьев, злаковых и сорных трав

## **Диагноз**

**Степень тяжести бронхиальной астмы у данного пациента расценивается как**

- интермиттирующая средней тяжести
- персистирующая средней тяжести
- легкая персистирующая
- интермиттирующая тяжелой степени

**Анамнез и клинические проявления бронхиальной астмы указывают на то, что она**

- неконтролируемая
- умеренно контролируемая
- недостаточно контролируемая
- полностью контролируемая

**Сопутствующая патология, которая может усугубить течение бронхиальной астмы, это**

- острый риносинусит
- полиноз
- вазомоторный ринит
- персистирующий аллергический ринит

**Основным компонентом базисной терапии у данного пациента будет**

- препарат кромоглициевой кислоты эндобронхиально
- ингаляционный ГКС в средних или высоких дозах
- ингаляционный ГКС в низких дозах
- антигистаминный препарат или антилейкотриеновый препарат

**Основным клиническим признаком у взрослых при развитии анафилактического шока является**

- генерализованная кожная уртикарная сыпь
- отек слизистой гортани и глотки, нарушение дыхания
- острое снижение артериального давления
- нарушение ритма сердца и спутанность сознания

**Основным триггером анафилактического шока у взрослых являются**

- лекарственные средства
- экзотические фрукты и овощи
- яд насекомых, бытовая химия

- шерсть животных и птичьи перья

**При нарушениях дыхания во сне у взрослого пациента с ожирением и хроническим аллергическим ринитом, в первую очередь, необходимо исключить**

- апноэ сна
- парасомнические приступы
- хроническую ишемическую болезнь сердца
- ночные панические атаки

**Рестриктивные нарушения дыхания, которые чаще развиваются при длительном курении, выявляются по снижению остаточной емкости легких (ОЕЛ), измеренной методом**

- апноэ сна
- парасомнические приступы
- хроническую ишемическую болезнь сердца
- ночные панические атаки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочке 9 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

Зуд носа, постоянная заложенность носа, нарушение дыхания во сне, повышенная дневная сонливость.

### **Анамнез заболевания**

- \* В 7 лет была травма носа на физкультуре, посттравматическое искривление носовой перегородки
- \* Последние 8 месяцев беспокоят чихание, зуд в носу, заложенность носа, появление остановок дыхания во сне
- \* Обострения нарушения носового дыхания весной и осенью
- \* Температура тела оставалась в пределах нормы
- \* Проводилось самолечение назальными сосудосуживающими средствами – без эффекта

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок.
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту

- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца и бабушки по линии отца – поллиноз, у матери – бронхиальная астма
- \* У ребенка на первом году жизни – пищевая аллергия

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Сниженная активность, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы чистые, умеренно влажные, одутловатость лица, синева под глазами
- \* Выраженная заложенность носа, практически постоянно приоткрыт рот, темные круги под глазами
- \* Покраснение в области крыльев носа
- \* Назальный секрет слизистого характера
- \* Получает антигистаминный препарат (цитеризин)

**Для постановки диагноза аллергического ринита необходимо провести выявление причинно-значимых аллергенов методом**

- апноэ сна
- парасомнические приступы
- хроническую ишемическую болезнь сердца
- ночные панические атаки

### **Результаты обследования**

**Для постановки диагноза аллергического ринита необходимо наличие**

- апноэ сна
- парасомнические приступы
- хроническую ишемическую болезнь сердца
- ночные панические атаки

### **Результаты обследования**

**На основании анамнеза, клинических проявлений и лабораторных исследований, ребенку был выставлен диагноз**

- апноэ сна
- парасомнические приступы
- хроническую ишемическую болезнь сердца
- ночные панические атаки

### **Диагноз**

### **Этиологическое лечение данного пациента включает**

- осуществление ежедневной влажной уборки помещения и ее обработку фунгицидными препаратами
- уменьшение контакта с аллергенами и промывание носовой полости солевыми растворами после пребывания на открытом воздухе
- ношение маски на лице в период цветения аллергена и удаление слизи из носа при помощи ватных турунд, пропитанных вазелиновым маслом
- исключение контакта с домашними животными и строгое соблюдение гипоаллергенной диеты в период обострения

### **При аллергическом рините необходимо исключить сопутствующую патологию при подозрении на апноэ сна методом**

- суточной термометрии
- суточной пульсоксиметрии
- полисомнографии
- холтеровского мониторирования ЭКГ

### **Наличие + \_\_\_\_\_ + указывает на возможное апноэ сна у ребенка с ринитом**

- энуреза
- ночной жажды
- храпа во сне
- сногворения

### **При персистирующем аллергическом рините в качестве базовой терапии следует назначить**

- антигистаминные препараты 2-го поколения
- фитопрепараты
- антигистаминные препараты 1-го поколения
- топические кромоны

### **Интраназальные кортикостероиды рекомендуются детям при аллергическом рините в возрасте с + \_\_\_\_\_ + года/лет**

- 2
- 7
- 5
- 1



**Рекомендации применения кромонов при аллергическом рините в настоящее время ограничены вследствие**

- побочных эффектов
- низкой эффективности
- дороговизны
- множества противопоказаний для применения у детей

**Системные кортикостероиды применяются при аллергическом рините**

- при поливалентной аллергии и отсутствия эффекта от лечения
- в крайнем случае при тяжелом течении заболевания
- в случае сочетанной патологии с бронхиальной астмой
- каждый раз в начале обострения заболевания коротким курсом

**Больному с аллергическим ринитом и синдромом обструктивного апноэ сна при отсутствии эффекта от консервативной терапии следует провести**

- переднюю риноскопию
- компьютерную томографию придаточных пазух носа
- МРТ головы
- эндоскопию носоглотки

**Основной причиной обструктивного апноэ сна у детей является/являются**

- переднюю риноскопию
- компьютерную томографию придаточных пазух носа
- МРТ головы
- эндоскопию носоглотки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик (4 года и 6 месяцев) с матерью находится на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На частый кашель, заложенность в груди, свистящее дыхание
- \* Эпизоды затяжного кашля с усилением после ОРИ

### **Анамнез заболевания**

- \* С 1,5 лет беспокоят заложенность носа, эпизоды затяжного кашля.
- \* За последний год отмечалось три приступа свистящего дыхания на фоне ОРИ, данные проявления купировались ингаляциями с будесонидом и

бронхолитиками короткого действия.

\* С осени (в период листопада, до появления снежного покрова) беспокоил сухой кашель, выраженная заложенность носа, обильные водянистые выделения из носа.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 2 физиологических родов
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году
- \* Профилактические прививки все проведены в соответствии с национальным календарем.
- \* Диаскинтест – отрицательный.
- \* С 2-х лет часто болеет ОРИ.
- \* Наследственный анамнез – у бабушки со стороны матери была тяжелая бронхиальная астма, у отца – поллиноз, у бабушки со стороны отца – аллергические реакции на бытовые аллергены (отек Квинке, крапивница).
- \* Жилищные условия: ковер в комнате ребенка, собака

### **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, сухие, чистые от элементов патологической сыпи
- \* Зев не гиперемирован, лакуны миндалин расширены, без наложений
- \* Носовое дыхание затруднено. При проведении передней риноскопии – слизистая бледная, отёчная, слизистое отделяемое в носовых ходах
- \* При аускультации легких – дыхание с жестким оттенком, равномерно проводится во все отделы, свистящие хрипы выслушиваются только на форсированном выдохе.

### **Результаты спирометрии**

|====

| Спирометрия | ФЖЕЛ | ОФВ1 | ОФВ1/ФЖЕЛ | ПОС | МОС 25 | МОС 50 | МОС 75

| Результат у пациента | 80% | - | - | 70% | 70% | 100% | 110%

|====

Время выдоха менее 1 сек. +

ФЖЕЛ (%) – форсированная жизненная емкость легких +

ОФВ1 (%) - объем форсированного выдоха за 1 сек +

ОФВ1/ФЖЕЛ (%) – модифицированный индекс Тиффно +

ПОС (%) – пиковая объемная скорость +

МОС (25, 50, 75 в %) - максимальная объемная скорость

**Представлен результат одной попытки спирометрии у ребенка 4 лет 6 мес. Дальше ребенок отказался проводить исследование. Это может свидетельствовать о**

- переднюю риноскопию
- компьютерную томографию придаточных пазух носа
- МРТ головы
- эндоскопию носоглотки

### **Результаты импульсной осциллометрии**

|====

| Импульсная осциллометрия | R5 | R20 | RF

| Результат у пациента | 155% | 153% | 11.73

|====

R5 (% от должного) – резистивное сопротивление при частоте осцилляция 5 Гц (норма менее 150% от должного); +

R20 (% от должного) - резистивное сопротивление при частоте осцилляция 20 Гц (норма менее 150% от должного); +

RF, Гц – резонансная частота (норма менее 10Гц)

**Результат рекомендуемого у детей 4-5-ти лет исследования, называемого импульсной осциллометрией, свидетельствует о/об**

- комбинированных нарушениях проходимости бронхов
- отсутствии признаков обструкции
- наличии обструкции центрального генеза
- начальных признаках бронхиальной обструкции

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования с целью определения сенсбилизации является определение**

- комбинированных нарушениях проходимости бронхов
- отсутствии признаков обструкции
- наличии обструкции центрального генеза
- начальных признаках бронхиальной обструкции

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**На основании клинической симптоматики, сведений анамнеза и результатов инструментального обследования выставлен диагноз**

- комбинированных нарушениях проходимости бронхов
- отсутствии признаков обструкции

- наличии обструкции центрального генеза
- начальных признаках бронхиальной обструкции

## **Диагноз**

**В качестве базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку рекомендованы**

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- рекомбинантные моноклональные антитела
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- стабилизаторы мембран тучных клеток

**Пикфлоуметрия для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне проводимой базисной терапии этому ребенку**

- можно применять, выбирая правильные попытки
- необходимо проводить с ведением дневника измерений
- можно применять детскую модель пикфлоуметра
- может применяться с 5 лет

**Минимальная продолжительность курса базисной терапии с последующей оценкой контроля над заболеванием у данного ребенка составляет**

- 2 недели
- 1 месяц
- 3 месяца
- 2 месяца

**На фоне монотерапии низкими дозами ингаляционного глюкокортикостероида, состояние ребенка оставалось стабильным. Снижение объема базисной терапии при этом проводится за счет назначения**

- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- кромоглициевой кислоты
- антигистаминного препарата нового поколения
- стабилизатора мембран тучных клеток

**Для лечения симптомов аллергического ринита препаратом выбора является**

- системный кортикостероид
- назальный деконгестант
- назальный холинолитик
- спрей интраназальных кортикостероидов

**При IgE-зависимой этиологии заболевания и клинических проявлениях atopической аллергии может быть рекомендована аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) только при условии**

- показателях ОФВ1 менее 70% на фоне адекватной фармакотерапии
- одновременном назначении препарата моноклональных антител к иммуноглобулину E
- значения ОФВ1 более 70% от должных величин
- аллергической персистирующей астме среднетяжелого и тяжелого течения, плохо контролируемой другими препаратами

**Для исключения сопутствующей патологии (синдром обструктивного апноэ сна) врач аллерголог-иммунолог должен получить сведения о наличии**

- вечерней головной боли и трудного процесса засыпания
- кошмаров и беспокойного сна
- энуреза и навязчивых движений во время сна
- храпа и/или остановок дыхания у ребенка во время сна

**Улучшение состояния ребенка по основному заболеванию прогнозируется**

- вечерней головной боли и трудного процесса засыпания
- кошмаров и беспокойного сна
- энуреза и навязчивых движений во время сна
- храпа и/или остановок дыхания у ребенка во время сна

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители девочки 8 лет обратилась в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

Покраснение и сыпь на коже по типу волдырей; умеренный зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* Накануне обращения, девочка с мамой ходила за покупками в рыбный магазин, где почувствовала легкое головокружение, после чего появились покраснения на коже и сыпь, сопровождающаяся зудом.
- \* Высыпания первично локализовались на коже кистей рук, спустя несколько часов элементы сыпи распространились на всю поверхность тела
- \* Температура тела не повышалась

\* Для купирования состояния дома мама однократно дала девочке антигистаминный препарат

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 плановых оперативных родов в срок
- \* До 7 месяцев находилась на естественном вскармливании, далее на искусственном (получала адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 6 месяцев
- \* Вакцинация проведена по индивидуальному графику
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен, у папы и бабушки по отцовской линии atopический дерматит
- \* Домашние условия удовлетворительные
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдала
- \* С 1 месяца жизни отмечались эпизоды высыпаний на коже, проводилось лечение антигистаминными препаратами – с эффектом К 1 году жизни кожный процесс купировался

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести
- \* Температура тела 36,4°C.
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже всей поверхности тела эритематозные волдыри, 0,5-2 сантиметра в диаметре, местами четко ограниченные, местами склонные к слиянию, возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании. Умеренный зуд

**Для верификации причины и установления девочке диагноза необходимым лабораторным методом исследования является определение концентрации**

- вечерней головной боли и трудного процесса засыпания
- кошмаров и беспокойного сна
- энуреза и навязчивых движений во время сна
- храпа и/или остановок дыхания у ребенка во время сна

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Аллергодиагностику данной пациентке необходимо провести с использованием анализатора**

- {nbsp}Immulate
- {nbsp}IMMAGE800
- {nbsp}ImmunoCAP
- {nbsp}НУТЕС-288

**Возникновение острой аллергической реакции у девочки может быть обусловлено воздействием главного аллергенного компонента рыбы, которым является**

- саркоплазматический белок
- белок кивеллин
- белок тауматин
- белок актинидин

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, можно поставить диагноз**

- саркоплазматический белок
- белок кивеллин
- белок тауматин
- белок актинидин

**Диагноз**

**Аллергическая реакция девочки обусловлена превращением белка саркоплазмы трески в процессе приготовления в \_\_\_\_\_ аллерген**

- ингаляционный
- термолабильный
- контактный
- минорный

**Консервативное лечение девочки включает**

- элиминацию причинно-значимого аллергена
- ношение лицевой маски
- проведение очистительных клизм
- ограничение в питании рыбой и морепродуктами

**После исключения из рациона пищевого аллергена уменьшение выраженности симптомов у девочки может наступить в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12-24
- 48-60
- 24-48
- 60-72

**Подбор терапии данной девочке должен производиться с учетом принципа лечения крапивницы у детей, который основан на**

- исключении водных и тепловых процедур
- назначении лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- применении лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- исключении физических и эмоциональных нагрузок

**В качестве препаратов первой линии терапии данного ребенка рекомендовано использовать**

- энтеросорбирующие средства
- антигистаминные средства II поколения
- препараты глюконата кальция
- препараты кромоглициевой кислоты

**Патогенетическим механизмом, лежащим в основе острой аллергической реакции у данной девочки, является**

- дегрануляция тучных клеток
- недостаточность протеолитических ферментов
- скопление олигопептидов
- повышение проницаемости кишечной стенки

**Наиболее аллергенный белок рыбы относится к группе**

- тропомиозинов
- парвальбуминов
- проламинов
- профилинов

**Аллергия на рыбу с возрастом имеет тенденцию к**

- тропомиозинов
- парвальбуминов
- проламинов
- профилинов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В круглосуточный стационар госпитализирована девочка 9 лет.



## **Жалобы**

- \* Покраснения и высыпания на коже по типу волдырей;
- \* Выраженный зуд

## **Анамнез заболевания**

- \* В день обращения, после употребления сваренных хлопьев мюсли с орехами (миндаль, арахис, кешью, фундук) появились покраснения и высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом и чувством онемения. В течение часа сыпь распространилась на область шеи, живота, спины, верхних и нижних конечностей
- \* Температура тела не повышалась
- \* Девочкой однократно был осуществлен прием антигистаминного препарата

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в I триместре, 1 плановых оперативных родов в срок
- \* На искусственном вскармливании с рождения (получала адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 5 месяцев
- \* Вакцинация проведена по индивидуальному графику
- \* Наследственность по аллергическим заболеваниям – не отягощена
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает
- \* До 1 года отмечалось 2 эпизода высыпаний на коже, купировались приемом антигистаминных препаратов, причинно-следственная связь не была установлена

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,4°C.
- \* Отмечается вялость, раздражительность
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, шеи, живота, поясницы, верхних и нижних конечностей эритематозные волдыри, 0,5-2,5 сантиметров в диаметре, возвышающиеся над поверхностью кожи, имеющие тенденцию к слиянию, пропадающие при надавливании
- \* Зуд выраженной интенсивности

**Для постановки диагноза ребенку значимым лабораторным исследованием является определение концентрации**

- тропомиозинов
- парвальбуминов
- проламинов
- профилинов

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Развитие острой аллергической реакции у девочки обусловлено воздействием на организм аллергенного белка арахиса, которым является**

- овомукоид
- муцин
- вицилин
- профилин

**Во время варки мюсли, которые позже съела девочка, аллергенные свойства арахиса**

- усилились
- исчезли
- уменьшились
- не изменились

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, можно поставить диагноз**

- усилились
- исчезли
- уменьшились
- не изменились

**Диагноз**

**Консервативное лечение девочки включает**

- ограничение в питании арахисом
- постельный режим
- элиминацию причинно-значимого аллергена
- физиотерапевтические процедуры

**После исключения пищевого аллергена из рациона улучшение у девочки может наступить в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12-24
- 24-48
- 48-60
- 60-72

**В качестве препаратов первой линии терапии данной девочке рекомендовано использовать**

- стабилизаторы тучных клеток
- энтеросорбирующие средства
- препараты глюконата кальция
- антигистаминные средства II поколения

**Показаниями к лечению в стационарных условиях являются**

- все формы крапивницы
- любой вариант пищевой аллергии
- возраст до 5 лет
- развитие анафилаксии

**При сохранении у девочки симптомов более + \_\_\_+ недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 6-8
- 1-2
- 2-4
- 4-6

**В случае длительного отсутствия эффекта от 1 и 2 линий терапии и перехода заболевания в хроническую форму девочке потребуются назначение препарата**

- этанерцепт
- ритуксимаб
- анакинра
- омализумаб

**Запасными белками орехов, обладающих выраженными аллергенными свойствами, являются + \_\_\_+ S и 11S глобулины**

- 7
- 5
- 4
- 6

**Эпитопы аллергенных белков при попадании в организм человека вызывают активацию**

- 7
- 5
- 4
- 6

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В круглосуточный стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ госпитализирован мальчик 10 лет.

### Жалобы

Покраснения и высыпания на коже по типу волдырей; зуд.

### Анамнез заболевания

- \* Сыпь, сопровождающаяся зудом, появилась накануне госпитализации, после употребления блинов
- \* Первично появились распространенные участки покраснения на коже тела. Спустя 10-15 минут на местах покраснений появились высыпания (первично на коже рук, но в течение часа распространились на остальные участки тела, включая ладони и стопы)
- \* Температура тела не повышалась
- \* Дома мальчик однократно принял 1 таблетку хлоропирамина, на фоне которой выраженность кожного процесса уменьшилась

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 1 оперативных родов в срок
- \* В 3 месяца отлучен от груди и переведен на искусственное вскармливание (получал адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 5 месяцев
- \* Вакцинация проведена частично
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен, у папы atopический дерматит
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает
- \* В течение жизни стул со склонностью к запору

### Объективный статус

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 С.
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, конечностей, живота и спины эритематозные волдыри, 0,2-2 сантиметра в диаметре, возвышаются над поверхностью кожи и пропадают при надавливании
- \* Зуд умеренной интенсивности

**Для постановки диагноза мальчику необходимым лабораторным методом исследования является определение концентрации**

- 5
- 4
- 6

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Возникшая у мальчика острая аллергическая реакция, помимо аллергенов яичного белка, обусловлена аллергенами пшеницы, основным из которых является**

- глиадин
- кивеллин
- аргиникиназа
- глютен

**Выявление чувствительности к  $\omega$ - +\_\_+ -глиадину (Tri a 19), при проведении последующей диагностики, будет свидетельствовать о высоком риске развития немедленных реакций у данного мальчика**

- 4
- 2
- 5
- 3

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, мальчику можно поставить диагноз**

- 4
- 2
- 5
- 3

### **Диагноз**

**Консервативное лечение мальчика включает**

- исключение физических нагрузок
- проведение влажных обертываний
- ограничение в питании пшеницы и яиц
- элиминацию причинно-значимого аллергена

**Исключение из рациона пищевого аллергена может привести к улучшению состояния мальчика в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 48-60
- 12-24
- 60-72
- 24-48

**У данного мальчика клиническая картина крапивницы имеет классическое течение, для которого характерно**

- отсутствие гиперпигментации
- увеличение суставов
- появление сосудистого рисунка
- отсутствие боли

**Назначение терапии мальчику будет основано на соблюдении принципа лечения крапивницы у детей, который подразумевает**

- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- ограничение проведения водных и тепловых процедур
- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- строгое соблюдение режима дня

**Препаратами первой линии терапии данного пациента являются**

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- энтеросорбирующие средства
- препараты глюконата кальция
- антигистаминные средства II поколения

**При сохранении у мальчика симптомов крапивницы более + \_\_\_\_\_ + недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 1-2
- 2-4
- 6-8
- 4-6

**Одним из основных аллергенов яичного белка является**

- овомукоид
- казеин
- альфа-лактоальбумин
- парвальбумин

## **Аллергенным белком яичного желтка является**

- овомукоид
- казеин
- альфа-лактоальбумин
- парвальбумин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 6 лет госпитализирована в круглосуточный стационар городской клинической больницы.

