
**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Т.Г.
ШЕВЧЕНКО»**

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА БИОЛОГИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

«УТВЕРЖДАЮ»
Зав. кафедрой к.б.н., доцент

 /Л.И. Гарбуз/

«29» сентября 2021г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Б1.Б.03 «Иммунология»

Направление подготовки:
3.31.05.02 ПЕДИАТРИЯ

Квалификация (степень) выпускника:
«Врач -педиатр общей практики»

Форма обучения:
очная

Разработал:
преподаватель И.В.Насушная



г.Тирасполь, 2021

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине: «Иммунология»

1. В результате освоения дисциплины студент должен:

1.1. знать:

- главные исторические этапы развития иммунологии и аллергологии, предмет и задачи дисциплины, связь с другими медико-биологическими и медицинскими дисциплинами;
- основные понятия, используемые в иммунологии и аллергологии;
- структурно-функциональные особенности иммунной системы человека;
- развитие и функциональные свойства основных клеточных элементов иммунной системы (Т- и В-лимфоциты, НК-клетки, дендритные клетки, макрофаги, тучные клетки и др.), их роль в реакциях врожденного и адаптивного иммунитета;
- основные гуморальные факторы иммунной системы (антитела, комплемент, цитокины, хемокины и др.), их роль в реакциях врожденного и адаптивного иммунитета;
- возрастные особенности иммунной системы;
- основы иммуногенетики и генетического контроля иммунного ответа;
- общие закономерности иммунопатогенеза наиболее распространенных заболеваний человека;
- методы иммунодиагностики;
- методы оценки иммунного статуса, показания и принципы его оценки, иммунопатогенез;
- методы диагностики основных заболеваний иммунной системы человека, виды и показания к применению иммуноотропной терапии.

1.2. уметь:

- использовать приобретенные знания по общей иммунологии при изучении других медико-биологических и медицинских дисциплин;
- правильно интерпретировать и применять основные понятия иммунологии при изучении медико-биологической и медицинской литературы и при совместной работе с медицинскими специалистами;
- проводить серологическую диагностику инфекционных болезней. Использовать основные реакции иммунитета для обнаружения антител в сыворотке больных при диагностике инфекционных болезней;
- оказать неотложную помощь больным аллергическими заболеваниями в острой стадии (приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок, лекарственная аллергия, обострение крапивницы, отек Квинке и др.).

1.3. владеть:

- навыками применения правил безопасной лабораторной работы с биологическими материалами (кровью, биологическими жидкостями и т. д.);
- навыками оценки иммунного статуса человека и интерпретации данных иммунологического обследования человека;
- алгоритмами оценки иммунологического компонента в патогенезе различных заболеваний человека;
- навыками проведения диагностики состояния иммунной системы.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
IV семестр			
1.	Раздел «Общая иммунология» Темы 1-3	ОК-1 ОПК-9 ПК-5	Коллоквиум №1 Тесты 001-100
2.	Раздел «Общая иммунология» Темы 5-8	ОК-1 ОПК-9 ПК-5	Коллоквиум №2 Тесты 101-300
3.	Раздел «Клиническая иммунология и аллергология» Темы 10-15	ОК-1 ОПК-9 ПК-5	Коллоквиум №3 Ситуационные задачи 1-20 Тесты 301-500
Промежуточная аттестация		ОК-1 ОПК-9 ПК-5 ПК-9	Зачёт: устное собеседования по предложенным вопросам из всех разделов

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Критерии оценки	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Коллоквиум	90-100 баллов («отлично» по пятибалльной системе) отличное владение всеми компетенциями, в ответе отлично ориентирован (либо возможны единичные незначительные ошибки) в звеньях и механизмах иммунного ответа, однако не в построении общей логической цепи; легко объясняет этиопатогенез, клиническую картину в разделе «Частная иммунология и аллергология», может легко объяснить принципы терапии, отлично владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная научная литература. 80-89 баллов («хорошо» по пятибалльной системе) очень хорошее владение необходимыми компетенциями, ответ выше среднего уровня, хорошо знаком с этиологией и	Распечатанные вопросы для собеседования страницы 11-14 текущего документа. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/course/view.php?id=3086