### **Жалобы**

Покраснения и высыпания на коже по типу волдырей; легкий зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* Днем, накануне обращения, появились высыпания на коже, сопровождающиеся зудом
- \* Первые элементы сыпи локализовались на коже плеч, предплечий и живота. На утро количество высыпаний на прежних участках тела уменьшилось, однако появились новые элементы на других участках тела
- \* Температура тела не повышалась
- \* Девочкой однократно был осуществлен прием хлоропирамина
- \* В день появления сыпи девочка дважды пила чай с тортом «Птичье молоко»

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, 1 оперативных родов в срок
- \* До 9 месяцев находилась на естественном вскармливании, прикорм введен с 6 месяцев
- \* Вакцинация проведена по индивидуальной схеме
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – не отягощен
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает, отмечается избирательность аппетита
- \* С раннего возраста по настоящее время эпизодически беспокоили высыпания на коже эритематозного характера, зуд. Проводилось лечение антигистаминными препаратами – с эффектом

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C.
- \* Отмечается вялость, слабость
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже плеч, предплечий, живота, спины, ягодиц и голеней эритематозные волдыри, 1,5-2

сантиметра в диаметре, возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании

\* легкий зуд

**Для постановки диагноза значимым лабораторным методом обследования является определение концентрации**

- овомукоид
- казеин
- альфа-лактоальбумин
- парвальбумин

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, девочке можно поставить диагноз**

- овомукоид
- казеин
- альфа-лактоальбумин
- парвальбумин

**Диагноз**

**Клиническая картина крапивницы у девочки имеет классическое течение, поскольку**

- не интенсивный зуд
- отсутствуют отеки
- отсутствует гиперпигментация
- суставы не увеличены

**С целью проведения этиологической терапии девочке необходимо**

- ограничить в питании высокоаллергенные продукты
- исключить из питания продукты животного происхождения
- ограничить в питании продукты с повышенным содержанием белка
- исключить из питания яичные белки и желтки

**После исключения из питания причинно-значимых аллергенов состояние девочки может улучшиться в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 48-60
- 12-24
- 60-72



- 24-48

**Препаратами первой линии терапии девочки являются**

- антилейкотриеновые средства
- антигистаминные средства II поколения
- стабилизаторы тучных клеток
- препараты глюконата кальция

**После 2 недель комплексного лечения симптомы крапивницы у девочки сохранились, что является показанием к увеличению дозы антигистаминного препарата II поколения в + \_\_\_\_\_ + раза**

- 5
- 4
- 3
- 2

**Динамическое наблюдение пациента с хронической крапивницей осуществляется 1 раз в + \_\_\_\_ + месяцев**

- 12-15
- 8-9
- 9-12
- 3-6

**На фоне соблюдения диеты и увеличения дозы препарата эффекта получено не было. Сохранение высыпаний помимо IgE-опосредованной аллергии вероятно обусловлено псевдоаллергической реакцией. Улучшение состояния в этом случае возможно в течение + \_\_\_\_\_ + недель**

- 4
- 5
- 6
- 3

**Несмотря на проводимую терапию, течение крапивницы у девочки приняло хроническую форму, поскольку симптомы сохранялись более + \_\_\_\_ + недель**

- 5
- 3
- 4
- 6

## **Одним из основных аллергенов яичного белка является**

- парвальбумин
- альфа-лактоальбумин
- овомукоид
- казеин

## **Аллергическим белком яичного желтка является**

- парвальбумин
- альфа-лактоальбумин
- овомукоид
- казеин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама девочки 7 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На высыпания на коже по типу волдырей; зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* Накануне обращения, после посещения рыбного ресторана, появилась сыпь, сопровождающаяся зудом. Со слов мамы, девочка ела только картофель с капустным салатом, остальные члены семьи ели треску
- \* Высыпания первично локализовались на коже лица, шеи и кистей рук, спустя несколько часов элементов сыпи распространились на область живота, поясницы и нижних конечностей
- \* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений
- \* Мамой однократно была дана девочке 1 таблетка хлоропирамина

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза в 1 триместре, 1 физиологических родов в срок
- \* Находилась на естественном вскармливании до 6 месяцев, далее на искусственном (получала адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 5 месяцев
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен, у мамы atopический дерматит
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает, аппетит избирательный
- \* С рождения эпизодически беспокоили высыпания на коже, проводилось

лечение антигистаминными препаратами – с эффектом. Кожный процесс купировался к 1 году жизни

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. Вялая, раздражительная

\* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, шеи, живота, поясницы, верхних и нижних конечностей эритематозные волдыри, 0,5-1,5 сантиметра в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании

\* Зуд умеренной интенсивности

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- парвальбумин
- альфа-лактоальбумин
- овомукоид
- казеин

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, можно поставить диагноз**

- парвальбумин
- альфа-лактоальбумин
- овомукоид
- казеин

**Диагноз**

**Наиболее аллергенными свойствами в рыбе обладает**

- белок альдолаза
- саркоплазматический белок
- вителлогенин
- белок енолаза

**Наиболее аллергенный белок рыбы относится к группе**

- тропомиозинов
- профилинов
- проламинов

- парвальбуминов

**Аллергическая реакция девочки обусловлена превращением белка саркоплазмы трески в процессе приготовления в + \_\_\_\_\_ + аллерген**

- минорный
- контактный
- термолабильный
- ингаляционный

**Консервативное лечение девочки включает**

- проведение влажных обертываний
- ограничение в питании рыбой и морепродуктами
- элиминацию причинно-значимого аллергена
- проведение очистительных клизм

**Исключение из рациона пищевого аллергена при крапивнице приводит к улучшению в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 24-48
- 60-72
- 48-60
- 12-24

**Для классического течения крапивницы характерно**

- появление пурпуры
- отсутствие гиперпигментации
- изменения суставов
- отсутствие зуда

**Основной принцип лечения крапивницы у детей**

- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- ограничение физических и эмоциональных нагрузок
- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- ограничение водных и тепловых процедур

**В качестве препаратов первой линии терапии данного пациента рекомендовано использовать**

- энтеросорбирующие средства

- седативные антигистаминные препараты I поколения
- препараты глюконата кальция
- неседативные антигистаминные средства II поколения

**При сохранении симптомов крапивницы более +\_\_\_+ недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 6-8
- 2-4
- 1-2
- 4-6

**Аллергия на рыбу с возрастом имеет тенденцию к +\_\_\_\_\_+ проявлений**

- 6-8
- 2-4
- 1-2
- 4-6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители девочки 7 месяцев обратились к врачу-аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

Высыпания на коже; зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* С рождения беспокоят распространенные высыпания на коже, выраженный зуд
- \* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений
- \* Проводилось лечение диметинденом, средствами увлажняющей косметики – без эффекта

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок
- \* Профилактические прививки – не проводились
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у отца - бронхиальная астма, atopический дерматит
- \* С рождения на искусственном вскармливании, до 1 месяца получала в питание адаптированную молочную смесь, далее была переведена на

адаптированную соевую смесь

\* Прикорм не введен из-за непрерывно рецидивирующих высыпаний

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C. Беспокойная, на осмотр реагирует негативно

\* Кожные покровы умеренно сухие

\* Эритематозно-папулезные высыпания на коже щек, верхних и нижних конечностях, живота, спины и ягодиц

\* Зуд умеренной интенсивности

**Значимым для постановки диагноза лабораторным исследованием является определение**

- 6-8
- 2-4
- 1-2
- 4-6

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Одним из соевых белков, обладающим выраженной аллергенной активностью, является**

- полкальцин
- липокалин
- глицинин
- легумин

**Выявление специфических IgE к соевому белку Gly m +\_\_+ определяет тяжелое течение аллергии с системными реакциями**

- 5
- 3
- 4
- 2

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз**

- 5
- 3
- 4
- 2

## **Диагноз**

### **Этиологическое лечение данного пациента включает**

- исключение из питания причинно-значимого продукта
- добавление в смесь фермент-содержащих препаратов
- кормление кипяченой смесью
- разведение смеси за 2 часа до кормления

### **Данному ребенку показано назначение смеси на основе**

- частично гидролизованного молочного белка
- немодифицированного козьего молока
- высокогидролизованного молочного белка
- умеренно гидролизованного овечьего молока

### **Минимальные сроки назначения элиминационной диеты составляют +\_\_+ месяцев**

- 12
- 10
- 18
- 6

### **Для купирования зуда девочке необходимо назначить антигистаминный препарат**

- лоратадин
- левоцетиризин
- цетиризин
- фексофенадин

### **При среднетяжелой форме атопического дерматита средствами первой линии для наружной терапии являются**

- местные глюкокортикостероиды
- препараты на основе ихтиола
- ингибиторы кальциневрина
- топические антибиотики

### **Введение продуктов прикорма в рамках «окна толерантности» производится в возрасте +\_\_+ месяцев**

- 4-6
- 7-9

- 8-12
- 6-8

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- искусственное вскармливание с момента рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев

**Употребление необработанной сои пациентами, имеющими специфические IgE к Gly m 4 и сопутствующую сенсibilизацию к + \_\_\_\_\_+, может спровоцировать развитие анафилаксии**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- искусственное вскармливание с момента рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В дневной стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» в зимний период поступил мальчик 7 лет.

### **Жалобы**

\* На кашель, эпизоды затрудненного дыхания в течение года; круглогодичную заложенность и слизистое отделяемое из носа; усиление заложенности и зуд в носу, чихание в весенний период

\* На высыпания на коже и запоры в анамнезе

### **Анамнез заболевания**

\* С 1 месяца жизни беспокоили эпизоды высыпаний на коже, запоры (стул 1 раз в 3 дня), на фоне терапии назначенной дерматологом и гастроэнтерологом проявления к 1 году купировались

\* С 2 лет наблюдается оториноларингологом с диагнозом: Аллергический персистирующий ринит, проводилось лечение – туалет носа морской водой, деконгестанты

\* С 3 лет в весенний период отмечается усиление заложенности и зуд в носу, чихание. Ребенок консультирован аллергологом, сенсibilизации к пыльце



деревьев не выявлено, клинически выставлен диагноз: Сезонный аллергический ринит. Проводилась терапия антигистаминными препаратами – с неполным эффектом.

\* В 7 лет вне сезона цветения (ноябрь) появился кашель, эпизоды затрудненного дыхания, без повышения температуры тела. На момент обращения зафиксировано 5 эпизодов бронхообструкции - в лечении ингаляции с глюкокортикостероидами и бронхолитиками короткого действия через небулайзер с эффектом.

Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

### **Анамнез жизни**

\* Мальчик от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок

\* Вакцинация проведена в соответствии с календарем профилактических прививок

\* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - отрицательная

\* Наследственный анамнез – отягощен: у матери эпидермальная аллергия

\* Дома имеются ковры

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°C.

\* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно сухие, чистые от сыпи

\* Дыхание через нос умеренно затруднено, отделяемого нет

\* Зев розовый, миндалины рыхлые, без наложений

\* Во время осмотра подкашливает

\* При аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы легких; хрипы не выслушиваются

**Для верификации причины заболевания мальчика ключевым методом лабораторного обследования является определение концентрации**

- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- искусственное вскармливание с момента рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности
- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для получения достоверных результатов обследования лабораторная диагностика мальчику была проведена на высокочувствительном анализаторе**

- {nbsp}Immulite

- {nbsp}HYTEC-288
- {nbsp}DIESSE Ves-Matic 30
- {nbsp}ImmunoCAP

**Значимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- {nbsp}Immulite
- {nbsp}HYTEC-288
- {nbsp}DIESSE Ves-Matic 30
- {nbsp}ImmunoCAP

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить основной диагноз**

- {nbsp}Immulite
- {nbsp}HYTEC-288
- {nbsp}DIESSE Ves-Matic 30
- {nbsp}ImmunoCAP

**Диагноз**

**Важным немедикаментозным методом лечения данного пациента является**

- кварцевание помещений
- использование увлажнителей воздуха
- соблюдение антирефлюксного режима
- ограничение воздействия аллергенов

**В качестве 1 степени базисной терапии бронхиальной астмы данному ребенку необходимо назначить**

- стабилизаторы тучных клеток
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- длительно действующие  $\beta_2$ -агонисты
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов

**На вопрос родителей о нежелательных эффектах применения ингаляционных глюкокортикостероидов врач должен сообщить о возможном**

- наборе массы тела
- снижении скорости роста

- появлении гипертрихоза
- усилении секреции сальных желез

**Показанием для перехода на следующую ступень лечения является отсутствие контроля над астмой в течение +\_\_\_+ месяцев при соблюдении правильной техники ингаляции и выполнении элиминационных мероприятий**

- 1-3
- 3-6
- 6-8
- 8-10

**Учитывая IgE –опосредованную форму атопии, патогенетическим методом лечения сопутствующего сезонного аллергического ринита является назначение**

- интраназальных глюкокортикостероидов
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- антигистаминных препаратов
- аллерген-специфической иммунотерапии

**Проведение аллергенспецифической иммунотерапии мальчику, учитывая наличие бронхиальной астмы, может быть рекомендовано на фоне адекватной фармакотерапии и значении ОФВ1 (объем форсированного выдоха за одну секунду) более +\_\_\_+ % от должных величин**

- 55
- 65
- 60
- 70

**В качестве скорой помощи для купирования обострений бронхиальной астмы препаратами первой линии являются**

- пероральные глюкокортикостероиды
- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теофиллина и этилендиамина

**Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени (ПСВ>50%) рекомендовано экстренно начать с +\_\_\_+ доз короткодействующего  $\beta_2$ -агониста**

- пероральные глюкокортикостероиды

- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теофиллина и этилендиамина

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В дневной стационар госпитализирована девочка 8 месяцев.

### Жалобы

Высыпания на коже, зуд, запоры, примесь слизи в стуле.

### Анамнез заболевания

- \* С 1 месяца жизни беспокоят высыпания на коже щек и ягодиц
- \* В течение последних 3 дней сыпь распространилась на кожу верхних и нижних конечностей, живота и спины; появился зуд
- \* Также с 1 месяца жизни беспокоят запоры (стул 1 раз 3 дня, часто после микроклизмы)
- \* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений
- \* Проводилось лечение средствами увлажняющей косметики – без эффекта; применялись слабительные средства

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 физиологических родов в срок
- \* Профилактические прививки – проведены по индивидуальному графику
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у матери - весенний поллиноз; у старшего брата – эпидермальная аллергия
- \* Находится на грудном вскармливании
- \* Прикорм введен с 6 месяцев.
- \* В питании ребенка: грудное молоко, безглютеновые крупы, перепелиное яйцо, творог, фруктовое пюре (яблоко, груша), овощное пюре (брокколи, кабачок, картофель), сушки, хлеб
- \* Из питания матери исключены ярко окрашенные овощи и фрукты

### Объективный статус

- \* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,6°C. Беспокойная, аппетит сохранен
- \* Кожные покровы умеренно сухие
- \* Эритематозно-папулезная сыпь на коже щек, верхних и нижних конечностях, живота, спины и ягодиц
- \* Зуд умеренной интенсивности

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- пероральные глюкокортикостероиды
- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теофиллина и этилендиамина

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимым для постановки диагноза методом диагностики является**

- пероральные глюкокортикостероиды
- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теофиллина и этилендиамина

**Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, пациенту можно поставить диагноз**

- пероральные глюкокортикостероиды
- ингаляционные коротко действующие  $\beta$ 2-агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теофиллина и этилендиамина

**Диагноз**

**Этиологическое лечение данного пациента включает**

- исключение из питания матери и ребенка причинно-значимых продуктов
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- перевод ребенка на искусственное вскармливание
- кормление ребенка сцеженным грудным молоком с добавлением лактазы

**Минимальные сроки назначения элиминационной диеты + \_\_\_\_ + месяцев**

- 12
- 6
- 18
- 10

**Для купирования зуда данному ребенку необходимо назначить антигистаминный препарат**

- цетиризин
- лоратадин
- левоцетиризин
- фексофенадин

**При среднетяжелой форме атопического дерматита средствами первой линии для наружной терапии являются**

- местные глюкокортикостероиды
- топические антибиотики
- препараты на основе ихтиола
- ингибиторы кальциневрина

**Введение продуктов прикорма в рамках «окна толерантности» производится в возрасте +\_\_+ месяцев**

- 6-8
- 7-9
- 8-12
- 4-6

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев
- соблюдение строгой безмолочной диеты матери в течение беременности
- искусственное вскармливание с рождения
- соблюдение строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности

**Принцип постепенного расширения рациона детям с высоким риском развития атопии подразумевает введение не более**

- 2 продуктов в месяц
- 2 продуктов в неделю
- 1 продукта в неделю
- 1 продукта в месяц

**В «большую восьмерку» продуктов, наиболее часто вызывающих аллергические реакции, помимо коровьего молока, куриного яйца, арахиса, орехов, рыбы, морепродуктов и пшеницы входит**

- соя
- морковь
- мёд
- шоколад

**Продуктом, способным усилить проявления пищевой аллергии за счет реакций неиммунного характера, является**

- соя
- морковь
- мёд
- шоколад

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Родители девочки 7 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

Заложенность и отделяемое из носа в течение года.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 6 лет беспокоит заложенность и отделяемое из носа
- \* Проводилось лечение деконгестантами, мукотитиками – без эффекта

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 2 физиологических родов в срок
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Наследственный анамнез – не отягощен
- \* Дома живет попугай, имеется ковер в гостиной
- \* В раннем возрасте беспокоили эпизоды высыпаний на коже, купировались самостоятельно к 1,5 годам

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4 С. Активность и аппетит сохранены
- \* Кожные покровы умеренно сухие, чистые от сыпи
- \* При проведении риноскопии: слизистая оболочка носовых ходов бледная, цианотично-серая, выраженно отечная
- \* Зев розовый, миндалины чистые
- \* При аускультации легких – дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются

**Значимым для постановки диагноза методом обследования является**

- соя
- морковь
- мёд
- шоколад

### **Результаты обследования**

**С целью дифференциально-диагностического поиска необходимыми методами обследования данной пациентки являются**

- соя
- морковь
- мёд
- шоколад

### **Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- соя
- морковь
- мёд
- шоколад

### **Диагноз**

**Консервативное лечение данного пациента включает**

- проведение физиотерапевтических процедур
- длительное пребывание на свежем воздухе
- ограничение контакта с аллергенами
- ношение защитной лицевой маски

**Для базовой терапии аллергического ринита девочке необходимо назначить антигистаминный препарат**

- диметинден
- рупатадина fumarat
- фексофенадин
- левоцетиризин

**В качестве терапии первого выбора при умеренно тяжелом или тяжелом аллергическом рините рекомендованы**



- назальные холинолитики
- препараты кромоглициевой кислоты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- назальные кортикостероиды

**Для индукции клинической и иммунологической толерантности девочке показано**

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- применение местных деконгестантов коротким курсом
- проведение анти-IgE терапии
- применение системных кортикостероидов коротким курсом

**Длительность аллерген-специфической иммунотерапии как правило составляет + \_\_\_\_\_ + года/лет**

- 4-6
- 3-5
- 1-3
- 6-8

**Наиболее предпочтительным путем введения аллерген-специфической терапии у детей является**

- интраназальный
- сублингвальный
- парентеральный
- накожный

**Аллерген-специфическую иммунотерапию нельзя рекомендовать при наличии у пациента противопоказаний к назначению**

- гидроксизина
- толперизона
- ибупрофена
- адреналина

**Молекулярная масса аллергена составляет около +\_\_+ kD**

- 20000
- 2000
- 200
- 20

**Ранняя фаза аллергической реакции развивается в течение**

**+ \_\_\_\_\_ + после воздействия аллергена**

- 20000
- 2000
- 200
- 20

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 8 лет госпитализирован в круглосуточный стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ.

### **Жалобы**

На приступообразный кашель и эпизоды затрудненного дыхания.

### **Анамнез заболевания**

- \* Состояние развилось остро, после употребления омлета
- \* Появился сухой навязчивый кашель, затрудненное дыхание
- \* Самотеклом мальчик был доставлен в приемное отделение клиники

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк, купировались к 1 году
- \* Однократно в возрасте 1,5 лет отмечался кашель с бронхообструктивным синдромом на фоне вирусной инфекции, находился на стационарном лечении
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - отрицательная
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у матери атопический дерматит
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает. Со слов мамы, у мальчика избирательный аппетит
- \* Домашние условия удовлетворительные: ковров, животных, следов плесени нет

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Сухой, навязчивый кашель, без втяжения уступчивых мест грудной клетки
- \* Кожные покровы умеренно сухие, чистые от сыпи
- \* Дыхание через нос незначительно затруднено, без отделяемого
- \* Зев розовый, миндалины чистые
- \* При аускультации легких: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы; выслушиваются сухие, свистящие хрипы

**Значимым для постановки диагноза лабораторным исследованием является**

- 20000
- 2000
- 200
- 20

**Результаты лабораторного метода обследования**

**К наиболее значимым аллергенам яичного белка помимо овомукоида, овальбумина, кональбумина и овоглобулина, относится**

- утероглобин
- лизоцим
- овомуцин
- трансферрин

**Наиболее значимым аллергеном яичного желтка является**

- вицилин
- легумин
- проламин
- леветин

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, больному можно поставить диагноз**

- вицилин
- легумин
- проламин
- леветин

**Диагноз**

**Немедикаментозная терапия данного пациента включает**

- длительное пребывание на свежем воздухе
- пребывание в теплом помещении с высокой влажностью
- исключение из питания причинно-значимого продукта
- проведение физиотерапевтических процедур

**Учитывая IgE –опосредованную форму пищевой аллергии, минимальный срок назначения элиминационной диеты данному ребенку составит +\_\_+ месяцев**

- 18

- 3
- 6
- 12

**Для быстрого купирования симптомов бронхообструкции препаратами первой линии являются**

- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- антихолинергические средства
- комбинации теофиллина и этилендиамина

**На догоспитальном этапе показанием к госпитализации является неэффективность лечения бронхообструктивного синдрома в течение +\_\_\_+ часов**

- 6-8
- 1-3
- 8-10
- 3-6

**Для купирования аллергического воспаления в терапию необходимо назначить антигистаминный препарат**

- хлоропирамин
- клемастин
- цетиризин
- рупатадина фумарат

**Некоторые пациенты с аллергией к куриному яйцу способны переносить небольшое количество яичных белков после**

- высушивания
- замораживания
- вымачивания
- термической обработки

**Толерантность к яйцам с возрастом не достигается при наличии исходной IgE-опосредованной реакции на**

- овоглобулин
- овомукоид
- кональбумин
- овальбумин

**Принцип постепенного расширения рациона подразумевает введение продуктов в количестве не более +\_\_+ в неделю**

- овоглобулин
- овомукоид
- кональбумин
- овальбумин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 8 лет госпитализирована в круглосуточный стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ.

### **Жалобы**

На высыпания на коже по типу волдырей; зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* Утром, в день госпитализации, после употребления ореховой смеси (арахис, фундук, кешью, миндаль) покраснело лицо, появилась сыпь, сопровождающаяся зудом
- \* Высыпания первично локализовались на коже лица, но в течение часа распространились на область шеи, живота, спины, верхних и нижних конечностей
- \* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений
- \* Мамой однократно была дана девочке 1 таблетка хлоропирамина

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок
- \* С рождения находилась на искусственном вскармливании (получала адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 6 месяцев
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному графику
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – не отягощен
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает
- \* До 1,5 лет отмечалось 2 эпизода кашля с бронхообструктивным синдромом, купировались ингаляциями с беродуалом и пульмикортом

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Вялая, раздражительная
- \* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, шеи, живота, поясницы, верхних и нижних конечностей эритематозные волдыри, 0,3-

2 сантиметра в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании

\* Зуд умеренной интенсивности

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- овоглобулин
- овомукоид
- кональбумин
- овальбумин

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, можно поставить диагноз**

- овоглобулин
- овомукоид
- кональбумин
- овальбумин

**Диагноз**

**Одним из аллергенных белков арахиса является**

- глютен
- глиадин
- кональбумин
- вицилин

**После обжаривания и варки аллергенные свойства арахиса**

- уменьшаются
- сохраняются
- усиливаются
- исчезают

**К запасным белкам орехов, обладающих выраженными аллергенными свойствами, относятся 7S и + \_\_\_\_ + S глобулины**

- 10
- 11
- 8
- 9

### **Консервативное лечение девочки включает**

- ограничение в питании арахисом
- проведение влажных обертываний
- проведение очистительных клизм
- элиминацию причинно-значимого аллергена

**Исключение из рациона пищевого аллергена при крапивнице приводит к улучшению в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12-24
- 24-48
- 48-60
- 60-72

### **Для классического течения крапивницы характерно**

- изменения суставов
- отсутствие гиперпигментации
- отсутствие зуда
- появление пурпуры

### **Основной принцип лечения крапивницы у детей**

- ограничение физических и эмоциональных нагрузок
- ограничение водных и тепловых процедур
- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках

**В качестве препаратов первой линии терапии данного пациента рекомендовано использовать**

- препараты глюконата кальция
- неседативные антигистаминные средства II поколения
- седативные антигистаминные препараты I поколения
- энтеросорбирующие средства

**При сохранении симптомов крапивницы более + \_\_\_\_ + недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 1-2
- 4-6
- 2-4
- 6-8

**Эпитопы аллергенных белков при попадании в организм человека вызывают активацию**

- 1-2
- 4-6
- 2-4
- 6-8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 10 лет госпитализирован в круглосуточный стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ.

### **Жалобы**

На Высыпания на коже по типу волдырей; зуд.

### **Анамнез заболевания**

- \* Накануне госпитализации, после посещения итальянского ресторана, где ребенок съел макароны и пиццу с сыром, резко покраснело лицо, появилась сыпь, сопровождающаяся зудом
- \* Высыпания первично локализовалась на коже рук, но в течение часа распространились на остальные участки тела, включая ладони и стопы
- \* Температура тела оставалась в пределах нормальных значений
- \* Мамой однократно была дана мальчику 1 таблетка хлоропирамина, на фоне приема которой выраженность высыпаний уменьшилась, некоторые участки кожи очистились

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1 триместре, 1 оперативных родов в срок
- \* До 3 месяцев находился на естественном вскармливании, далее на искусственном (получал адаптированную молочную смесь), прикорм введен с 4 месяцев
- \* Профилактические прививки проведены частично
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен, у мамы весенний поллиноз
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает
- \* С рождения по настоящее время стул со склонностью к запорам; высыпаний на коже не отмечалось

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,4°C.



Отмечается вялость, слабость.

\* Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные, на коже лица, верхних и нижних конечностей и живота эритематозные волдыри, 0,3-2 сантиметра в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, пропадающие при надавливании

\* Зуд умеренной интенсивности

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- 1-2
- 4-6
- 2-4
- 6-8

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, можно поставить диагноз**

- 1-2
- 4-6
- 2-4
- 6-8

**Диагноз**

**Основным аллергическим белком пшеницы является**

- глицинин
- профилин
- глютен
- глиадин

**Основным аллергическим белком ржи является**

- глютен
- полкальцин
- циклофилин
- глиадин

**Чувствительность к  $\omega$ -+\_\_\_+-глиадину (Tri a 19) свидетельствует о высоком риске развития немедленных реакций у детей**

- 5
- 3
- 4
- 2

#### **Консервативное лечение мальчика включает**

- ограничение в питании пшеницы и ржи
- проведение влажных обертываний
- элиминацию причинно-значимого аллергена
- проведение очистительных клизм

#### **Исключение из рациона пищевого аллергена при крапивнице приводит к улучшению в течение + \_\_\_\_\_ + часов**

- 12-24
- 60-72
- 48-60
- 24-48

#### **Для классического течения крапивницы характерно**

- появление пурпуры
- изменения суставов
- отсутствие зуда
- отсутствие гиперпигментации

#### **Основной принцип лечения крапивницы у детей**

- назначение лекарственных средств в максимально допустимых дозировках
- ограничение физических и эмоциональных нагрузок
- применение лекарственных средств в минимально необходимом объеме
- ограничение водных и тепловых процедур

#### **В качестве препаратов первой линии терапии данного пациента рекомендовано использовать**

- седативные антигистаминные препараты I поколения
- препараты глюконата кальция
- энтеросорбирующие средства
- неседативные антигистаминные средства II поколения

**При сохранении симптомов крапивницы более +\_\_\_\_\_+ недель дозу антигистаминного препарата II поколения рекомендуется увеличить в 2 раза**

- 4-6
- 1-2
- 6-8
- 2-4

**К 4 годам более чем у 50% детей развивается толерантность к**

- 4-6
- 1-2
- 6-8
- 2-4

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В отделение неотложной педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ обратились родители мальчика 8 лет.

### **Жалобы**

Сухой, приступообразный кашель с эпизодами затрудненного дыхания.

### **Анамнез заболевания**

- \* После употребления яйца приготовленного всмятку и какао появился приступообразный сухой кашель, затрудненное дыхание
- \* В клинику мальчик был доставлен самотеком
- \* Дома лечение не проводилось

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, 1 плановых оперативных родов в срок
- \* До года отмечались эпизоды высыпаний на коже, купировались самостоятельно; в 1,5 года отмечался эпизод рвоты после употребления безе
- \* За прошедший год перенес 2 обструктивных бронхита на фоне ОРИ, получал лечение в стационаре
- \* Вакцинация проведена по индивидуальному графику
- \* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - отрицательная
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен: у матери поллиноз
- \* Гипоаллергенную диету не соблюдает

\* Домашние условия удовлетворительные: животных, ковров, следов плесени нет

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,4°C.

Обращает внимание сухой, приступообразный кашель, без втяжения уступчивых мест грудной клетки

\* Кожные покровы умеренно сухие, без патологической сыпи

\* Дыхание через нос незначительно затруднено, отделяемого нет

\* Зев розовый, миндалины рыхлые, без наложений

\* Аускультативно: дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы легких, выслушиваются сухие, свистящие хрипы

**Для быстрого купирования симптомов бронхообструкции препаратами первой линии терапии данного пациента являются**

- антихолинергические средства
- пероральные коротко действующие бронходилататоры
- комбинации теofilлина и этилендиамина
- ингаляционные коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты

**При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение + \_\_\_ + часов мальчика нужно будет госпитализировать**

- 8-10
- 3-6
- 6-8
- 1-3

**После купирования острого состояния для верификации причины и постановки диагноза значимым лабораторным исследованием является определение концентрации**

- 8-10
- 3-6
- 6-8
- 1-3

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Учитывая аллергические реакции на яичный компонент в раннем возрасте, отсутствие толерантности к яйцам на момент обращения и результаты проведенного исследования, можно предполагать, что мальчик с ранних лет имел сенсibilизацию к аллергенному белку**

- овомукоиду
- овоглобулину
- овальбумину
- кональбумину

**Возникшие у мальчика клинические проявления, помимо IgE-опосредованного механизма, обусловлены реакциями неиммунного характера, триггером которых явилось выпитое какао. Продуктом, также являющимся триггером реакций неиммунного воспаления, является**

- картофель
- мед
- яблоко
- свинина

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов лабораторного обследования, больному можно поставить диагноз**

- картофель
- мед
- яблоко
- свинина

### **Диагноз**

**Немедикаментозное лечение данного пациента включает**

- проведение массажа и физиопроцедур
- исключение из питания причинно-значимого продукта
- проведение паровых ингаляций
- продолжительные прогулки на свежем воздухе

**Учитывая выявленную IgE –опосредованную форму пищевой аллергии, минимальный срок назначения элиминационной диеты данному ребенку составит +\_\_+ месяцев**

- 3
- 12
- 6
- 18

**В комплексной терапии для купирования аллергического воспаления необходимо назначить антигистаминный препарат**

- мебгидролин
- цетиризин
- рупатадина фумарат
- хлоропирамин

**Некоторые пациенты с аллергией к куриному яйцу способны переносить небольшое количество яичных белков в продуктах после**

- оттаивания
- замораживания
- термической обработки
- высушивания

**Значимым аллергеном яичного белка является**

- овальбумин
- парвальбумин
- конглицин
- кивеллин

**Значимым аллергеном яичного желтка является**

- овальбумин
- парвальбумин
- конглицин
- кивеллин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 8 месяцев поступила в дневной стационар ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ.

### **Жалобы**

Покраснения и высыпания на коже; зуд. Склонность к запорам, примеси слизи в стуле.

### **Анамнез заболевания**

- \* С рождения беспокоят высыпания на коже лица и ягодиц
- \* В течение последней недели сыпь распространилась на кожу конечностей, живота и спины; появился выраженный зуд
- \* Также с рождения беспокоят запоры (стул 1 раз 2-3 дня, часто после клизмы)
- \* Температура тела не повышалась

\* Проводилось лечение эмолентами – без эффекта; использовались слабительные средства

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, 1 оперативных родов в срок
- \* Вакцинация проведена по индивидуальному графику
- \* Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям – отягощен: у отца - эпидермальная аллергия
- \* Находится на естественном вскармливании
- \* Прикорм введен с 7 месяцев
- \* В питании ребенка: грудное молоко, каши безглютеновые, творог, перепелиное яйцо, овощное пюре (кабачок, брокколи, картофель), фруктовое пюре (груша, яблоко), хлеб, сухки
- \* Ярко окрашенные овощи и фрукты из питания матери исключены

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,5°C. Беспокойная, капризная
- \* Кожные покровы умеренно сухие
- \* На коже щек, верхних и нижних конечностях, живота, спины и ягодиц эритематозно-папулезная сыпь
- \* Выраженный зуд

**Для постановки диагноза значимым лабораторным методом исследования является определение концентрации**

- овальбумин
- парвальбумин
- конглицин
- кивеллин

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Выявление сенсibilизации к  $\omega$ -+\_\_\_+-глиадину (Tri a 19) при последующем проведении расширенного аллергологического обследования будет свидетельствовать о высоком риске развития у девочки аллергических реакций немедленного типа**

- 4
- 2
- 3
- 5

**Необходимым методом, позволяющим подтвердить предполагаемый диагноз, является**

- 4
- 2
- 3
- 5

**Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов проведенных исследований, девочке можно поставить диагноз**

- 4
- 2
- 3
- 5

**Диагноз**

**Этиологическое лечение данного пациента включает**

- исключение из питания матери и ребенка причинно-значимых продуктов
- кормление ребенка сцеженным кипяченым грудным молоком
- кормление ребенка сцеженным грудным молоком с добавлением лактазы
- перевод ребенка на искусственное вскармливание

**Минимальный срок назначения элиминационной диеты девочке составит + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 6
- 12
- 18
- 10

**Для купирования зуда данному ребенку необходимо назначить антигистаминный препарат**

- фексофенадин
- цетиризин
- лоратадин
- левоцетиризин



**Учитывая, что у девочки среднетяжелое течение атопического дерматита, средствами первой линии для наружной терапии являются**

- препараты на основе ихтиола
- топические антибиотики
- местные глюкокортикостероиды
- ингибиторы кальциневрина

**Учитывая наличие у девочки отягощенного аллергоанамнеза, для снижения риска развития атопии, первые продукты прикорма нужно было вводить в рамках «окна толерантности» - в возрасте +\_\_+ месяцев**

- 4-6
- 6-8
- 8-12
- 7-9

**Формирование толерантности к главному аллергенному белку пшеницы у девочки можно ожидать к возрасту +\_\_+ года/лет**

- 2
- 3
- 5
- 4

**Последующее расширение рациона девочки должно проводиться постепенно – не более 1 продукта в**

- 3 дня
- неделю
- день
- месяц

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- 3 дня
- неделю
- день
- месяц

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Девочка 8 лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

## **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, приступообразное чихание, периодически зуд полости носа, периодически ринорея при перемещении из холода в тепло
- \* Эпизоды затяжного кашля в утренние часы

## **Анамнез заболевания**

- \* С 2,5 лет беспокоят эпизоды затяжного кашля.
- \* В 3 года по рекомендации педиатра проводились ингаляции с кромоглициевой кислотой по 2 ингаляции х 4 раза в день – с положительным эффектом.
- \* За последний год отмечались четыре приступа затрудненного дыхания на фоне острой респираторной инфекции, которые купировались ингаляциями с будесонидом и бронхолитиками короткого действия через небулайзер.
- \* На фоне интенсивной нагрузки отмечается экспираторная одышка.
- \* В течение последних двух лет постоянно беспокоит сухой кашель, выраженная заложенность носа.

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов путем кесарева сечения
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щек при введении прикорма
- \* С 2-х лет часто болеет ОРИ. В анамнезе – два эпизода ложного крупа, частые отиты, тугоухость. В 5 лет проведено двустороннее шунтирование барабанных полостей. Отитов с этого времени не было.
- \* Наследственный анамнез – у отца в детстве бронхиальная астма (бытовая сенсibilизация), у мамы – atopический дерматит.
- \* Жилищные условия: ковер в комнате ребенка, перьевые подушки, цветы в гостиной

## **Объективный статус**

- \* Температура тела 36,6°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, шероховатые на ощупь, без высыпаний
- \* Зев не гиперемирован, миндалины без наложений
- \* Носовое дыхание умеренно затруднено. При проведении передней риноскопии – слизистая бледная, отечная, слизистое отделяемое в общих носовых ходах
- \* При аускультации легких – дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы выслушиваются на форсированном выдохе.

**Учитывая жалобы данного пациента, рекомендованным методом диагностики для постановки диагноза является**

- 3 дня
- неделю
- день
- месяц

**Результаты обследования**

**Бронходилатационный тест после ингаляции бронходилататора считается положительным в случае следующих показателей коэффициента бронходилатации по ОФВ1 и абсолютного прироста**

- $\geq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\leq 12\%$  и не более 200 мл
- $\leq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\geq 12\%$  или не менее 200 мл

**В качестве лабораторной диагностики для определения сенсibilизации у данного пациента рекомендовано провести**

- $\geq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\leq 12\%$  и не более 200 мл
- $\leq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\geq 12\%$  или не менее 200 мл

**Результаты лабораторного метода обследования**

**На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов проведенных исследований, можно выставить диагноз**

- $\geq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\leq 12\%$  и не более 200 мл
- $\leq 12\%$  и не менее 200 мл
- $\geq 12\%$  или не менее 200 мл

**Диагноз**

**В данном случае в качестве базисной терапии бронхиальной астмы следует назначить**

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- стабилизаторы мембран тучных клеток

- пероральные кортикостероиды
- короткодействующие  $\beta_2$ -агонисты

**Для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне проводимой базисной терапии рекомендуется**

- определение уровня специфических антител класса IgE в динамике
- проведение рентгенографии органов грудной клетки
- оценка жизненной емкости легких
- ведение дневника пикфлоуметрии

**Снижение объема терапии при достижении и сохранении стабильного контроля бронхиальной астмы рекомендовано проводить не ранее чем через**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 2 недели

**При оценке контроля над заболеванием учитывают**

- результаты последнего анализа крови на уровень общего IgE
- частоту и тяжесть течения ОРВИ за последние 6 месяцев
- ночные пробуждения, потребность в медикаментозном купировании приступа
- длительность и объем базисной терапии

**В комплексной терапии симптомов аллергического ринита данному ребенку показано назначение**

- назальных деконгестантов
- системных кортикостероидов
- антигистаминных препаратов первого поколения
- интраназальных кортикостероидов

**Элиминация аллергенов со слизистой носа может быть достигнута с помощью**

- изотонических солевых растворов
- ингаляций с физиологическим раствором
- антисептических растворов
- масляных растворов

**При наличии бронхиальной астмы противогриппозная вакцина**

- противопоказана в связи с высоким риском развития анафилактических реакций
- противопоказана в связи с риском ухудшения контроля базисной терапии
- рекомендована в связи с высоким риском развития гриппа
- рекомендована

### **Диспансерное наблюдение за пациенткой осуществляют**

- противопоказана в связи с высоким риском развития анафилактических реакций
- противопоказана в связи с риском ухудшения контроля базисной терапии
- рекомендована в связи с высоким риском развития гриппа
- рекомендована

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама мальчика 4 лет 2 месяцев обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На приступообразный кашель во время сна .

### **Анамнез заболевания**

- \* В течение последних 8 месяцев отмечается постоянный приступообразный кашель во время сна
- \* При бодрствовании физическая активность ребенка не ограничена, кашель редкий малопродуктивный.
- \* Приступообразный кашель в прокуренных помещениях
- \* По опыту лечения обострений бронхолегочной дисплазии, мать ребенка самостоятельно проводит ингаляции глюкокортикостероидов перед ночным сном, при этом отмечается положительный клинический эффект

### **Анамнез жизни**

- \* Мальчик от 1 беременности, рожден на 31 неделе гестации, высокочастотная вентиляция легких в неонатальном периоде.
- \* Наблюдался пульмонологом до 3 лет по поводу бронхолегочной дисплазии с частыми эпизодами бронхообструкции на фоне острых вирусных инфекций
- \* До 3 лет жизни периодически получал ингаляции глюкокортикостероидов во время обострений бронхолегочной дисплазии, сопровождавшихся бронхообструкцией
- \* Наследственный анамнез отягощен – бронхиальная астма у тети по линии матери
- \* Родители мальчика не курят

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Избыточная масса тела.
- \* Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые, небольшой периорбитальный цианоз.
- \* Катаральных явлений нет.
- \* Частота дыхательных движений в покое 22 в минуту.
- \* При аускультации легких – везикулярное дыхание с жестким оттенком и равномерным проведением по всем легочным полям, хрипы в легких не выслушиваются.