	<p>факторами риска нозологической единицы, способен объяснить патогенез клинических проявлений и общие принципы патогенетической терапии из раздела «Частная иммунология и аллергология», допускает 1-2 ошибки в знании отдельных звеньев иммунного ответа, но не в построении общей логической цепи, очень хорошо владеет практическими навыками; в подготовке использована дополнительная учебная литература.</p> <p>65-79 баллов («хорошо» по пятибалльной системе) хорошее владение необходимыми компетенциями, в целом правильная работа, хорошо владеет этиологией, факторами риска заболевания, с более чем двумя ошибками в знании отдельных звеньев иммунного ответа, но не построении логической цепи, плохо моделирует возможности патогенетической терапии, хорошо владеет практическими навыками; в подготовке использована только основная учебная литература.</p> <p>55-64 баллов («удовлетворительно» по пятибалльной системе) значительное количество недостатков в знании отдельных звеньев иммунного ответа, цепь логических рассуждений в объяснении патогенеза отдельных заболеваний из раздела «Частная иммунология и аллергология» оказывается не полной, плохо моделирует возможности патогенетической терапии; относительно хорошо владеет практическими навыками; в подготовке использован только материал кафедральных методичек.</p> <p>50-54 баллов («удовлетворительно» по пятибалльной системе) удовлетворительное владение необходимыми компетенциями, материал представляет «заученным», плохо может объяснить связь с клиникой и патогенетической терапией, удовлетворительно владеет практическими навыками, в подготовке использован материал кафедральных методичек минимального уровня</p>	
--	--	--

		<p>знаний по дисциплине. 35-49 баллов («неудовлетворительно») по пятибалльной системе) владеет не всеми необходимыми компетенциями, с материалом качественно не знаком, однако пытается выстраивать логические патогенетические связи на основании предыдущих знаний или знаний других дисциплин; нужно поучить перед тем, как пересдать. 1-34 баллов («неудовлетворительно») по пятибалльной системе) – студент не готов, необходимыми компетенциями не владеет, не способен выходить на логические связи на основании предыдущего материала или учебного материала, полученных на других дисциплинах; для сдачи необходима серьезная дальнейшая работа.</p>	
2	Ситуационные задачи	<p><i>оценка «отлично»:</i> – глубокие и твердые на все вопросы задачи, глубокое понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых явлений; – логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; – умение самостоятельно анализировать явления и процессы в их взаимосвязи и развитии, делать правильные выводы из полученных результатов; <i>оценка «хорошо»:</i> – достаточно глубокие ответы на все вопросы задачи, правильное понимание сущности и взаимосвязи рассматриваемых процессов, достаточные знания основных положений смежных дисциплин; – правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; <i>оценка «удовлетворительно»:</i> – ответы получены на все вопросы задачи, однако без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению ситуационных задач; – посредственные</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 15-40 текущего документа. Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/course/view.php?id=3086</p>