### **Значимым для постановки диагноза анамнестическим признаком является**

- наличие рецидивов приступообразного кашля во время сна
- влажный кашель при активном бодрствовании
- наличие ночных пробуждений
- малопродуктивный кашель в течение дня

### **Необходимым для постановки диагноза фактом анамнеза жизни является**

- кислородозависимость в неонатальном периоде
- отсутствие пассивного курения в семье
- недоношенность
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- кислородозависимость в неонатальном периоде
- отсутствие пассивного курения в семье
- недоношенность
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе

### **Диагноз**

### **К сопутствующей патологии, влияющей на течение бронхиальной астмы, относится**

- ожирение
- дефицит массы тела
- преждевременное половое созревание
- отставание в физическом развитии

### **Базисная терапия бронхиальной астмы данному ребенку включает**

- антигистаминные препараты
- десенсибилизирующие лекарственные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов

**Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- будесонид для ингаляций через небулайзер
- ипратропиума бромид
- дексаметазон
- преднизолон

**Методом, входящим в контроль бронхиальной астмы, является**

- проверка соблюдения гипоаллергенной диеты
- проверка наличия у пациента дозированных и/или аппаратных ингаляторов
- контроль нежелательных явлений на фоне терапии
- проверка соблюдения элиминационного режима в быту

**Отсутствие контроля над астмой в течение + \_\_\_+ месяцев при соблюдении правильной техники ингаляции и выполнении элиминационных мероприятий является показанием для перехода на следующую ступень лечения**

- 3-4
- 4-6
- 6-8
- 1-3

**Показанием к госпитализации является неэффективность лечения в течение + \_\_\_+ часов на догоспитальном этапе**

- 6-8
- 1-3
- 3-4
- 4-6

**Лечение обострения бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени у ребенка с БЛД в анамнезе рекомендовано начать с + \_\_\_+ мкг Будесонида в сутки**

- 100
- 500
- 125

- 250

### **Дополнительная диагностика у ребенка с бронхиальной астмой включает**

- рентгенографию грудной клетки
- пневмосцинтиграфию
- флоуметрию спокойного дыхания
- кардио-респираторный мониторинг

### **Оценка физического развития ребенка с бронхиальной астмой, получающего базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами, включает**

- рентгенографию грудной клетки
- пневмосцинтиграфию
- флоуметрию спокойного дыхания
- кардио-респираторный мониторинг

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мама мальчика 4 лет обратилась к врачу – аллергологу-иммунологу.

### **Жалобы**

На приступообразный кашель при физической активности.

### **Анамнез заболевания**

- \* 2 месяца назад родители обратили внимание на периодический приступообразный кашель во время сна
- \* При бодрствовании физическая активность ребенка ограничена, периодически закашливается, вынужден отдыхать во время игры.
- \* Основываясь на опыте лечения обострений бронхолегочной дисплазии, родители самостоятельно проводят ингаляции глюкокортикостероидов перед сном и после прогулок, с положительным клиническим эффектом
- \* Проявлений пищевой и медикаментозной аллергии не отмечено

### **Анамнез жизни**

- \* Мальчик от 2 беременности, рожден на 27 неделе гестации, респираторная поддержка в неонатальном периоде.
- \* Наблюдался пульмонологом до 3 лет по поводу бронхолегочной дисплазии с повторными эпизодами бронхообструкции на фоне вирусных инфекций
- \* До 3 лет жизни периодически получал курсы ингаляционных глюкокортикостероидов во время обострений бронхолегочной дисплазии, сопровождавшихся бронхообструктивным синдромом



- \* Наследственный анамнез по аллергии не отягощен
- \* Отец мальчика курит

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Задержка физического развития.
- \* Кожные покровы обычной окраски, легкий периоральный и периорбитальный цианоз.
- \* Зев не гиперемирован, носовое дыхание не затруднено.
- \* Частота дыхательных движений в покое 28-32 в минуту.
- \* При аускультации легких – везикулярное дыхание с жестким оттенком, проводится равномерно, хрипы в легких не выслушиваются.

### **Значимым для постановки диагноза анамнестическим признаком является**

- задержка физического развития
- малопродуктивный кашель в течение дня
- снижение двигательной активности
- наличие повторяющихся эпизодов приступообразного кашля

### **Необходимым для постановки диагноза фактом анамнеза жизни является**

- пассивное курение в семье
- бронхолегочная дисплазия в анамнезе
- недоношенность
- респираторная поддержка в неонатальном периоде

### **Формирование бронхиальной астмы в исходе бронхолегочной дисплазии обусловлено**

- аномалиями развития бронхов
- гиперреактивностью бронхов
- пневмосклерозом
- эмфизематозным вздутием легочной ткани

### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз**

- аномалиями развития бронхов
- гиперреактивностью бронхов
- пневмосклерозом
- эмфизематозным вздутием легочной ткани

### **Диагноз**

**Вакцинопрофилактика у данного пациента должна включать вакцинацию**

- по национальному календарю профилактических прививок
- только комбинированными вакцинами
- только против респираторных патогенов
- только аттенуированными вакцинами

**Базисная терапия бронхиальной астмы данному ребенку включает**

- системные глюкокортикостероиды
- дозированные бронходилататоры
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
- антигистаминные препараты

**Препаратом стартовой терапии данного пациента является**

- будесонид для ингаляций через небулайзер
- лоратадин
- рупатадина fumarat
- фексофенадин

**Невозможность проведения результативной спирометрии у данного пациента связана с**

- отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу тяжелого состояния пациента
- отсутствием полноценного сотрудничества при проведении исследования в силу возраста пациента
- отсутствием показаний для проведения исследования данному пациенту
- невозможностью проведения исследования в связи с катаральными явлениями у пациента

**Отсутствие контроля над астмой в течение + \_\_\_+ месяцев при соблюдении правильной техники ингаляции и выполнении элиминационных мероприятий является показанием для перехода на следующую ступень лечения**

- 3-6
- 1-3
- 8-10
- 6-8

**С целью реабилитации больным с бронхиальной астмой вне обострения заболевания показан (-о, -ы)**

- занятия спортом с нагрузкой на грудную клетку
- санаторно-курортное лечение в санаториях бронхолегочного профиля

- курс иммуномодуляторов
- проживание в других климатических условиях

### **Дополнительная диагностика у ребенка с бронхиальной астмой включает**

- флоуметрию спокойного дыхания
- рентгенографию грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной полости с ангиоконтрастированием
- пневмосцинтиграфию

### **Первичная профилактика астмы во внутриутробном и неонатальном периодах включает**

- флоуметрию спокойного дыхания
- рентгенографию грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной полости с ангиоконтрастированием
- пневмосцинтиграфию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 8-ми лет с мамой на приеме врача – аллерголога-иммунолога.

### **Жалобы**

- \* На постоянную заложенность носа, обильное выделение из носа
- \* Чихание
- \* Периодическое чувство зуда в носу

### **Анамнез заболевания**

- \* С 5-ти лет стала беспокоить заложенность носа, особенно в утренние часы.
- \* Симптоматически использовали сосудосуживающие препараты в нос - с временным эффектом.
- \* В зимний период эпизоды заложенности носа с периодичностью 1 раз в неделю, в летний - ежедневно.
- \* Месяц назад были на пикнике в роще, где отмечалось обильное выделение из носа, чувство зуда в носу, приступы кашля, в терапии использовали ингаляции бронхолитиком - без выраженного эффекта.
- \* Дома живет кошка. Книжки в открытом доступе. Пользуются перьевыми подушками.
- \* Мама ребенка носитель HBsAg

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов в срок
- \* Профилактические прививки: по графику до 5 лет
- \* Диаскин тест проведен в этом году - отрицательный (норма)
- \* Наследственный анамнез – у старшего брата бронхиальная астма.

### **Объективный статус**

- \* Кожные покровы бледно-розовые, элементов патологической сыпи нет
- \* Зев розовый, гипертрофия миндалин II степени, миндалины чистые от наложений, по задней стенке стекает прозрачная слизь
- \* Носовое дыхание умеренно затруднено. Слизистая бледная, отечная
- \* При аускультации легких – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

### **Необходимым методом обследования для постановки диагноза является**

- флоуметрию спокойного дыхания
- рентгенографию грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной полости с ангиоконтрастированием
- пневмосцинтиграфию

### **Результаты обследования**

#### **С целью дифференциально-диагностического поиска необходимо провести**

- флоуметрию спокойного дыхания
- рентгенографию грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной полости с ангиоконтрастированием
- пневмосцинтиграфию

### **Результаты обследования**

**Учитывая жалобы, данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов обследования, пациенту можно выставить диагноз**

- флоуметрию спокойного дыхания
- рентгенографию грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной полости с ангиоконтрастированием
- пневмосцинтиграфию

## **Диагноз**

### **Консервативная терапия данного пациента включает**

- ограничение контакта с аллергенами
- проведение физиотерапевтических процедур
- проведение АСИТ
- применение сосудосуживающих капель

### **Препарат, купирующий симптомы аллергического ринита (зуд, чихание ринорея), относится к группе**

- антигистаминных препаратов
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- назальных деконгестантов
- $\beta$ -адреномиметиков

### **В качестве базисной терапии данному ребенку, с умеренно тяжелыми проявлениями аллергического ринита, рекомендуется назначить**

- интраназальные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- назальные холинолитики
- назальный натрия кромогликат

### **В качестве этиопатогенетического лечения аллергического ринита и выработки толерантности к индивидуальным сенсibiliзирующим аллергенам, данному ребенку необходимо рекомендовать**

- проведение анти-IgE-терапии
- назначение гипоаллергенной диеты
- применение системных кортикостероидов коротким курсом
- проведение аллерген-специфической иммунотерапии

### **Показанием к проведению аллерген-специфической иммунотерапии у данного ребенка является**

- наличие клинических проявлений, не подтвержденных лабораторно
- уровень специфических IgE 1 класса реакции и выше без симптоматики
- сопутствующая неконтролируемая бронхиальная астма
- уровень специфических IgE 2 класса реакции и выше

### **Для ограничения контакта с аллергенами клещей домашней пыли данному ребенку рекомендуется**

- держать закрытыми окна и двери в помещении, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице
- тщательно очищать увлажнители воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 50%
- ограничить контакт с животным, использовать противоаллергенный воздухоочиститель, регулярно проводить обработку препаратами для удаления аллергенов
- использовать специальные постельные принадлежности, чехлы на матрасах, применять акарициды, стирать при температуре выше 60 градусов

**Учитывая то, что в раннем возрасте ребенок был привит по схеме 0-1-2-12 месяцев, а также учитывая наличие HBsAg у матери, ему**

- необходимо определить антитела к гепатиту В. При титре антител ниже 100 МЕ/мл необходимо провести дополнительную вакцинацию
- необходимо сделать вакцинацию от гепатита без оценки титра антител
- не требуется ревакцинации, т.к. схема вакцинации 0-1-2-12 месяцев обеспечивает пожизненный иммунитет
- не требуется проведение дополнительной вакцинации

**Ребенку с аллергическим персистирующим ринитом вакцинация**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана
- показана только в весенний период

**Ребенку с диагнозом: Аллергический персистирующий ринит в первую очередь рекомендовано проведение вакцинации от**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана
- показана только в весенний период

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

На консультацию к аллергологу-иммунологу направлена девочка 3-х лет, находящаяся на госпитализации в отделении диагностики и восстановительного лечения с диагнозом: Острый обструктивный бронхит.

### **Жалобы**

На приступы затрудненного дыхания, сухой приступообразный кашель, шумное дыхание, осиплость голоса.

### **Анамнез заболевания**

- \* Девочка с 2 лет посещает детский сад, с этого периода ребенок начал часто болеть ОРВИ, на этом фоне отмечается длительный сухой приступообразный кашель (около 5-6 эпизодов в год).
- \* Со слов мамы: в период ОРВИ в ночное время у ребенка возникает шумное дыхание, дистантные сухие хрипы.
- \* В середине сентября, после дневной прогулки, где ребенок играл с опавшими листьями, внезапно возник приступ затрудненного дыхания. В связи с этим ребенок был госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «обструктивный бронхит». Заболевание не сопровождалось повышением температуры. В период госпитализации получала антибактериальную терапию будесонидом, беродуалом через небулайзер. Приступ купирован, на третий день после начала проведения антибактериальной терапии отмечалась мелкопапулезная сыпь.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 2 физиологических родов в срок
- \* В раннем возрасте отмечались высыпания на коже щёк (на фоне введения прикорма), купировались к 1 году
- \* Профилактические прививки проведены по возрасту
- \* Проба Манту с 2 ТЕ ППДЛ - норма
- \* Наследственный анамнез отягощен: у матери сезонный аллергический ринит, конъюнктивит; у отца хроническая обструктивная болезнь легких, у старшей сестры поллиноз
- \* Дома живет собака, перьевые подушки, большое количество коллекторов пыли (ковры, мягкие игрушки).

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C.
- \* Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, отмечается периорбитальный цианоз.
- \* Катаральных явлений нет. Зев не гиперемирован. Носовое дыхание не затруднено.
- \* Частота дыхательных движений в покое 30 в минуту.
- \* При аускультации легких – выслушивается жесткое дыхание над всей

поверхностью легких, выслушиваются свистящие хрипы на фоне удлинённого выдоха.

**Значимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана
- показана только в весенний период

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана
- показана только в весенний период

**Результаты обследования**

**Дополнительным методом верификации диагноза у детей до 5 лет может быть проведение пробного курса базовой терапии**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана
- показана только в весенний период

**Результаты обследования**

**Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра, результатов проведенных лабораторных исследований и подтвержденной эффективности курса базовой терапии ИГКС в низких дозах, ребенку можно поставить диагноз**

- показана только в летний период
- показана вне обострения аллергического процесса, на фоне специфической терапии
- строго противопоказана



- показана только в весенний период

## **Диагноз**

**Рекомендации по ведению пациента с бронхиальной астмой должны включать**

- ношение защитной лицевой маски
- ограничение воздействия аллергенов
- проведение физиотерапевтических процедур
- длительное пребывание на свежем воздухе

**В качестве базовой терапии данному ребенку рекомендовано**

- ИГКС перорально
- антигистаминные препараты 1 поколения
- монотерапия низкими дозами ИГКС
- комбинация низкой дозы ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия

**Для быстрого купирования симптомов обострения бронхиальной астмы данному ребенку необходимо рекомендовать**

- антихолинергические средства
- комбинацию низкой дозы ИГКС и  $\beta_2$ -агониста длительного действия
- пероральные короткодействующие бронходилататоры
- ингаляционные короткодействующие  $\beta_2$ -агонисты

**Снижение объема терапии при достижении и сохранении стабильного контроля бронхиальной астмы рекомендовано проводить не ранее чем через + \_\_\_\_ + месяца(ев)**

- 18
- 3
- 12
- 6

**Учитывая возраст ребенка, в качестве дополнения к ранее назначенной терапии могут быть добавлены**

- антигистаминный препарат первого поколения в удвоенной дозе
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- генно-инженерная биологическая терапия
- стабилизаторы мембран тучных клеток

**При наличии бронхиальной астмы проведение вакцинации против гриппа**

- рекомендовано только при условии полной вакцинации согласно Календарю профилактических прививок
- противопоказано в связи с высоким риском развития анафилактических реакций
- рекомендовано
- противопоказано в связи с риском ухудшения контроля базисной терапии

### **Назначение ребенку в возрасте 2,5 лет антибиотикотерапии по поводу обструктивного бронхита без повышения температуры является**

- методом диагностики ex juvantibus
- одним из методов лечения
- ошибочной тактикой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений

### **Обострение средней степени тяжести у детей 5 лет и младше рекомендовано лечить в**

- методом диагностики ex juvantibus
- одним из методов лечения
- ошибочной тактикой ведения
- мерой профилактики инфекционных осложнений

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 10 лет в отделении аллергологии городской больницы.

### **Жалобы**

На распространенные эритематозные высыпания на коже с интенсивным зудом, особенно в ночные часы, отсутствие эффекта от проводимой амбулаторно терапии.

### **Анамнез заболевания**

\* Ребёнок от 2-й беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3400г. Рост 54см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

\* Грудное вскармливание - до 2 мес., с 2 мес. – на искусственном вскармливании молочными смесями, а с 5 мес. – на гидролизованной смеси Фрисопеп АС. Прикорм с 10-ти месяцев, переносимость удовлетворительная. Лекарственная аллергия не отмечено.

\* Перенесенные заболевания: в. оспа, ОРВИ - редко.

\* Профилактические прививки - до 1 года – по календарю, далее – медотвод.

\* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у мамы – экзема, у бабушки, по линии мамы, - экзема.

\* Дома – элиминационный быт соблюдают.

### **Анамнез жизни**

\* С 3-х мес. – локализованные проявления атопического дерматита, с 6 мес. – распространение АД на весь кожный покров. С 2 лет до 4 лет – уменьшение проявлений АД. С 4- лет – распространение высыпаний по всему кожному покрову, присоединение вторичной инфекции. Связи с приемом тех или иных продуктов – нет. Сезонности проявлений АД– нет. Явлений элиминации – нет. Течение – неуклонно-рецидивирующее, максимальная ремиссия - 2 недели.

\* За последний год – 5 обострений АД, три последних из которых требовали назначения системной терапии преднизолоном (в течение 2-х недель курсом) – без улучшения.

\* Настоящее обострение в течение 2-х месяцев. Терапия – адвантан, пимафуцин, элоком, локоид, нафтадерм, банеоцин – без эффекта, в связи с чем проводилась терапия супрастином парентерально, дексаметазоном парентерально (7 дней) – с временным улучшением, после отмены – резкое ухудшение состояния в виде распространения кожного процесса и присоединения вторичной инфекции, усиления зуда. В связи с отсутствием эффекта от терапии в амбулаторных условиях направлен на госпитализацию.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние средне-тяжелое. Признаков интоксикации – нет.

Температура тела 36,5°C. Сон нарушен из-за зуда. Аппетит сохранен.

\* Кожные покровы – выраженная сухость всего кожного покрова, эритематозные высыпания с гиперемией в локтевых, коленных сгибах, на шее, ягодицах, животе; на верхних и нижних конечностях – мокнущие высыпания с участками инфильтрации и признаками вторичного инфицирования в виде обильных желтых корочек; множественные расчесы с геморрагическими корочками. Индекс SCORAD - 68,8. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Слизистые – чистые. Лимфоузлы – не увеличены.

\* Носовое дыхание –не затруднено, отделяемого - нет. ЧД – 18. Одышки – нет. В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС –82

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

\* В общем анализе крови – эозинофилия до 16,3%, остальные показатели – в пределах нормы.

### **Индекс SCORAD у детей старше 7 лет рассчитывается по формуле**

- $A/2\{plus\}5B/2\{plus\}C$

- $A/5 + 7B/2 + C$
- $A/5 + 7B/2$
- $A/4 + 5B/2$

**Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от +\_\_+ до**

- 10; 115
- 1; 100
- 5; 100
- 0; 103

**Полученное значение индекса SCORAD свидетельствует о +\_\_\_\_+ атопическом дерматите у ребенка**

- тяжелом
- легком
- средне-тяжелом
- умеренном

**Для оценки площади поражения кожи у пациента может быть применено правило «ладони», что соответствует +\_\_+ % всей поверхности кожи**

- 1
- 5
- 10
- 8

**В качестве наружного средства для лечения обострения атопического дерматита мальчику следует назначить**

- комбинированный препарат, содержащий 2 компонента
- комбинированный препарат, содержащий 3 компонента
- наружный препарат на основе дегтя и анилиновый краситель
- активированный пиритион цинка

**Кратность нанесения наружного средства при этом будет определяться**

- длительностью заболевания
- тяжестью и распространенностью заболевания
- особенностями его фармакокинетики
- возрастом пациента

**Учитывая тяжесть течения атопического дерматита, необходимо назначить**

- удвоенную дозу антигистаминного препарата 2 поколения

- комбинацию антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения
- системную иммуносупрессивную терапию метилпреднизолоном
- системную иммуносупрессивную терапию циклоспорином А

**При назначении циклоспорина А нужно придерживаться следующих доз + \_\_\_\_\_ + мг/кг/сутки**

- 2,5 -5,0
- 1,5 -3,0
- 0,5-2,5
- 3- 6

**При назначении циклоспорина А, мальчику необходимо проводить мониторинг показателей**

- билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы сыворотки крови
- иммуноглобулинов А, М, G, Е, АСТ, АЛТ сыворотки крови
- мочевины, калия, креатинина сыворотки крови и АД
- показателей общего анализа крови и АД

**В последующем для длительной поддерживающей (проактивной) наружной терапии может быть назначен**

- гидрокортизон
- пимекролимус
- такролимус
- метилпреднизолон

**При амбулаторном наблюдении консультация дерматолога должна проводиться 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 2 - 6
- 6 - 8
- 6 - 12
- 1 - 2

**Реабилитационные мероприятия при атопическом дерматите проводятся в зависимости от**

- 2 - 6
- 6 - 8
- 6 - 12
- 1 - 2

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На амбулаторном приеме аллерголога-иммунолога мальчик 6 лет 1 мес. с мамой по направлению педиатра для верификации диагноза бронхиальной астмы.

### Жалобы

На заложенность в груди, сухой приступообразный кашель с дистантными свистящими хрипами на фоне ОРВИ.

### Анамнез заболевания

- \* Ребёнок от 4-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 2-е, срочные, самостоятельные. Масса при рождении 3000 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм введен с 5,5 мес. – по графику, переносимость удовлетворительная.
- \* Профилактические прививки по Национальному календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, обструктивный бронхит (6 эпизодов) ветряная оспа.
- \* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: у старшего брата – бронхиальная астма, у мамы - экзема.
- \* Дома – квартира – сухая, постельные принадлежности – синтепоновые, животных нет. Старший брат, отец - курят.

### Анамнез жизни

- \* До 3 лет – проявления АД. С 3 лет – ремиссия АД
- \* С 4-х лет – частая заболеваемость ОРВИ, с развитием обструктивных бронхитов. Все ОРВИ – с сухим приступообразным кашлем, дистантными свистящими хрипами (6 эпизодов). Вне ОРВИ – хрипы не выслушиваются. На фоне ОРВИ – при физической нагрузке – усиление кашля, экспираторная одышка. Вне ОРВИ переносит физические нагрузки - удовлетворительно.
- \* Терапия – лазолван – с ухудшением симптомов; аминофиллин – со значимым улучшением симптомов. Антибактериальная терапия – несколько курсов.
- \* Ребенку педиатром назначен на 2 мес. сингуляр – без эффекта. Пульмикорт через небулайзер коротким курсом (3-5 дней) – с положительным эффектом. При попытке назначения сальбутамола – тахикардия, тремор рук (несколько попыток применения препарата разных производителей)
- \* Аллергологически не обследовался.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,2°C. Положение ребенка активное. Вес 21 кг.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – не затруднено. ЧД – 22. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких – жестковатое дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 77.
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный. Дизурических явлений – нет.
- \* ФВД методом спирометрии (на приеме) – ОФВ<sub>1</sub> – 84%

**В данной ситуации целесообразно проведение диагностического теста с бронхолитиком, при этом диагностически значимым приростом ОФВ<sub>1</sub> для верификации диагноза бронхиальной астмы будет прирост  $\geq + \_\_\_ +\%$  или  $+ \_\_\_ +$  мл**

- 12; 200
- 12; 150
- 15; 200
- 15; 150

**Пациенту следует рекомендовать в домашних условиях проведение пикфлоуметрии и разъяснить, что диагностическим критерием бронхиальной астмы будет суточная вариабельность пиковой скорости выдоха (ПСВ) более  $+ \_\_\_ + \%$**

- 15
- 10
- 18
- 13

**Диагностически важным для верификации диагноза бронхиальной астмы будет прирост пиковой скорости выдоха (ПСВ) по крайней мере на  $+ \_\_\_ + \%$  на фоне ингаляции бронхолитиком**

- 18
- 20
- 12
- 15

**Для подтверждения/исключения атопии у ребенка рекомендуется определение сенсibilизации при кожном тестировании и/или уровня**

- аллергенспецифических IgE в сыворотке крови
- эозинофилии в бронхо-альвеолярном лаваже
- общего IgE в сыворотке крови
- эозинофилии крови

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании острых состояний пациенту следует назначить**

- теофиллин замедленного высвобождения
- пероральный аминофиллин
- комбинированный препарат (фенотерол+ипратропия бромид)
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta$  2-агонист (ДДБА)

**Доза бронхолитика при проведении небулайзерной терапии должна быть + \_\_\_\_\_ + мл**

- 2,0
- 1,5
- 0,5 – 1,0
- 1,0 - 1,5

**Ребенку следует назначить пробный курс базисной терапии**

**+ \_\_\_\_\_ + , что будет еще и дополнительным критерием постановки диагноза бронхиальной астмы**

- беродуалом
- недокромилем натрия
- ингаляционным глюкокортикостероидом
- теофиллином замедленного высвобождения

**У данного пациента при назначении терапии ИГКС следует выбрать монотерапию + \_\_\_\_\_ + дозами**

- низкими
- средними
- очень высокими
- высокими

**Пробную базисную терапию следует назначить на + \_\_ + мес**

- 12
- 6
- 9
- 3



**При отсутствии контроля над заболеванием на фоне рекомендованной терапии возможно увеличение объема базисной терапии за счет**

- добавления в терапию тиотропия бромида
- добавления в терапию теофиллина замедленного высвобождения
- повышения дозы ИГКС до высокой
- назначения низких доз ИГКС в сочетании с ДДБА

**При проведении самоконтроля данные \_\_\_\_\_ следует рекомендовать в качестве косвенного показателя текущего состояния**

- спирометрии
- пикфлоуметрии
- осциллометрии
- бодиплетизмографии

**Для профилактики обострений заболевания следует рекомендовать**

- спирометрии
- пикфлоуметрии
- осциллометрии
- бодиплетизмографии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 12 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога в поликлинике по направлению педиатра для подтверждения диагноза крапивницы и назначения терапии.

### **Жалобы**

На уртикарные высыпания на коже с зудом, жжением, отсутствие эффекта от терапии антигистаминными препаратами 1 и 2 поколения, топическими глюкокортикостероидами .

### **Анамнез заболевания**

\* От 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов. Вес при рождении - 3100, рост – 51 см. Неонатальный период – без особенностей.

\* Грудное вскармливание до 6 мес., с 6 мес. до 1 года 2 мес. – на смешанном вскармливании. Прикорм введен с 5 мес. - переносимость удовлетворительная

\* Профилактические прививки проведены по календарю, переносимость удовлетворительная.

- \* Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена.
- \* Дома – 6 этаж, есть пуховые подушки и одеяла, животных - нет.

### **Анамнез жизни**

- \* Ранний анамнез – не отягощен – проявлений АД, пищевой, лекарственной аллергии не было.
- \* Впервые в 10 лет появились уртикарные высыпания на верхних конечностях без явного причинного фактора, что купировалось самостоятельно достаточно быстро в течение 2-х недель. Однако через 6 мес. высыпания возобновились, стали частыми, распространились по всему кожному покрову и требовали постоянного приема антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения. Проявлениям крапивницы предшествует ощущение жара и зуда по всему кожному покрову.
- \* В течение последних 6 мес. уртикарные высыпания – ежедневно, в том числе на фоне приема антигистаминных препаратов, более 20 элементов за сутки. Элементы купируются в течение 12 часов и появляются на новых местах. Ангиоотеков – не бывает. Связи с приемом тех или иных продуктов не отмечает. Сезонности проявлений – нет. Эффекта элиминации – нет – при выезде в Черногорию высыпания сохранялись. Зависимости от ОРВИ – нет. Холодовой крапивницы – нет, реакции на солнце – нет. Связи с приемом пищи и последующей физической нагрузкой – нет.
- \* Терапия – супрастин, тавегил, зиртек, наружно - локоид. В течение последнего месяца – эриус в возрастной дозировке – без эффекта. Строгая диета (на 4-х продуктах) в течение 1 мес. – без эффекта.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,3°C. Активная, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, на шее, верхних конечностях, нижних конечностях – уртикарные высыпания (до 30 элементов с зудом), ангиоотеков - нет. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – не затруднено, отделяемого - нет. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 99. В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 90
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

### **Диагноз крапивницы у детей выставляется на основании**

- клинического осмотра
- аллергологического in-vitro обследования
- иммунологического обследования
- кожного прик-тестирования

**Для уртикарного элемента при крапивнице характерна «продолжительность жизни» элемента не более +\_\_+ часов**

- 36
- 12
- 48
- 24

**Учитывая данные анамнеза, можно думать о +\_\_\_\_\_+ крапивнице**

- острой спонтанной
- хронической спонтанной
- хронической индуцированной
- непрерывно-рецидивирующей

**Оценка тяжести крапивницы должна быть проведена во время осмотра на основании балльной шкалы**

- {nbsp}DLQI
- {nbsp}UAS 7
- {nbsp}UAS 3
- {nbsp}AE-QoL

**Вне зависимости от степени тяжести течения крапивницы препаратом первой линии следует рекомендовать**

- антигистаминный препарат 1 поколения
- антигистаминный препарат 2 поколения
- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- системный глюкокортикостероид

**Учитывая данные анамнеза, девочке необходимо назначить**

- системный иммуносупрессивный препарат
- увеличенную в 4 раза дозу антигистаминного препарата 2 поколения
- комбинацию антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения
- удвоенную дозу антигистаминного препарата 2 поколения

**Оценку эффективности предложенной девочке терапии следует провести через +\_\_\_\_\_+ недель(и)**

- 2 – 4
- 1 – 2

- 4 – 8
- 12

**При последующем осмотре в случае отсутствия эффекта от рекомендованного лечения следует рассмотреть вопрос о назначении**

- омализумаба
- реслизумаба
- дупилумаба
- меполизумаба

**Терапия моноклональным антителом будет соответствовать + \_\_\_\_\_ + линии терапии крапивницы**

- первой
- третьей
- четвертой
- второй

**Максимальный эффект терапии моноклональным антителом следует ожидать через + \_\_\_\_\_ + лечения**

- 8 недель
- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 12 недель

**Девочку, как и всех детей с хронической крапивницей, должен наблюдать амбулаторно**

- ревматолог
- педиатр
- аллерголог-иммунолог
- врач общей практики

**В амбулаторных условиях кратность наблюдения девочки вне обострения заболевания будет составлять 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- ревматолог
- педиатр
- аллерголог-иммунолог
- врач общей практики

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Девочка 13 лет в приемном отделении, доставлена бригадой скорой помощи.

## **Жалобы**

На разлитые уртикарные высыпания на коже с зудом, интенсивный зуд, ангиоотек губ, отсутствие эффекта от удвоенной дозы антигистаминных препаратов 2 поколения, парентеральных антигистаминных препаратов 1 поколения.

## **Анамнез заболевания**

- \* От 3 беременности, 2 срочных самостоятельных родов. Вес при рождении - 4300, рост – 51 см. Неонатальный период – без особенностей
- \* Грудное вскармливание до 1 года. Прикорм введен с 8 мес. - переносимость удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены по Национальному календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма.
- \* Дома – квартира – сухая, элиминационный быт соблюдают.

## **Анамнез жизни**

- \* Данных за АД, пищевую, лекарственную, эпидермальную, пыльцевую аллергию в раннем анамнезе - нет
- \* В 5 лет – впервые острая крапивница на фоне ОРВИ, что быстро самостоятельно купировалось.
- \* В 11 лет на фоне полного здоровья во время отдыха на море появились уртикарные высыпания, что связали изначально с повышенной инсоляцией. Однако высыпания сохранялись, рецидивировали и стали появляться по всему кожному покрову. Ангиоотеков не было. Связи с приемом тех или иных продуктов не отмечается. Сезонности проявлений – нет. Эффекта элиминации – нет (при выезде в другой регион) – высыпания сохраняются. Зависимости от ОРВИ – нет. Холодовой крапивницы – нет, реакции на солнце – нет.
- \* В течение последних 4 мес. уртикарные высыпания – ежедневно, в том числе на фоне приема удвоенной дозы антигистаминных препаратов 2 поколения, носят генерализованный разлитой характер. У девочки – интенсивный зуд, мешающий повседневной деятельности (школу не посещает в течение месяца). Уртикарные элементы купируются в течение суток, однако появляются на новых местах, ближе к вечеру. В течение последнего месяца появились ангиоотеки губ, ушей, что сохраняется в течение 2-х суток.
- \* Терапия по месту жительства – 14-дневный курс супрастина в возрастной дозировке, затем 14-дневный курс эриуса в возрастной дозировке, затем 14-

дневный курс эриуса в сочетании с тавегилом, затем 14-дневный курс эриуса в удвоенной дозе. В течение последних 2 недель (на фоне удвоенной дозы эриуса) – учащение ангиоотеков, по поводу чего вызывается бригада скорой помощи – на фоне парентеральной терапии супрастином и преднизолоном – кратковременное улучшение симптомов с последующим возобновлением прежней интенсивности.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние средне-тяжелое по заболеванию. Температура тела 36,8°C.
- \* Кожные покровы – генерализованные уртикарные высыпания по всему кожному покрову, ангиоотек верхней и нижней губ. Данных за ангиоотек гортани – нет. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – не затруднено, отделяемого - нет. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98 В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 90
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Для ангиотека при крапивнице характерна «продолжительность жизни» элемента не более +\_\_+ часов**

- 72
- 24
- 18
- 48

**Для уртикарного элемента при крапивнице характерна «продолжительность жизни» элемента не более +\_\_+ часов**

- 24
- 12
- 48
- 36

**Следует провести оценку тяжести крапивницы на основании балльной шкалы**

- {nbsp}UAS3
- {nbsp}UAS7
- {nbsp}DLQI
- {nbsp}AE-QoL

**По клиническим проявлениям и балльной оценке симптомов можно говорить о +\_\_+ степени тяжести крапивницы**

- I

- III
- IV
- II

**Учитывая тяжесть крапивницы, распространенность уртикарных поражений в сочетании с ангиоотекотом для купирования острых проявлений, следует рекомендовать**

- увеличенную в 4 раза дозу антигистаминного препарата 2 поколения
- комбинацию антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения
- системный антигистаминный препарат 1 поколения
- системный глюкокортикостероид

**Доза системной стероидной терапии составляет +\_\_\_+ мг/кг/сутки (не более +\_\_+ мг/сутки)**

- 1 - 4 ; (60)
- 1 – 2 ; (50)
- 2 – 5 ; (70)
- 3 – 6 ; (90)

**Системную стероидную терапию следует назначить на +\_\_\_\_\_+ дня/дней**

- 3- 7
- 1-2
- 7-14
- 10 –14

**Учитывая отсутствие эффекта от удвоенной дозы антигистаминного препарата 2 поколения, после купирования острых симптомов следует назначить**

- дупилумаб
- реслизумаб
- омализумаб
- меполизумаб

**Терапия моноклональным антителом должна быть назначена в дозе +\_\_\_+ мг**

- 150
- 450
- 600
- 300

**Максимальный эффект терапии моноклональным антителом следует ожидать через +\_\_\_\_\_+ лечения**

- 12 месяцев
- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев

**Длительность стационарного этапа оказания медицинской помощи может составлять от +\_\_+ до +\_\_\_+ койко-дней**

- 14; 28
- 1; 3
- 7; 14
- 10; 21

**В амбулаторных условиях кратность наблюдения девочки вне обострения заболевания будет составлять 1 раз в +\_\_\_+ месяцев**

- 14; 28
- 1; 3
- 7; 14
- 10; 21

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 7 лет 2 мес. с мамой на приеме аллерголога-иммунолога. Направлен педиатром для уточнения диагноза ринита и подтверждения аллергического генеза симптомов.

### **Жалобы**

На выраженную заложенность носа, особенно в ночные часы, эпизодически ринорею, неэффективность проводимой (в том числе хирургической) терапии.

### **Анамнез заболевания**

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до 3 мес., далее – на искусственном вскармливании молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены по календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у мамы – поллиноз, у бабушки по линии мамы - бронхиальная астма.
- \* Дома – 1этаж, пуховые подушки и одеяла, ковры, книги на открытых полках.



## **Анамнез жизни**

- \* С 4-х месяцев до 1 года – локализованные проявления атопического дерматита (АтД) . С 2-х лет – ремиссия АтД.
- \* С 3 лет (начал посещать дошкольные учреждения) – заложенность носа, ринорея, что длительно расценивалось как ОРВИ, получал терапию антибиотиками, противовирусными препаратами, деконгестантами, иммуномодуляторами. В летний период отмечалось – улучшение симптомов заложенности носа.
- \* С 4,5 лет – усиление заложенности носа, плохой сон, что длительно расценивалось как аденоидные разрастания. Терапия – деконгестанты (длительными курсами), гомеопатия – без улучшения состояния.
- \* В 6 лет – аденотомия – без значимого улучшения по симптомам заложенности носа.
- \* Заложенность носа – круглогодичная, эпизодически отмечается ринорея. Симптомы отмечаются ежедневно (более 4 дней в неделю). Есть эффект элиминации – при выезде на море в летний период – значимое улучшение в виде купирования заложенности носа. Четкой сезонности проявлений – нет, однако есть ухудшение во влажный период. Сон – нарушен. В течение последних 6 мес. отмечает усиление заложенности, ринорею, многократные чихания при контакте с домашней пылью.
- \* Терапия – супрастин, тавегил, кетотифен, ксимелин - без эффекта. Короткий курс (10 дней), по рекомендации педиатра, назонексом – с некоторым улучшением, однако после отмены препарата –возобновление симптомов.

## **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,1°C. Активный, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – резко затруднено, дышит «открыв рот». Отделяемое – скудное слизистое, белого цвета. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 88.
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**В качестве основного физикального метода обследования для диагностики аллергического ринита врач должен провести**

- риноскопию
- риноманометрию
- ларингоскопию
- эндоскопию

**Продолжительность симптомов, по данным анамнеза, свидетельствует о том, что заболевание имеет**

- рецидивирующий характер
- непрерывно-рецидивирующий характер
- персистирующий характер
- интермиттирующий характер

**Для подтверждения/исключения атопии у ребенка и планирования дальнейшей терапии рекомендуется определение сенсibilизации при кожном тестировании и/или уровня**

- эозинофилии крови
- общего IgE в сыворотке крови
- эозинофилии в мазке слизистой носа
- специфических IgE в сыворотке крови

**Речь будет идти об аллергическом рините, если при осмотре слизистая полости носа будет**

- гиперемированной
- гиперемированной и отечной
- бледной, цианотичной
- мраморной и отечной

**В качестве препарата первой линии данному пациенту следует назначить**

- препарат кромоглициевой кислоты
- интраназальный глюкокортикостероид
- местный антигистаминный препарат
- антигистаминный препарат 1 поколения

**При назначении объема терапии также нужно учесть, что вне зависимости от степени тяжести течения аллергического ринита в качестве базовой терапии следует рекомендовать**

- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- антигистаминный препарат 1 поколения
- антигистаминный препарат 2 поколения
- препарат кромоглициевой кислоты

**Для повышения эффективности интраназальных глюкокортикостероидов пациенту следует рекомендовать**

- применение пероральных антигистаминных препаратов
- предварительное очищение носовой полости от слизи
- применение топических антигистаминных препаратов
- применение назальных холинолитиков

**Пациента следует предупредить, что возможным нежелательным побочным явлением при лечении аллергического ринита интраназальным глюкокортикостероидом может быть**

- снижение скорости роста
- повышение массы тела
- снижение уровня кортизола
- носовое кровотечение

**В случае подтверждения Ig-E зависимого механизма заболевания следует рассмотреть вопрос о назначении пациенту**

- антагонистом лейкотриеновых рецепторов
- аллергенспецифической иммунотерапии
- иммуносупрессивной терапии циклоспорином А
- анти-IgE терапии омализумабом (ксоларом)

**При выборе метода аллергенспецифической иммунотерапии сублингвальный будет иметь преимущества по сравнению с парентеральным в связи с более**

- широкими показаниями
- благоприятным профилем безопасности
- высокой эффективностью
- выгодным фармако-экономическим профилем

**Действенным методом профилактики обострений аллергического ринита у пациента будет ограничение контакта с**

- причинно-значимым аллергеном
- больными с вирусной инфекцией
- больными с бактериальной инфекцией
- больными с грибковой инфекцией

**Вне обострения кратность наблюдения детей с аллергическим ринитом в амбулаторных условиях составляет 1 раз в + \_\_\_ + мес**

- причинно-значимым аллергеном
- больными с вирусной инфекцией
- больными с бактериальной инфекцией

- больными с грибковой инфекцией

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Девочка 5 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога в поликлинике по направлению педиатра.

### Жалобы

На заложенность носа, чихание, ринорею, побочные явления при проведении терапии назальными стероидами.

### Анамнез заболевания

- \* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.
- \* На грудном вскармливании до года. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены по календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственный анамнез – отягощен: у бабушки по линии папы – поллиноз, бронхиальная астма.
- \* Дома – 6 этаж, есть пуховые подушки и одеяла, животных - нет.