		<p>навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;</p> <p><i>оценка «неудовлетворительно»:</i> – отсутствует ответ на хотя бы один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов.</p>	
3	Тесты первого уровня	<p>За каждый правильный балл начисляется 1 балл, количество правильных ответов соответствует количеству набранных баллов.</p> <p>100-86 соответствует оценке «отлично»;</p> <p>85-76 соответствует оценке «хорошо»;</p> <p>75-60 соответствует оценке «удовлетворительно»;</p> <p>60-30 – необходимо повторно сдать тест; менее 30 – рекомендовано повторное прохождение курса «Иммунология»</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 41-168 текущего документа.</p> <p>Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/course/view.php?id=3086</p>
4	Промежуточная аттестация в виде собеседования	<p>В случае если студент(ка) за курс набрал(а) по БРС 106 и более баллов выставляется автоматически промежуточная аттестация.</p> <p>В случае если студент(ка) набрал(а) от 62 до 105 баллов сдаётся зачёт по выше перечисленным вопросам. Критерии оценки:</p> <p><i>«Зачтено» выносится в зачётную книжку если студент выполнил минимальные требования:</i> – знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей и основных положений смежных дисциплин; – правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; – умение применять теоретические знания к решению ситуационных задач; – демонстрирует навыки и умения, необходимые для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности;</p> <p><i>«Не зачтено» выносится в зачётку в случае:</i> – отсутствие знаний значительной части программного материала; – неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, непонимание сущности излагаемых вопросов; – неумение применять теоретические знания при решении</p>	<p>Распечатанные вопросы для собеседования страницы 169-172 текущего документа.</p> <p>Электронный вариант на портале: http://moodle.spsu.ru/course/view.php?id=3086</p>

	<p>ситуационных задач; – отсутствие навыков и умений, необходимых для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной деятельности.</p> <p>В случае если студент(ка) набрал(а) по БРС менее 62 баллов – рекомендовано повторение всего курса.</p>	
--	---	--

**Вопросы для коллоквиумов
по дисциплине «Иммунология»**

Раздел «Общая иммунология»

Коллоквиум №1

1. Иммунология как система научных знаний.
2. Основные исторические вехи в развитии иммунологии.
3. Иммунная система: определение понятия, основные свойства.
4. Сравнительная характеристика врожденного и адаптивного иммунитета.
5. Молекулярные паттерны. Антиген: определение понятия, виды, основные свойства антигена.
6. Красный костный мозг как центральный орган иммунной защиты.
7. Тимус как центральный орган иммунной защиты.
8. Лимфатические узлы – периферические органы иммуногенеза.
9. Роль селезенки в системе иммунной защиты.
10. Структура и функции лимфоидной ткани слизистых оболочек.
11. Общая структура врожденного иммунитета.
12. Тканевые барьеры – роль во врожденном иммунитете.
13. Система комплемента: роль, номенклатура, синтез и регуляция активности.
14. Система комплемента: каскад активации по классическому, лектиновому и альтернативному путям.
15. Противомикробные пептиды (дефенсины и кателицидины).
16. Белки острой фазы.
17. Паттерн—распознающие рецепторы врождённого иммунитета (Toll-подобные рецепторы, NOD-подобные рецепторы).
18. Общая характеристика фагоцитов.
19. Мононуклеарные фагоциты (морфофункциональная характеристика).
20. Механизмы фагоцитоза.
21. Нейтрофилы (морфофункциональная характеристика).
22. НК-клетки (морфофункциональная характеристика).
23. Эозинофилы (морфофункциональная характеристика).
24. Базофилы и тучные клетки (морфофункциональная характеристика).

Коллоквиум №2

1. Кластеры дифференцировки.
2. Система HLA (MHC, ГКГС).
3. Молекулы межклеточной адгезии. Хемокины.
4. Система цитокинов.
5. Дендритные клетки, мононуклеарные фагоциты (морфофункциональная характеристика).
6. Общая характеристика лимфоцитов.
7. В-лимфоциты: характеристика, этапы дифференцировки, В-клеточный рецептор.
8. Т-лимфоциты: характеристика, этапы дифференцировки, Т-клеточный рецептор.
9. Взаимодействие клеток при адаптивном клеточном иммунитете.

10. Взаимодействие клеток при адаптивном гуморальном иммунитете (Т-зависимом и Т-независимом).
11. Иммуноглобулины – эффекторные молекулы адаптивного иммунитета.
12. Т-клеточная цитотоксичность.
13. Иммунологическая память.
14. Противовирусный иммунитет.
15. Противобактериальный иммунитет.
16. Противопаразитарный иммунитет.
17. Противогрибковый иммунитет.
18. Противоопухолевый иммунитет.
19. Торможение иммунной системы.