### Анамнез жизни

- \* С 1 года – заложенность носа, ринорея, что длительно расценивалось как ОРВИ, часто-болеющий ребенок. Получала терапию антибиотиками, иммуномодуляторами, противовирусными препаратами. При выезде в Ростовскую область к бабушке –заложенности носа не отмечали
- \* С 4 лет – усиление заложенности носа, особенно в ночные часы, храп, в связи с чем педиатр направил на консультацию к лор-врачу. В 4,5 года осмотрена лор-врачом, выставлен диагноз аденоиды 3 степени, рекомендована аденотомия. Назначено лечение назонексом на 1 мес. – с заметным положительным эффектом – улучшение носового дыхания. Однако в последующем в связи с развитием носовых кровотечений, назонекс был отменен.
- \* Заложенность носа – практически ежедневно, эпизодически отмечается ринорея. Есть эффект элиминации – при выезде к бабушке в Ростовскую область, а также на море в летний период – значимое улучшение в виде купирования заложенности носа. Сезонности проявлений – нет. Сон – не нарушен.
- \* При попытке педиатром возобновить терапию назальными стероидами (назонекс, авамис) – кровянистые выделения из носа, в связи с чем терапия отменяется. Супрастин, тавегил – с небольшим положительным эффектом по

уменьшению заложенности носа. Кромоглициевая кислота в виде назального спрея – без улучшения.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,3°C. Активная, аппетит сохранен.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – резко затруднено, отделяемое – скудное слизистое, белого цвета. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 99. В легких – пуэрильное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 92.
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Для подтверждения диагноза аллергического ринита следует провести**

- ларингоскопию
- риноскопию
- эндоскопию
- риноманометрию

**Наличие аллергического ринита будет подтверждено , если при осмотре слизистая полости носа окажется**

- мраморной и отечной
- бледной, цианотичной
- гиперемированной и отечной
- гиперемированной

**Учитывая данные жалоб, анамнеза, осмотра, пациенту может быть поставлен предполагаемый диагноз**

- мраморной и отечной
- бледной, цианотичной
- гиперемированной и отечной
- гиперемированной

### **Диагноз**

**Для подтверждения/исключения атопии у ребенка и планирования дальнейшей терапии рекомендуется определение сенсibilизации при кожном тестировании и/или уровня**

- эозинофилии крови

- эозинофилии в мазке слизистой носа
- общего IgE в сыворотке крови
- специфических IgE в сыворотке крови

**Вне зависимости от степени тяжести течения аллергического ринита в качестве базовой терапии следует рекомендовать**

- антигистаминный препарат 1 поколения
- местный антигистаминный препарат
- антигистаминный препарат 2 поколения
- интраназальный глюкокортикостероид

**Средством первой линии терапии аллергического ринита у данного пациента является**

- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- интраназальный глюкокортикостероид
- антигистаминный препарат 1 поколения
- препарат кромоглициевой кислоты

**Рекомендуемая суточная доза монтелукаста у пациентки будет + \_\_\_\_ + мг**

- 4
- 10
- 5
- 2,5

**В случае выраженной назальной обструкции девочке можно будет рекомендовать деконгестанты, предупредив, что длительность их применения не может быть более + \_\_\_\_ + дней**

- 5 – 7
- 3 – 5
- 14
- 10

**При подтверждении Ig-E зависимого механизма заболевания, по результатам аллергологического обследования, следует рассмотреть вопрос о назначении девочке**

- иммуносупрессивной терапии циклоспорином А
- аллергенспецифической иммунотерапии
- анти-IgE терапии омализумабом (ксоларом)
- антагонистом лейкотриеновых рецепторов

**При выборе метода аллергенспецифической иммунотерапии сублингвальный будет иметь преимущества по сравнению с парентеральным в связи с более**

- высокой эффективностью
- выгодным фармако-экономическим профилем
- широкими показаниями
- благоприятным профилем безопасности

**Комплексное обследование с динамическим контролем состояния, определением изменений спектра сенсibilизации, консультации других специалистов амбулаторно следует рекомендовать 1 раз в + \_\_\_+ месяцев**

- 3 – 6
- 9 – 12
- 6 – 12
- 12 – 18

**Вне обострения кратность наблюдения детей с аллергическим ринитом в амбулаторных условиях составляет 1 раз в + \_\_\_+ месяцев**

- 3 – 6
- 9 – 12
- 6 – 12
- 12 – 18

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 6 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога по рекомендации педиатра частной клиники для проведения провокационных проб с аллергенами, проведения аллергообследования, уточнения диагноза ринита и коррекции терапии.

### **Жалобы**

На заложенность носа, ринорею, чихания.

### **Анамнез заболевания**

\* Ребенок от 1 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.

\* С рождения – на искусственном вскармливании молочными смесями.

Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная

\* Профилактические прививки проведены по индивидуальному календарю, переносимость удовлетворительная.

- \* Наследственный анамнез – отягощен: у мамы – пищевая аллергия, эпидермальная аллергия, у папы – круглогодичный аллергический ринит
- \* Дома – элиминационный быт соблюдают.

### **Анамнез жизни**

- \* С 2-х месяцев до 1 года – локализованные проявления атопического дерматита (АтД) на лице. С 1 года – ремиссия АтД.
- \* С 3 лет, со слов мамы, в осенне-зимне-весенний период часто болеет ОРВИ, что проявляется длительной ринореей и заложенностью носа.
- \* В 4 года выставлен диагноз аденоидов 2 – 3 степени, предложена аденотомия, мама отказалась.
- \* Заложенность носа, ринорея – в течение всего года, особенно при контакте с домашней пылью, ковровыми покрытиями в детском саду, а также перьевой подушкой в детском саду. Симптомы отмечаются более 4 дней в неделю. Об эффекте элиминации судить сложно, т.к. девочка никуда не выезжала. Однако после удаления из домашнего окружения перьевых подушек, ковров – улучшение состояния – прекратились чихания, уменьшилась интенсивность ринореи. Сезонности проявлений – нет. Сон – не нарушен, эпизодически - храп.
- \* Девочку наблюдает педиатр амбулаторно, на консультацию к аллергологу не направлялась.
- \* Месяц назад мать самостоятельно обратилась в частную клинику, где педиатром проведено обследование – выявлена незначительная относительная эозинофилия периферической крови; повышение уровня эозинофильного катионного протеина; в мазке из слизистой носа – 10- 15 эозинофилов. В течение месяца на терапии кетотифеном – без эффекта, в течение последней недели – кромогексал в нос – без значимого улучшения, на ночь супрастин – без улучшения.

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. Физическое развитие соответствует возрасту.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание – резко затруднено, дыхание – через рот. Отделяемое – слизистое, белого цвета, скудное. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких –везикулярное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 80.
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.
- \* При риноскопии, выполненной на приеме – слизистая носа бледная, цианотичная



**В пользу диагноза аллергического ринита, помимо анамнеза, свидетельствуют данные**

- риноскопии
- эозинофильного катионного протеина
- эозинофилии мазка слизистой носа
- эозинофилии крови

**Продолжительность симптомов, по данным анамнеза, свидетельствует о том, что заболевание носит**

- хронический характер
- интермиттирующий характер
- рецидивирующий характер
- персистирующий характер

**Для подтверждения/исключения причинно-значимой сенсibilизации и планирования дальнейшей терапии рекомендуется**

- определение sIgE в сыворотке крови
- проведение кожных прик-тестов
- определение общего IgE в сыворотке крови
- проведение кожных скарификационных проб

**Проведение диагностических назальных провокационных тестов не может быть рекомендовано в связи с**

- отсутствием стандартизации
- возрастными ограничениями
- низкой реактивностью слизистой
- низкой диагностической значимостью

**Препаратом первой линии девочке будет назначен**

- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- местный антигистаминный препарат
- антигистаминный препарат 1 поколения
- интраназальный глюкокортикостероид

**Вне зависимости от степени тяжести течения аллергического ринита в качестве базовой терапии девочке следует рекомендовать**

- антигистаминный препарат 2 поколения
- препарат кромоглициевой кислоты

- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- антигистаминный препарат 1 поколения

**Чтобы повысить эффективность интраназальных глюкокортикостероидов нужно обязательно рекомендовать**

- применение назальных холинолитиков
- применение пероральных антигистаминных препаратов
- применение топических антигистаминных препаратов
- предварительное очищение носовой полости от слизи

**Деконгестант может быть рекомендован на начальном этапе терапии в случае**

- нарушения обоняния
- выраженной ринореи
- выраженной назальной обструкции
- неэффективности глюкокортикостероидов

**Длительность терапии деконгестантами должна быть ограничена + \_\_\_+ днями**

- 3 – 5
- 14
- 5 – 7
- 10

**В случае подтверждения Ig-E зависимого механизма заболевания, по результатам аллергологического обследования, следует рассмотреть вопрос о назначении девочке сублингвальный аллергенспецифической иммунотерапии, имеющей преимущества по сравнению с парентеральной в связи с более**

- высокой эффективностью
- благоприятным профилем безопасности
- выгодным фармако-экономическим профилем
- широкими показаниями

**Маме пациентки следует объяснить, что дети с аллергическим ринитом должны наблюдаться амбулаторно**

- аллергологом
- педиатром
- оториноларингологом
- семейным врачом

**Кратность наблюдения девочки в амбулаторных условиях вне обострения составляет 1 раз в +\_\_\_+ мес**

- аллергологом
- педиатром
- оториноларингологом
- семейным врачом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 7 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога в поликлинике . Направлена педиатром для подтверждения диагноза атопический дерматит и назначения терапии.

### **Жалобы**

На эритематозные высыпания на коже с зудом.

### **Анамнез заболевания**

Ребёнок от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии, 1 срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3950 г. Рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

\* Грудное вскармливание - до 5 мес., с 5 до 7 мес. на смешанном, далее в связи с проявлениями пищевой аллергии переведена на искусственное вскармливание лечебной смесью. Прикорм с 6-ти месяцев (безмолочные каши, овощное пюре) переносимость удовлетворительная. Лекарственная аллергия не отмечено.

\* Перенесенные заболевания: ОРВИ до 6-7 раз в год.

\* Профилактические прививки в соответствии с национальным календарем по индивидуальному графику

\* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у папы – аллергический ринит на шерсть и эпидермис животных, атопический дерматит.

\* Дома – элиминационный быт соблюдают.

### **Анамнез жизни**

\* С 2-х мес. – гиперемия, мокнущие щеки, что расценивалось как атопический дерматит. С 3-х лет – проявления АД распространились в области локтевых и коленных сгибов, на шею, ягодицы. До 2-х лет отмечали связь ухудшения с приемом молочных продуктов, в последние 2 года отмечают связь усиления зуда с приемом хлебобулочных изделий. Сезонности проявлений АД– нет. Явлений элиминации – нет. Течение – неуклонно-рецидивирующее, максимальная ремиссия 2 мес (обычно в летний период). За год – 2-3

обострения. Последний месяц отмечают обострение с интенсивным зудом, от терапии наружными стероидами отказываются из-за боязни побочных явлений.

\* Терапия – зиртек, ксизал, энтеросгель, супрастин, тавегил, атаракс – с небольшим улучшением. Наружная терапия – скинкап, ихтиоловая мазь, редко – локоид в сочетании с бепантеном. Увлажнение - атодерм бальзам интенсив.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,1°C. Активная, аппетит сохранен.

\* Кожные покровы – выраженная сухость всего кожного покрова, эритематозные высыпания с интенсивной гиперемией в локтевых, коленных сгибах, единичные расчесы. Слизистые – чистые, Лимфоузлы – не увеличены.

\* Носовое дыхание – не затруднено, отделяемого - нет. ЧД – 20. Одышки – нет. В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 82

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

### **Диагноз atopического дерматита выставляется на основании результатов**

- иммунологического обследования
- кожного прик-тестирования
- аллергологического in-vitro обследования
- клинического осмотра

### **Тяжесть проявлений atopического дерматита у ребенка следует оценить по шкале**

- {nbsp}SCORAD
- {nbsp}EASY
- {nbsp}ACQ
- {nbsp}SASSAD

### **Для подтверждения/исключения тех или иных триггеров, в том числе пищевых, девочке следует рекомендовать определение сенсibilизации по результатам**

- уровня sIgG4 в сыворотке крови
- уровня sIgE в сыворотке крови
- кожных скарификационных проб
- кожного прик - тестирования

**В случае назначения диагностической элиминационной диеты для выявления пищевого триггера оценка эффективности будет проведена в динамике спустя + \_\_\_\_ + недели**

- 4
- 3
- 1 – 2
- 2 - 4

**В качестве средства первой линии для лечения обострения атопического дерматита следует назначить**

- топический глюкокортикостероид
- препарат цинка
- анилиновый краситель
- наружный препарат на основе дегтя

**Кратность нанесения наружного средства при этом будет определяться**

- возрастом пациента
- тяжестью и распространенностью заболевания
- особенностями его фармакокинетики
- длительностью заболевания

**Маме девочки нужно объяснить, что разведение индифферентными мазями официальных топических глюкокортикостероидов сопровождается значимым снижением**

- местных побочных эффектов
- терапевтической эффективности
- системных побочных эффектов
- присоединения вторичной инфекции

**После купирования обострения девочке следует назначить пимекролимус, который относится к группе**

- топических глюкокортикостероидов
- системных иммуносупрессивных препаратов
- топических ингибиторов кальциневрина
- традиционных наружных средств

**Противовоспалительная активность пимекролимуса соответствует местному глюкокортикостероиду +\_\_+ класса активности**

- 1
- 3
- 4
- 2

**Назначенный девочке пимекролимус выпускается в форме**

- крема
- мази
- липокрема
- жирной мази

**Объем реабилитационных мероприятий девочке с атопическим дерматитом будет зависеть от**

- степени тяжести и характера течения
- возраста и длительности заболевания
- возраста и характера проводимой терапии
- наличия коморбидных состояний

**Амбулаторно консультация аллерголога-иммунолога проводится 1 раз в + \_\_\_\_ + мес**

- степени тяжести и характера течения
- возраста и длительности заболевания
- возраста и характера проводимой терапии
- наличия коморбидных состояний

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию к аллергологу-иммунологу обратилась мама с ребенком 9 месяцев.

### **Жалобы**

На высыпания на коже.

### **Анамнез заболевания**

- \* С 6 месяцев жизни беспокоят единичные высыпания на лице, груди и разгибательных поверхностях верхних конечностей
- \* Температура тела оставалась в пределах возрастной нормы
- \* Проводилось лечение наружными средствами с увлажняющим действием – без видимого эффекта

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических родов в срок
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному

календарю.

- \* Наследственный анамнез отягощен: у отца пищевая аллергия
- \* Находится на грудном вскармливании
- \* Прибавка в весе достаточная по возрасту
- \* Прикорм введен с 6 месяцев (молочные каши)

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. Ребенок активный, аппетит сохранен
- \* Кожные покровы умеренно сухие, отмечается легкая гиперемия щек
- \* Высыпания локализованы на щеках и в области груди единичными бледными папулами

### **Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- степени тяжести и характера течения
- возраста и длительности заболевания
- возраста и характера проводимой терапии
- наличия коморбидных состояний

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, ребенку можно поставить диагноз**

- степени тяжести и характера течения
- возраста и длительности заболевания
- возраста и характера проводимой терапии
- наличия коморбидных состояний

### **Диагноз**

#### **Этиологическое лечение данного пациента включает**

- исключение из питания матери и ребенка мяса говядины и продуктов, содержащих белки коровьего молока
- перевод ребенка на искусственное вскармливание адаптированной гипоаллергенной смесью на основе коровьего молока
- перевод ребенка на смешанное вскармливание: сохранение грудного вскармливания и докорм ребенка стандартной адаптированной смесью на основе козьего молока
- сохранение грудного вскармливания без какого-либо изменения рациона матери

**Минимальный срок назначения безмолочной диеты составляет +\_\_+ месяцев**

- 9
- 8
- 6
- 7

**Проведение вакцинации ребенку с аллергией к белку коровьего молока в периоде ремиссии и подострой фазы происходит согласно срокам**

- элиминационной диеты, проводимой у ребенка
- национального календаря профилактических прививок
- календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям
- прорезывания зубов у ребенка данного возраста

**Для купирования зуда данному ребенку необходимо назначить**

- хлоропирамин
- цетиризин
- дифенгидрамин
- фексофенадин

**При среднетяжелой форме атопического дерматита средствами первой линии для наружной терапии являются**

- местные глюкокортикостероиды
- препараты на основе облепихи/облепихового масла
- ингибиторы кальциневрина
- увлажняющие крема

**Введение продуктов прикорма в рамках «окна толерантности» производится в возрасте +\_\_+ месяцев**

- 6-8
- 2-4
- 8-12
- 4-6

**Первичная профилактика аллергии к белкам коровьего молока (профилактика раннего дебюта атопии) включает**

- соблюдение безлактозной диеты матери в течение беременности
- применение матерью антигистаминных препаратов до и в течение беременности
- искусственное вскармливание с 4 месяцев жизни



- исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 месяцев

**Принцип постепенного расширения рациона детям с высоким риском развития атопии подразумевает введение не более +\_\_+ продукта/ов в неделю**

- 3
- 4
- 2
- 1

**Детям с аллергией к белкам коровьего молока, находящимся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании**

- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- цельное козье молоко
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

**При назначении смеси на основе высокогидролизованного молочного белка детям с аллергией к белкам коровьего молока, находящимся на искусственном вскармливании, оценку эффективности диеты проводят через +\_\_+ недель/недели**

- смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих
- цельное козье молоко
- смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот
- напитки из сои, риса, овса, миндаля, кокоса или каштана

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 16 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога в поликлинике. Направлен педиатром в связи с необходимостью уточнения диагноза и отсутствием эффекта от проводимой терапии.

## **Жалобы**

На разлитые уртикарные высыпания на коже шеи, конечностей, туловища с интенсивным зудом, ангиоотеки.

## **Анамнез заболевания**

- \* От 2 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов. Вес – 3200 г, рост 51 см.
- \* На грудном вскармливании до 1 года. Прикорм – с 5 мес., переносимость удовлетворительная
- \* Профилактические прививки проведены по индивидуальному календарю, переносимость удовлетворительная.
- \* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена – у мамы – поллиноз.
- \* Дома – квартира – сухая, элиминационный быт соблюдают.

## **Анамнез жизни**

- \* Ранний анамнез – АД – с 3-х мес. до 2-х лет (проявления локализованные, подострые). С 2-х лет – ремиссия АД.
- \* В раннем возрасте – пищевая аллергия на белок коровьего молока, в настоящий момент – данных за пищевую аллергию - нет.
- \* С 5 лет – явления сезонного аллергического ринита, сохраняющиеся по настоящее время, проявления – неинтенсивные в течение нескольких дней мая, легко купируются приемом антигистаминных препаратов 2 поколения. Не обследовался.
- \* В 11 лет появились уртикарные высыпания на шее, животе, что связали с употреблением кока-колы. Несмотря на строгую диету, высыпания сохранялись в течение 2-х месяцев, после чего отмечалась ремиссия в течение 3-х месяцев.
- \* Затем высыпания возобновились без явного причинного фактора, стали ежедневными, но единичными с небольшим зудом. Элементы иногда купировались самостоятельно, иногда на фоне супрастина.
- \* С 13 лет – возобновились уртикарные высыпания без видимой причины, стали распространенными по всему кожному покрову с интенсивным зудом, местами сливные. Связи с приемом тех или иных продуктов не отмечает. Сезонность проявлений – не отмечает. Эффекта элиминации – нет\*. \*Холодовой крапивницы – нет, реакции на солнце – нет. Связи с приемом пищи и последующей физической нагрузкой – нет. Элементы – купируются бесследно в течение 12 – 24 часов и возобновляются на новых участках. Ранее ангиоотеков – не было, в течение последних 2-х мес. – 2 эпизода ангиоотека губ.
- \* Терапия по месту жительства – в течение последнего месяца – левоцетиризин в возрастной дозировке в сочетании с гидроксизином – без эффекта

### **Объективный статус**

- \* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,2°C. Активный, аппетит не нарушен.
- \* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, на груди, верхних конечностях, нижних конечностях – уртикарные высыпания (до 40 элементов), ангиоотеков на момент осмотра - нет. Слизистые - чистые
- \* Носовое дыхание –не затруднено, отделяемого - нет. ЧД – 18. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких – везикулярное дыхание, хрипов - нет.
- \* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 90
- \* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

**Учитывая данные анамнеза, можно думать о + \_\_\_\_\_ + крапивнице**

- хронической индуцированной
- непрерывно-рецидивирующей
- острой спонтанной
- хронической спонтанной

**Для уртикарного элемента при крапивнице характерна «продолжительность жизни» элемента не более + \_\_+ часов**

- 36
- 24
- 12
- 48

**Для оценки тяжести крапивницы и в дальнейшем эффективности терапии должна быть применена балльная шкала**

- {nbsp}UAS 7
- {nbsp}AE-QoL
- {nbsp}DLQI
- {nbsp}UAS 3

**Для подтверждения/исключения атопии следует рекомендовать определение сенсibilизации**

- по степени эозинофилии в биоптате кожи
- при кожном прик-тестировании
- по степени эозинофилии в периферической крови
- по уровню sIgE к различным аллергенам

**Больной нуждается в назначении**

- комбинации антигистаминных препаратов 1 и 2 поколения
- удвоенной дозы антигистаминного препарата 2 поколения
- системного глюкокортикостероида
- увеличенной в 4 раза дозы антигистаминного препарата 2 поколения

**Контроль назначенной терапии должен быть проведен через + \_\_\_ + недель(и)**

- 2 – 4
- 1 – 2
- 4 – 8
- 12

**При неэффективности удвоенной дозы антигистаминного препарата 2 поколения целесообразно назначить терапию**

- омализумабом
- циклоспорином
- монтелукастом
- метотрексатом

**Только в случае неэффективности препаратов первой, второй и третьей линии может быть назначен**

- реслизумаб
- омализумаб
- монтелукаст
- циклоспорин А

**Циклоспорин А назначается в дозе + \_\_\_\_\_ + мкг/кг/сут**

- 2,5 - 5
- 3 – 6
- 1,5 – 4
- 0,5 - 2

**Продолжительность курса лечения циклоспорином А обычно составляет**

- 6 месяцев
- 8 недель
- 3 месяца
- 4 недели

**В случае госпитализации подростка длительность стационарного этапа оказания медицинской помощи может составлять от + \_\_\_ + до + \_\_\_ + койко-дней**

- 14; 28
- 10; 21
- 7; 14
- 3; 5

**Пациенту следует рекомендовать комплексное обследование с динамическим контролем состояния, консультации других специалистов по показаниям, что проводится 1 раз в + \_\_\_\_ + месяцев амбулаторно/в дневном стационаре**

- 14; 28
- 10; 21
- 7; 14
- 3; 5

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мальчик 7 лет с мамой на приеме аллерголога-иммунолога по направлению от педиатра для верификации диагноза бронхиальной астмы.

### **Жалобы**

На тяжесть в груди, экспираторную одышку, сухой приступообразный кашель на фоне ОРВИ с дистантными сухими хрипами, заложенность носа.

### **Анамнез заболевания**

\* Ребенок от 2 беременности, протекавшей физиологически, 2 срочных самостоятельных родов.

\* На грудном вскармливании до 3 мес., с 3-х мес. – на искусственном вскармливании молочными смесями. Прикорм – по возрасту, переносимость - удовлетворительная

\* Профилактические прививки проведены по календарю, переносимость удовлетворительная.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у старшего родного брата – атопический дерматит, поллиноз, у бабушки по линии мамы – поллиноз, у дедушки по линии мамы - бронхиальная астма.

\* Дома – элиминационный режим соблюдают.

### **Анамнез жизни**

\* До 1 года 10 мес. – жалоб не отмечалось.

\* С 1 года 10 мес. – в осенне-зимне-весенний период частые ОРВИ (как с повышением температуры, так и без), на фоне чего в 2 года 4 мес. – впервые

эпизод обструктивного бронхита с развитием одышки, сухого приступообразного кашля, синюшности, что потребовало госпитализации в стационар. С 3-х лет практически все эпизоды ОРВИ сопровождались развитием обструктивных проявлений разной степени интенсивности. Всего – 12 эпизодов обструктивного бронхита, зафиксированных в первичной (амбулаторной) документации. Трижды по этому поводу госпитализировался в стационар.

\* Наблюдается педиатром с диагнозом рецидивирующий обструктивный бронхит. Терапия – антибактериальные препараты (в течение последнего года не назначаются), пульмикорт и беродуал через небулайзер – в течение 3-4 дней.

\* С 5 лет появились жалобы на эпизоды постоянной заложенности носа, что расценивается как аденоидные разрастания, аденоидит. Предложена – аденотомия. Сезонности проявлений нет. Есть эффект элиминации - при выезде в другой регион – купирование симптомов заложенности носа.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние -удовлетворительное. Температура тела 36,1°C.

\* Кожные покровы – физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые – чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно.

\* Носовое дыхание – не затруднено. ЧД – 20. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 97. В легких – жесткое дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 82. АД- 110/70.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный.

\* Спирометрия (в день осмотра) – показатели внешнего дыхания в пределах нормы.

**В связи с нормальными показателями функции легких для постановки диагноза бронхиальной астмы необходимо провести исследование реакции дыхательных путей на**

- физическую нагрузку
- ингаляцию аллергеном
- ингаляцию метахолина
- ингаляцию гистамина

**В последующем при проведении спирометрии и теста с бронхолитиком бронходилатационный тест будет считаться положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) составляет не менее +\_\_+%, и при этом абсолютный прирост составляет +\_\_\_+ мл**

- 12; 200
- 15; 200

- 18; 200
- 15; 150

**Маме пациента следует рекомендовать проведение пикфлоуметрии в домашних условиях и объяснить, что диагностическим критерием бронхиальной астмы будет суточная вариабельность пиковой скорости выдоха (ПСВ) более + \_\_\_\_\_ + %**

- 13
- 18
- 15
- 10

**Также в пользу диагноза бронхиальной астмы при проведении самоконтроля будет свидетельствовать увеличение пиковой скорости выдоха (ПСВ) на + \_\_\_ + % после ингаляции бронхолитика**

- 15
- 20
- 12
- 18

**Для верификации диагноза бронхиальной астмы пациенту следует назначить пробную терапию**

- ингаляционным глюкокортикостероидом
- теофиллином с замедленным высвобождением
- тиотропия бромидом
- ингаляционным препаратом кромоглициевой кислоты

**При назначении стартовой базисной терапии предпочтение отдается монотерапии**

- очень высокими дозами
- высокими дозами
- средними дозами
- низкими дозами

**Продолжительность курса пробной базисной терапии должна быть + \_\_ + мес**

- 12
- 6
- 9
- 3

**Альтернативным методом терапии у данного пациента может быть назначение**

- длительнодействующего  $\beta_2$ -агониста (ДДБА)
- недокромила натрия
- теофиллина с замедленным высвобождением
- антагониста лейкотриеновых рецепторов

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при развитии симптомов бронхиальной астмы пациенту следует рекомендовать**

- тиотропия бромид
- пероральный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)
- ингаляционный короткодействующий  $\beta_2$ -агонист (КДБА)
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)

**Маме пациента следует разъяснить, что оценку эффективности бронхолитической терапии нужно проводить через +\_\_+ мин**

- 25
- 35
- 30
- 20

**Прогностическим показателем риска обострений при мониторинге и оценке приверженности терапии ингаляционными кортикостероидами является повышенный уровень**

- эозинофилии крови
- общего иммуноглобулина E в сыворотке крови
- эозинофилии мокроты
- оксида азота в выдыхаемом воздухе

**При проведении самоконтроля данные +\_\_\_\_\_+ следует рекомендовать в качестве косвенного показателя текущего состояния**

- эозинофилии крови
- общего иммуноглобулина E в сыворотке крови
- эозинофилии мокроты
- оксида азота в выдыхаемом воздухе

**Условие ситуационной задачи**



## **Ситуация**

Мальчик 5 лет 5 мес. с мамой на приеме аллерголога-иммунолога.

## **Жалобы**

На сухой приступообразный кашель с дистантными хрипами, тяжесть в груди, свистящие хрипы во сне вне заболевания, заложенность носа

## **Анамнез заболевания**

\* Ребёнок от 2-й беременности, протекавшей физиологически. Роды 2-е, срочные, путем Кесарева сечения. Масса при рождении 3660г. Рост 52см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

\* С рождения на искусственном вскармливании смесями на основе белка коровьего молока (НАН, Нутрилон). Прикорм введен с 7 мес. - каши, овощи, с 9 мес. кисломолочные продукты- переносимость удовлетворительная, далее – по графику.

\* Профилактические прививки по календарю, переносимость удовлетворительная.

\* Перенесенные заболевания: ОРВИ – до 9 раз в год, обструктивные бронхиты около 12 эпизодов, ротавирусная инфекция в 3,5 года, коксаки в 4 года.

\* Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: отец - бронхиальная астма, мать - аллергический ринит, старшая сестра-отеки Квинке, аллергический ринит, обструктивные бронхиты, бабушка по линии матери - пищевая аллергия (фисташки).

\* Дома – последний этаж, угловая квартира, была плесень в ванной на стенах, есть ковер, кошка, собака. Родители курят.

## **Анамнез жизни**

\* В 1,5 года впервые на фоне ОРВИ - сухой приступообразный кашель с дистантными сухими хрипами. В последующем все ОРВИ сопровождались сухим приступообразным кашлем с дистантными сухими хрипами. Несколько раз госпитализировался с подозрением на пневмонию.

\* Далее появились жалобы на внезапное возникновение сухих хрипов во сне, вне заболевания ОРВИ, проходящих самостоятельно.

\* Терапия: лазолван – с ухудшением симптомов; в последующем – вентолин (1/2 небулы) +пульмикорт (500 мкг/сут) – с положительным эффектом, однако на фоне ингаляции вентолином отмечают тремор рук, потливость, возбуждение.

\* Длительных курсов терапии пульмикортом не проводилось.

\* Педиатром назначен сингуляр на 3 месяца (на момент осмотра принимает препарат в течение 2,5 месяцев). Сохраняется сухой приступообразный кашель. Отмечался эпизод тяжести в груди на фоне перенесенных ОРВИ, была вызвана

скорая помощь и проводилась терапия дексаметазоном в/м.

\* Триггеры кашля и затрудненного дыхания: ОРВИ, красители в пище (вода с малиной), соки, кока-кола, сосательные леденцы красного цвета

\* С конца мая 2019 до сентября 2019 г. – впервые жалобы на заложенность носа, по поводу чего получал терапию деконгестантами (снуп, тизин) – без улучшения симптомов заложенности носа. С сентября 2019 – назонекс по поводу заложенности носа – со значимым положительным эффектом.

\* На контакт с домашней пылью, кошкой – зуд носа, чихание, зуд глаз.

\* Аллергологически не обследовался. В общем анализе крови – эпизодически умеренная относительная эозинофилия

### **Объективный статус**

\* Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Положение ребенка активное. Вес 20 кг.

\* Кожные покровы - физиологической окраски, достаточной влажности, чистые. Слизистые - чистые

\* Носовое дыхание – затруднено. ЧД – 22. Одышки – нет. SpO<sub>2</sub> – 98. В легких – жестковатое дыхание, хрипов - нет.

\* Сердечная деятельность – удовлетворительная. ЧСС – 99.

\* Живот – мягкий, б/б. Стул - регулярный. Дизурических явлений – нет.

\* ФВД методом спирометрии провести не удалось

### **Учитывая жалобы и данные анамнеза, можно думать о наличии у пациента**

- рецидивирующего обструктивного бронхита
- муковисцидоза
- бронхиальной астмы
- хронической пневмонии

### **Коморбидным состоянием, отягощающим течение основного заболевания, у пациента является**

- ротавирусная инфекция
- эозинофилия
- аллергический ринит
- эпидермальная аллергия

### **Для подтверждения/исключения атопии у ребенка рекомендуется определение сенсibilизации при кожном тестировании и/или уровня**

- общего IgE в сыворотке крови
- эозинофилии крови
- аллергенспецифических IgE в сыворотке крови
- эозинофилии в бронхо-альвеолярном лаваже

**В качестве дополнительной диагностики у пациента рекомендована оценка показателей функции внешнего дыхания методом**

- спирометрии
- бодиплетизмографии
- осциллометрии
- полисомнографии

**При выработке терапевтической тактики мальчику следует назначить**

- ингаляционный глюкокортикостероид
- кромоглициевую кислоту
- теofilлин замедленного высвобождения
- тиотропия бромид

**У данного пациента при назначении терапии ИГКС следует выбрать монотерапию + \_\_\_\_\_ + дозами**

- низкими
- высокими
- средними
- очень высокими

**Продолжительность курса базисной терапии для оценки контроля над заболеванием и возможности перехода на другую ступень терапии должна быть + \_\_ + мес**

- 12
- 3
- 9
- 6

**При отсутствии контроля над заболеванием на фоне рекомендованной терапии возможно увеличение объема базисной терапии за счет**

- повышения дозы ИГКС до высокой
- назначения низких доз ИГКС в сочетании с ДДБА
- добавления в терапию тиотропия бромида
- добавления в терапию теofilлина замедленного высвобождения

**В качестве препарата первой линии для оказания скорой помощи при купировании острых состояний пациенту следует назначить**

- комбинированный препарат (фенотерол{plus}ипратропия бромид)

- теофиллин замедленного высвобождения
- ингаляционный длительнодействующий  $\beta_2$ -агонист (ДДБА)
- пероральный  $\beta_2$ -агонист (КДБА)

**Доза бронхолитической терапии при проведении небулайзерной терапии в острых ситуациях должна быть + \_\_\_ + мл или + \_\_ + капель**

- 2; 20
- 0,5; 10
- 1; 15
- 1,5; 12

**В случае частой потребности в применении бронхолитиков нужно подумать о**

- переходе на прием теофиллина замедленного высвобождения
- переходе на прием аминофиллина
- переходе на прием перорального  $\beta_2$ -агониста
- замене базисной терапии

**Следует рекомендовать + \_\_\_\_\_ + для профилактики обострений заболевания**

- переходе на прием теофиллина замедленного высвобождения
- переходе на прием аминофиллина
- переходе на прием перорального  $\beta_2$ -агониста
- замене базисной терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подросток 15 лет самотеком с родителями в приемном отделении больницы.

### **Жалобы**

На приступ затрудненного дыхания, тяжесть в груди, нехватку воздуха, мучительный непродуктивный кашель без отхождения мокроты, отсутствие эффекта от терапии беродуалом, аминофиллином.

### **Анамнез заболевания**

\* От 1 беременности, протекавшей физиологически, 1 срочных самостоятельных родов.

\* На грудном вскармливании до 12 мес., Прикорм – по возрасту, переносимость – удовлетворительная.

\* Профилактические прививки – по календарю, переносимость

удовлетворительная.

\* Наследственный анамнез – отягощен: у мамы – бронхиальная астма, у папы – поллиноз, у бабушки по линии папы - поллиноз.

\* Дома – элиминационный быт соблюдает. Подросток курит.

### **Анамнез жизни**

\* С 2-х лет после начала посещения детского сада – частая и длительная заложенность носа, что расценивалось как ОРВИ, по поводу чего получал деконгестанты, противовирусную, антибактериальную терапию. В 4 года выставлен диагноз аденоидов 3 степени, проведена аденотомия – без улучшения носового дыхания. В 4,5 года впервые осмотрен аллергологом, выставлен диагноз аллергического ринита

\* В 5 лет – впервые приступ затрудненного дыхания, дистантные свистящие хрипы на фоне ОРВИ, что повторялось неоднократно.

\* В 7 лет выставлен диагноз бронхиальной астмы. Триггеры – ОРВИ, контакт с домашней пылью, физическая нагрузка, сырость, запахи лаков, красок. Базисная терапия – монтелукаст, фликсотид, серетид. Пикфлоуметрию проводит эпизодически.

\* Пациент не соблюдает рекомендаций, отказывается от базисной терапии. В течение последнего года – 4 обострения БА, что требовало госпитализации. Ежедневно сохраняются те или иные симптомы БА (одышка, сухой кашель, в том числе в ночные часы, плохая переносимость физической нагрузки). Ежедневно – беродуал до 12 ингаляций в сутки. В течение последних 2-х недель отмечает отсутствие эффекта от беродуала, тремор рук, в связи с чем стал принимать по 1 таб. эуфиллина – без улучшения состояния.

\* Курит.

\* Дома перед выездом в больницу матерью пациента сделана инъекция преднизолона (3мг) в/м. – с некоторым улучшением.

\* ПСВ при проведении пикфлоуметрии (на дому) – 38. В связи с нарастанием удушья самостоятельно приехал в стационар.

### **Объективный статус**

\* Общее состояние крайне тяжелое. Температура тела 37,0°C. Положение - вынужденное с фиксацией плечевого пояса. В сознании, но несколько заторможен.

\* Кожные покровы – синюшность носогубного треугольника, пальцев рук

\* Носовое дыхание – не затруднено. Экспираторная одышка. ЧД – 46. При дыхании отмечено втяжение межреберных промежутков, западение над- и подключичных ямок. Грудная клетка эмфизематозно вздута. При перкуссии – коробочный звук. Аускультативно выслушиваются зоны «немного легкого», единичные сухие хрипы. Пульс слабый, нитевидный, ЧСС - 120 в минуту, АД –

90/47.

\* Живот – мягкий, б/б.

**Клинические симптомы свидетельствуют о развитии**

- астматического статуса
- нозокомиальной пневмонии
- пневмоторакса
- ателектаза легких

**Помимо клинических проявлений при определении степени тяжести обострения бронхиальной астмы у пациента нужно учитывать данные**

- уровня эозинофилии крови
- форсированной жизненной емкости легких
- рентгенографии органов грудной клетки
- пиковой скорости выдоха

**При осмотре пациента в приемном отделении в качестве объективного критерия нарастания тяжести состояния и определения объема интенсивной терапии следует провести**

- пульсоксиметрию
- бодиплетизмографию
- электрокардиографию
- эргоспирометрию

**При снижении сатурации крови кислородом  $\leq 92\%$  следует рекомендовать проведение исследования**

- общей емкости легких
- остаточного объема легких
- газов артериальной крови
- резервного объема выдоха

**Уже в приемном отделении подростку следует экстренно начать терапию**

- теофиллином замедленного высвобождения
- пероральным  $\beta_2$ -агонистом
- ингаляционным длительнодействующим  $\beta_2$ -агонистом (ДДБА)
- ингаляционным короткодействующим  $\beta_2$ -агонистом (КДБА)

**Подросток нуждается в оксигенотерапии кислородно-воздушной смесью с + \_\_\_ + % содержанием кислорода**

- 60
- 100
- 50
- 80

**При проведении оксигенотерапии кислородно-воздушной смесью целевое насыщение ( $\text{SaO}_2$ ) должно быть + \_\_\_\_\_ + %**

- 92
- 100
- 94 – 98
- 92 - 95

**Для проведения терапии подросток нуждается в переводе в отделение**

- инфекционное
- пульмонологии или аллергологии
- общей педиатрии
- реанимации и интенсивной терапии

**В последующем при планировании базисной терапии объем должен соответствовать +\_\_+ ступени**

- 3
- 4
- 5
- 6

**После стабилизации состояния пациенту в качестве, как базисной, так и симптоматической терапии может быть назначена комбинация + \_\_\_\_\_ + в режиме единого ингалятора**

- будесонида и формотерола
- мометазона и формотерола
- бетаметазона и формотерола
- фликсотиды и сальметерола

**При выписке из стационара в качестве косвенного показателя текущего состояния при проведении самоконтроля пациенту следует рекомендовать данные мониторинга**

- форсированной жизненной емкости легких
- индекса Тиффно
- пиковой скорости выдоха

- объема форсированного выдоха за 1 секунду

**Для профилактики обострений бронхиальной астмы подростку следует рекомендовать + \_\_\_\_\_ + , что является единственным доказанным изменяемым фактором окружающей среды**

- форсированной жизненной емкости легких
- индекса Тиффно
- пиковой скорости выдоха
- объема форсированного выдоха за 1 секунду

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В клинику обратился мальчик 11 лет с тошнотой. Для консультации пациента приглашен врач аллерголог-иммунолог.

### **Жалобы**

- \* на трудности при глотании (со слов родителей, ребенок долго жует и запивает пищу водой);
- \* проявления ринита и конъюнктивита, зуд в полости рта после употребления яблок весной;
- \* выраженную сухость кожи преимущественно в зимний период и периодические высыпания в области локтевых сгибов.

### **Анамнез заболевания**

До 1 года отмечались редкие срыгивания. Кожные проявления в виде гиперемии щек и высыпаний в области живота отмечались до 2,5 лет. Ребенок получал симптоматическую терапию с непродолжительным эффектом. В 4 года у мальчика впервые появились симптомы ринита и конъюнктивита в весенний период и сохраняются по настоящее время. Несмотря на эпизодически возникающие жалобы на зуд в полости рта после употребления яблок, косточковых фруктов, ребенок продолжал получать их в питании. С 6 лет у ребенка появились периодические боли в области живота, за грудиной, одновременно с данными симптомами возникло затруднение глотания пищевого комка, требующее обильного запивания водой. Во время еды ребенок нередко вынужден был вызывать рвоту. В ряде случаев рвота была непроизвольной. Объяснял это тем, что давится проглоченной пищей.

### **Анамнез жизни**

Семейный анамнез - без особенностей.

Аллергоанамнез – у отца поллиноз, пищевая аллергия.



По данным результатов клинического анализа крови, на протяжении всей жизни, отмечалась эозинофилия. Так же отмечался высокий уровень общего IgE.

У ребенка исключены заболевания, такие как: болезнь Крона, гиперэозинофильный синдром, ахалазия, системные заболевания соединительной ткани, паразитарные и грибковые инфекции.

Профилактические прививки по индивидуальному графику.

Отек Квинке после употребления фундука.

Занимается спортом.

Хронические заболевания – отрицают.

Лекарственная аллергия – отрицают.

Диету не соблюдают.

Гипоаллергенный быт соблюден.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное

Рост 152 см, масса тела 38 кг.

Катаральных явлений нет.

Кожные покровы бледные, несколько сухие на ощупь,

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Со стороны сердца и легких патологии не выявлено.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена.

Физиологические отправления не нарушены.

### **К необходимым специфическим методам лабораторной диагностики в данном случае относится**

- форсированной жизненной емкости легких
- индекса Тиффно
- пиковой скорости выдоха
- объема форсированного выдоха за 1 секунду

### **Результаты обследования**

#### **Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является**

- форсированной жизненной емкости легких
- индекса Тиффно
- пиковой скорости выдоха
- объема форсированного выдоха за 1 секунду

## Результаты обследования

На основании клинико-anamnestических данных и данных лабораторных и инструментальных исследований пациенту можно поставить сопутствующий диагноз

- форсированной жизненной емкости легких
- индекса Тиффно
- пиковой скорости выдоха
- объема форсированного выдоха за 1 секунду

## Диагноз

Ключевым проявлением эозинофильного эзофагита является (-ются)

- хроническая и рецидивирующая боль в животе
- боли в области грудины
- дисфункция пищевода (дисфагия)
- синдром руминации

Для гистологического исследования необходимо взятие + \_\_\_\_\_ + биоптатов

- только 2
- не менее 6
- около 10
- не более 3

К важному гистологическому критерию эозинофильного эзофагита относится

- гиперплазия базального слоя более чем на 15%
- воспалительная клеточная инфильтрация
- эозинофильная инфильтрация ( $\geq 15$  эозинофилов вп/з при большом увеличении)
- желудочная метаплазия

К первому этапу консервативной терапии пациентов с эозинофилией пищевода относятся

- H<sub>2</sub>-блокаторы гистаминовых рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- антисекреторные препараты

**В случае отсутствия эффекта от препаратов первой линии рекомендовано рассмотреть назначение**

- антигистаминных препаратов
- топических глюкокортикостероидов
- системных глюкокортикостероидов
- кромогликата натрия

**Немедикаментозная терапия эозинофильного эзофагита включает**

- оперативное лечение
- физиопроцедуры
- озонотерапию
- элиминационную диету

**После достижения ремиссии эозинофильного эзофагита необходимо**

- длительно применять антигистаминные препараты
- проводить дилатацию пищевода 1 раз в год
- придерживаться длительной поддерживающей терапии ГКС
- придерживаться наблюдательной тактики

**В качестве этиопатогенетического лечения в данном случае рекомендовано использовать**

- аллергенспецифическую терапию
- моноклональные антитела
- антигистаминные препараты
- антилейкотриеновые препараты

**При проведении аллергенспецифической иммунотерапии данному пациенту необходимо рекомендовать форму введения препарата**

- аллергенспецифическую терапию
- моноклональные антитела
- антигистаминные препараты
- антилейкотриеновые препараты

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В отделение ОРИТ (или другое отделение стационара) вызван аллерголог-иммунолог для консультации женщины 25 лет

## **Жалобы**

На появление выраженной сыпи с зудом, затруднение дыхания, рвоту.

## **Анамнез заболевания**

- \* Данные симптомы возникли около 2 часов ночи, в связи с чем девушка доставлена в отделение неотложной помощи.
- \* Известно, что накануне вечером, на ужин у девушки не было ничего необычного: говядина, салат и бокал вина.
- \* По данным медицинской документации стало известно, что у девушки в момент осмотра отмечалось снижение артериального давления до 80/40 мм рт. ст. (при нормальных значениях 120/80 мм рт. ст.).
- \* При осмотре отмечены высыпания по типу крапивницы, аускультативно выслушивались сухие свистящие хрипы во всем полям. Диагностирована тяжелая острая аллергическая реакция. Данные симптомы благоприятно купировались на фоне проведенной терапии.
- \* В стационаре проведен клинический анализ крови: Эритроциты -  $5,13 \cdot 10^{12}/л$ ; Гемоглобин – 118 г/л; СОЭ - 7 мм/ч; Тромбоциты  $249 \cdot 10^9/л$ ; Лейкоциты –  $8,13 \cdot 10^9/л$ ; Нейтрофилы – 57,2 %; Эозинофилы -3,6 %; Базофилы – 0,4 %; Моноциты – 9,5%.

## **Анамнез жизни**

Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям не отягощен. Последние 6 мес периодически беспокоят зудящие высыпания по типу волдырей, по поводу чего пациентка наблюдается с диагнозом: Идиопатическая крапивница.

Известно, что пациентка в теплое время года часто ходит в походы и однократно была укушена клещом. Было проведено комплексное исследование живого клеща на клещевые инфекции (методом ПЦР) – результат отрицательный.

## **Объективный статус**

На момент осмотра самочувствие не нарушено. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы умеренной влажности, физиологической окраски, отмечаются единичные эритематозные пятна с четкими границами, с незначительными признаками инфильтрации без поверхностного (уртикарная сыпь на стадии регресса). Катаральных явлений нет. Видимые слизистые оболочки розовые, миндалины чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание не затруднено. Аускультативно дыхание с жестким оттенком, на момент осмотра хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в мин. SpO<sub>2</sub> – 97%. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС 91 в мин. АД 118/78 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах; печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная.

Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры не увеличены.  
Физиологические отправления в норме.

**На основании клинико-anamnestических данных у пациентки можно предположить диагноз**

- алергенспецифическую терапию
- моноклональные антитела
- антигистаминные препараты
- антилейкотриеновые препараты

**Диагноз**

**В период появления первых симптомов данной пациентке необходимо было провести**

- алергенспецифическую терапию
- моноклональные антитела
- антигистаминные препараты
- антилейкотриеновые препараты

**Результаты обследования**

**Диагностически значимым является повышение уровня сывороточной триптазы выше, чем**

- 10 x базальный уровень триптазы
- на 30% от исходного уровня
- 2 x базальный уровень триптазы - 2 мг/дл
- 1,2 x базальный уровень триптазы + 2 мг/дл

**Определение уровня сывороточной триптазы в крови рекомендовано проводить +\_\_\_\_\_+ после возникновения первых симптомов**

- не позднее 30-ти минут
- в интервале от 15-ти минут до 3-х часов
- не ранее 3-х часов
- в интервале от 24-х часов до 72-х часов

**Дополнительным необходимым методом лабораторной диагностики в данном случае является определение уровня специфических IgE к предполагаемым алергенам**

- не позднее 30-ти минут

- в интервале от 15-ти минут до 3-х часов
- не ранее 3-х часов
- в интервале от 24-х часов до 72-х часов

### **Результаты обследования**

**Следующим вспомогательным этапом диагностики является молекулярная аллергодиагностика к**

- не позднее 30-ти минут
- в интервале от 15-ти минут до 3-х часов
- не ранее 3-х часов
- в интервале от 24-х часов до 72-х часов

### **Результаты обследования**

**Степень тяжести анафилактического шока у пациентки оценивается как + \_\_\_\_\_ + степени тяжести**

- 4
- 2
- 1
- 3

**Препаратом для купирования симптомов тяжелой аллергической реакции у пациентки является**

- системный глюкокортикостероид
- антигистаминный препарат
- эуфиллин
- эпинефрин

**Доза эпинефрина для данной пациентки рассчитывается из расчета + \_\_\_\_ + мг/кг (максимальная доза + \_\_\_\_ + мг)**

- 0,001; 0,3
- 0,01; 0,5
- 0,03; 1
- 0,1; 5

**Для достижения клинического эффекта повторную дозу адреналина необходимо ввести при отсутствии ответа на первую дозу адреналина не менее, чем через + \_\_\_\_ + минут**

- 15
- 20
- 10
- 5

**Развитие данного типа реакции (отсроченная тяжелая аллергическая) у пациентки скорее всего связано с**

- укусом змеи
- физической нагрузкой
- употреблением алкоголя
- укусом клеща

**Данной пациентке в первую очередь следует рекомендовать**

- укусом змеи
- физической нагрузкой
- употреблением алкоголя
- укусом клеща

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультации аллерголога-иммунолога родители с девочкой 15-ти лет.

### **Жалобы**

\* Эпизод госпитализации по СМП по поводу снижения давления, появления зудящей сыпи, возвышающейся над поверхностью кожи, отек глаз, затруднение дыхания, обильное слизистое отделяемое из носа.

\* Заложенность носа в течение года.

### **Анамнез заболевания**

\* Данные симптомы возникли около двух недель назад во время посещения ресторана, через 15 минут после употребления салата с морепродуктами.

\* Ребенок госпитализирован в неотложное отделение, где была оказана медицинская помощь. По данным медицинской документации, стало известно, что у ребенка в момент осмотра отмечалось снижение артериального давления до 84/40 мм рт. ст. (при нормальных значениях 120/80 мм рт. ст.). При осмотре кожных покровов: генерализованный зуд кожи и слизистых, уртикарные высыпания, ангиоотек губ, периорбитальный отек; ринодерма, бронхоспазм. Однократно эпизод рвоты в момент транспортировки в машине скорой медицинской помощи. В отделении неотложной помощи проведена терапия: однократно эпинефрин 0,3 мг в/м, преднизолон с

расчетом 2 мг/кг в/в, хлоропирамин 2% - 0,5 мл. На фоне проводимой терапии симптомы купированы, и ребенок выписан в стабильном состоянии домой, была рекомендована консультация аллерголога.

\* По запросу в ресторан, предоставлена технологическая карта блюда, в состав салата входили следующие компоненты: томаты, авокадо, сыр, креветки.

### **Анамнез жизни**

Наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям отягощен: у папы – пыльцевая аллергия.

Из анамнеза стало известно, что ребенок до 5 лет наблюдался по поводу атопического дерматита.

С 5 лет стала беспокоить круглогодичная заложенность носа, которая сохраняется по настоящее время, в связи, с чем отмечается затруднение процесса обучения, занятия спортом, а также периодические ночные пробуждения с потребностью в использовании сосудосуживающих средств. В лечении применялись интраназальные глюкокортикостероидные препараты с временным эффектом.

По результатам ранее проведенного обследования (в возрасте 7 лет) выявлена сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли, деревьев, и кошки.

Ребенок консультирован оториноларингологом, с диагнозом: аллергический ринит, другая патология ЛОР-органов исключена.

Сезонности клинических проявлений отмечено не было.

Ранее острых аллергических реакций отмечено не было.

Около полугода назад перенесла в тяжелой форме ОРИ, после которой, со слов родителей, отмечали усиление заложенности носа, а также присоединился зуд глаз и слезотечение в момент пребывания в пыльном помещении.

### **Объективный статус**

На момент осмотра самочувствие не нарушено. Температура тела 36,6 °С.

Кожные покровы чистые от элементов патологической сыпи, умеренной влажности, физиологической окраски. Катаральных явлений нет. Видимые слизистые оболочки розовые, миндалины чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон за счёт выраженной отечности слизистой полости носа, густого прозрачного слизистого отделяемого. Аускультативно дыхание везикулярное, на момент осмотра хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в мин. SpO<sub>2</sub> – 99%. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧСС 90 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах; печень по краю реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется, перкуторные размеры не увеличены. Физиологические отправления в норме.



**После возникновения первых симптомов, ребенку необходимо было провести**

- укусом змеи
- физической нагрузкой
- употреблением алкоголя
- укусом клеща

**Результаты обследования**

**Диагностически значимым является повышение уровня триптазы выше, чем**

- 10 × базальный уровень триптазы
- 2 × базальный уровень триптазы- 2 мг/дл
- 1,2 × базальный уровень триптазы + 2 мг/дл
- базальный уровень триптазы + 50%

**Определение уровня сывороточной триптазы в крови рекомендовано проводить в интервале от + \_\_\_\_ + после возникновения первых симптомов**

- 2 до 72 часов
- 12 до 24 часов
- 15 до 30 минут
- 15 минут до 3 часов

**Дополнительным лабораторным методом диагностики в данном случае является**

- 2 до 72 часов
- 12 до 24 часов
- 15 до 30 минут
- 15 минут до 3 часов

**Результаты обследования**

**По результатам обследования и имеющихся данных наиболее вероятный диагноз**

- 2 до 72 часов
- 12 до 24 часов
- 15 до 30 минут
- 15 минут до 3 часов

## Диагноз

Степень тяжести анафилактического шока у данного пациента оценивается как + \_\_\_\_\_ + степени тяжести

- 3
- 1
- 2
- 4

Средством основной терапии у данного пациента при развитии тяжелой аллергической реакции является

- адреналин/эпинефрин
- глюкокортикостероид
- антигистаминный препарат
- эуфиллин

Доза адреналина назначается из расчета

- 0,1 мг/кг (максимальная доза для взрослого – 5 мг, для ребенка - 3 мг)
- 0,03 мг/кг (максимальная доза для взрослого – 1 мг, для ребенка - 0,5 мг)
- 0,01 мг/кг (максимальная доза для взрослого – 0,5 мг, для ребенка - 0,3 мг)
- 0,001 мг/кг (максимальная доза для взрослого – 0,05 мг, для ребенка - 0,03 мг)

Пациенту с анафилаксией/анафилактическим шоком при отсутствии ответа на первую дозу адреналина не менее, чем через + \_\_\_\_\_ + минут, необходимо ввести повторную дозу адреналина для достижения клинического эффекта

- 5
- 10
- 15
- 20

С целью консервативного лечения аллергического ринита, данному ребенку необходимо рассмотреть возможность назначения

- короткого курса системных глюкокортикостероидов
- интраназальных глюкокортикостероидов
- длительного курса адреномиметиков
- кромоглициевой кислоты

### **Данному пациенту в первую очередь рекомендовано**

- проведение элиминационных мероприятий (в т.ч. исключить употребление морепродуктов)
- проведение альтернативных нетрадиционных методов лечения
- проведение хирургической коррекции назальной обструкции
- пожизненно использовать гипертонический раствор для промывания носа

### **Относительно рекомендации по проведению аллерген-специфической иммунотерапии аллергенами клещей домашней пыли данному ребенку с аллергическим ринитом и конъюнктивитом**

- проведение элиминационных мероприятий (в т.ч. исключить употребление морепродуктов)
- проведение альтернативных нетрадиционных методов лечения
- проведение хирургической коррекции назальной обструкции
- пожизненно использовать гипертонический раствор для промывания носа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На приеме врача – аллерголога-иммунолога родители с 3-х летним ребенком.

### **Жалобы**

\* периодическое появление зудящей сыпи без четкой локализации при случайном употреблении яйца;

\* стойкие высыпания на коже, локализованные, сопровождающиеся зудом

### **Анамнез заболевания**

Стойкие кожные проявления беспокоят с 3 месяцев, когда появилась гиперемия кожи щек. Далее постепенно отмечалось ухудшение кожного патологического процесса, с появлением корок, мокнутий. К 3 годам высыпания распространились на верхние и нижние конечности. Выраженное ухудшение в зимний период, летом отмечается положительная динамика. В качестве основного лечения родителями использовались эмоленты - без эффекта. С 6 месяцев при случайном употреблении яйца появлялись уртикарные высыпания, сопровождаемые зудом.

При ранее проведенном обследовании (в 1 год) выявлена сенсibilизация только к куриным яйцам, в связи с чем яйца в чистом виде исключены из

рациона, на этом фоне отмечается положительная динамика, однако симптомы периодически повторяются при употреблении некоторых печений.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, 1-ых своевременных, самостоятельных родов в срок.
- \* Ребенок находится на грудном вскармливании. Мамой диета не соблюдается
- \* Профилактические прививки до 2 мес.
- \* Наследственный анамнез – не отягощен.
- \* Проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта нет.

### **Объективный статус**

На момент осмотра состояние ребенка удовлетворительное. Катаральных проявлений нет. Кожный патологический процесс носит распространённый симметричный характер, представлен папуло-везикулами на коже кистей, эритематозно-сквамозными элементами, эскориациями на коже верхних и нижних конечностях. Хейлит. Субъективно: выраженный зуд кожных покровов. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Физиологические отправления.

### **Первым этапом для постановки диагноза в данном случае является**

- визуальный осмотр кожных покровов пациента
- проведение пробы Тцанка
- проведение кожных аппликационных тестов
- взятие биопсии кожи для гистологического исследования

### **К дополнительным диагностическим критериям для постановки диагноза у данного ребенка можно отнести**

- визуальный осмотр кожных покровов пациента
- проведение пробы Тцанка
- проведение кожных аппликационных тестов
- взятие биопсии кожи для гистологического исследования

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая анамнез данного ребенка, показано назначить**

- визуальный осмотр кожных покровов пациента
- проведение пробы Тцанка
- проведение кожных аппликационных тестов
- взятие биопсии кожи для гистологического исследования

## **Результаты обследования**

**Для уточнения развития острых аллергических симптомов данному ребёнку рекомендовано проведение молекулярной алергодиагностики к**

- визуальный осмотр кожных покровов пациента
- проведение пробы Тцанка
- проведение кожных аппликационных тестов
- взятие биопсии кожи для гистологического исследования

## **Результаты обследования**

**Полученные данные свидетельствуют, что у данного пациента**

- визуальный осмотр кожных покровов пациента
- проведение пробы Тцанка
- проведение кожных аппликационных тестов
- взятие биопсии кожи для гистологического исследования

## **Диагноз**

**Проявления дерматита в данном случае соответствуют + \_\_\_\_\_ +  
периоду**

- подростковому
- младенческому
- детскому
- взрослому

**Лечебная тактика в случае данного пациента заключается в назначении диеты  
с**

- ограничением куриных яиц
- исключением яиц в любом виде
- исключением яиц в термически обработанном виде
- исключением только куриных яиц

**Лечебная тактика в случае данного пациента заключается в назначении  
местной терапии с использованием**

- средств на основе ихтиола
- топических глюкокортикостероидов
- препаратов на основе дерматола
- комбинации кальципотриола и цинка

**Данному пациенту по показаниям разрешено назначение препарата**

- дупилумаб
- омализумаб
- такролимус 0,03%
- такролимус 0,1%

**Для купирования симптомов крапивницы данному пациенту рекомендовано рассмотреть назначение**

- экстракта из культуры термофильного штамма золотистого стафилококка
- трёхкратной инъекции омализумаба
- антигистаминных препаратов с седативным эффектом
- антигистаминных препаратов 2 поколения

**Дополнительно пациенту с атопическим дерматитом рекомендовано назначить**

- эмоленты
- аллерген специфическую терапию
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- кетотифен

**Элиминационную диету данному пациенту рекомендовано назначить продолжительностью**

- эмоленты
- аллерген специфическую терапию
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- кетотифен

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент мальчик, 12 лет 8 месяцев госпитализирован в отделение торакальной хирургии.

### **Жалобы**

- \* на затруднения при глотании твердой пищи;
- \* поперхивания во время приема пищи;
- \* плохую прибавку массы тела
- \* заложенность носа в течение года, с усилением в летний период.

### **Анамнез заболевания**

У мальчика с дошкольного периода отмечается затруднение при глотании твердой пищи. В 10 лет – эпизод острой кишечной инфекции, установка назогастрального зонда в стационаре была безуспешной. В течение последнего года стали беспокоить поперхивания при приеме твердой пищи. Также отмечается плохая прибавка массы тела. При этом аппетит не снижен, в рационе присутствуют все группы продуктов, однако требуется длительное разжевывание пищи. В возрасте 12 лет 6 месяцев по месту жительства проведено обследование, выявлен пептический стеноз пищевода, рекомендована госпитализация в хирургическое торакальное отделение в плановом порядке. Лечение до поступления не получал.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, пиелонефрита, кольпита. Роды: оперативные. Вес при рождении 3540 г. Рост при рождении 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Респираторными инфекциями болеет редко, в 5 лет перенес скарлатину, инфекционный мононуклеоз. В 6 лет проведена аденотонзиллэктомия.

До 8 мес. находился на грудном вскармливании, при введении молочной смеси - жидкий стул.

Профилактическая вакцинация проведена по национальному календарю, аллергических реакций не отмечалось.

Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена: у отца пищевая аллергия на морепродукты.

Клинические реакции: при употреблении коровьего молока – эпизоды болей за грудиной, разжиженного стула; креветок, арахиса – отек слизистой оболочка полости рта.

С 6 лет беспокоит круглогодичная заложенность носа, прошлым летом (в июне) во время прогулки по полю – чихание, зуд и покраснение глаз.

Дома живёт собака.

### **Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост 147 см, масса тела 33,1 кг. Состояние питания пониженное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев спокоен, лакуны миндалин чистые от наложений. Носовое дыхание умеренно затруднено, скудное слизистое отделяемое в носовых ходах. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны звучные, ритмичные. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

**Для установления причины дисфагии у данного пациента необходимо провести**

- эомоленты
- аллерген специфическую терапию
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- кетотифен

**Результаты обследования**

**Причиной формирования стеноза пищевода у данного пациента может быть**

- эозинофильный эзофагит
- эозинофильный гастроэнтерит
- гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- диффузный спазм пищевода

**Для установления диагноза «Эозинофильный эзофагит» основными критериями являются**

- эозинофилия в периферической крови
- болезненность в эпигастральной области
- эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка
- эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода
- симптомы дисфагии

**Необходимым количеством эозинофилов в биоптате пищевода для установления диагноза «Эозинофильный эзофагит» считается**

- $\geq 15$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 30$  эозинофилов в  $1 \text{ мм}^2$
- $\geq 30$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 15$  вполе зрения микроскопа при увеличении  $\times 40$

**Дополнительно для выявления причинно-значимых аллергенов данному пациенту рекомендовано провести**

- $\geq 15$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 30$  эозинофилов в  $1 \text{ мм}^2$
- $\geq 30$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 15$  вполе зрения микроскопа при увеличении  $\times 40$

**Результаты обследования**



**На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования пациента, можно выставить сопутствующий диагноз**

- $\geq 15$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 30$  эозинофилов в  $1 \text{ мм}^2$
- $\geq 30$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 400$
- $\geq 15$  в поле зрения микроскопа при увеличении  $\times 40$

**Диагноз**

**Учитывая выявленную сенсibilизацию, данному пациенту предпочтительно назначить**

- общую гипоаллергенную диету
- элиминационную диету с исключением 6 групп продуктов (коровье молоко, пшеница, яйца, соя, орехи, рыба и морепродукты)
- диагностическую безмолочную диету на 6 месяцев
- элиминационную диету с исключением 2-х групп продуктов (коровье молоко, пшеницы)

**Для медикаментозного лечения эозинофильного эзофагита применяются**

- антигистаминные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- топические глюкокортикостероиды в составе густой суспензии для проглатывания
- стабилизаторы мембран тучных клеток

**В первую очередь данному пациенту показано**

- эндоскопическая дилатация пищевода
- назначение ингибиторов протонной помпы в профилактических дозах
- назначение стабилизаторов мембран тучных клеток
- назначение гипоаллергенной диеты

**Для оценки эффективности проводимой терапии у пациентов с эозинофильным эзофагитом**

- повторная ЭГДС с взятием биопсии не ранее, чем через 12 месяцев после начала лечения
- проводится повторная ЭГДС без взятия биопсии через 6 месяцев после начала лечения
- достаточно оценки выраженности симптомов дисфагии через 3 месяца после начала лечения

- проводится повторная ЭГДС с взятием биопсии через 6-12 недель после начала лечения

**В качестве поддерживающей терапии для сохранения ремиссии эозинофильного эзофагита показано**

- длительное назначение лечебных доз топических глюкокортикостероидов в форме густой суспензии
- длительное назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП)
- длительное применение антилейкотриеновых препаратов
- циклическая терапия омализумабом

**Клиническая реакция у данного пациента на ракообразных (креветки) объясняется наличием перекрестной реакции с клещами домашней пыли благодаря белку**

- профилин
- тропомиозин
- парвальбумин
- перекрёстно-реактивные карбогидратные детерминанты (CCD)