Раздел «Частная иммунология и аллергология»

Коллоквиум №3

1. Первичные иммунодефициты: дефект Т-клеточного звена.
2. Первичные иммунодефициты: дефект В-клеточного звена.
3. Первичные иммунодефициты: дефект системы фагоцитоза.
4. Первичные иммунодефициты: дефект системы комплемента.
5. Вторичные иммунодефициты.
6. ВИЧ/СПИД-инфекция.
7. Реакция отторжения трансплантата.
8. Реакция трансплантат против хозяина.
9. Общая характеристика аллергических реакций.
10. Аллергическая реакция I типа.
11. Аллергические реакции II типа.
12. Аллергические реакции III типа.
13. Аллергические реакции IV типа.
14. Реакция Праустница-Кюстнера, реакция Артюса.
15. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного тиреоидита, диффузного токсического зоба и парашитовидных желез.
16. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного поражения надпочечников и половых желез.
17. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений сахарного диабета.
18. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного гастрита, целиакии.
19. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений неспецифического язвенного колита, болезни Крона.
20. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного гепатита.
21. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунных гемолитических анемий, гемолитической болезни новорожденных.
22. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
23. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений рассеянного склероза и миастении.
24. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений первичных васкулитов.
25. Иммунный статус: общие понятия, подходы к оценке иммунного статуса.
26. Методы оценки иммунного статуса.
27. Заместительная иммунотерапия.
28. Иммунодепрессивная иммунотерапия.
29. Иммуностимулирующая иммунотерапия.

30. Иммунопрофилактика.

**Перечень ситуационных задач с эталонами решений
по дисциплине «Иммунология»**

Задача № 1.

Больной Ц., 22 года.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-85г/л; лейкоциты-15000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-16%, сегментоядерные нейтрофилы-56%, эозинофилы-8%, лимфоциты-8%, базофилы-1%, моноциты-11%. СОЭ-32 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 40%

CD4 (Т-хелперы) - 64%

CD8 (Т-супрессоры) - 16%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 4,0

CD19 (В-лимфоциты) - 19%

IgG - 29,8 г/л IgA - 3,1 г/л IgM - 1,4 г/л IgE - 67 МЕ

Концентрация ЦИК: 345 у.е.

Фагоцитарный индекс: 87%. Фагоцитарное число: 9.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 2.

Больная У., 51 год.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-116 г/л; лейкоциты -7900/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-1%, сегментоядерные нейтрофилы-67%, эозинофилы -11%, лимфоциты-15%, базофилы -0%, моноциты-7%. СОЭ-18 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 62%

CD4 (Т-хелперы) - 36%

CD8 (Т-супрессоры) - 12%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 3,0

CD19 (В-лимфоциты) - 16%

IgG - 15,8 г/л IgA - 0,9 г/л IgM - 2,4 г/л IgE - 267 МЕ

Концентрация ЦИК: 75 у.е.

Фагоцитарный индекс: 78%. Фагоцитарное число: 8.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 3.

Больной Х., 32 года.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-105 г/л; лейкоциты -14600/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-23%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, лимфоциты-2%, моноциты -2%. СОЭ-32 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 50%

CD4 (Т-хелперы) - 18%

CD8 (Т-супрессоры) - 40%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,5

CD19 (В-лимфоциты) - 8%

IgG - 9,8 г/л IgA - 1,1 г/л IgM - 0,4 г/л IgE - 145 МЕ

Концентрация ЦИК: 123 у.е.

Фагоцитарный индекс: 58%. Фагоцитарное число: 4.

Время выхода на пик кривой

индуцированной хемилюминесценции - 26 мин.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 4.

Больная С., 25 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-48 г/л; лейкоциты -9000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-0%, сегментоядерные нейтрофилы-86%, эозинофилы -0%, лимфоциты-10%, моноциты -4%. СОЭ-37 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 35%

CD4 (Т-хелперы) - 17%

CD8 (Т-супрессоры) - 46%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,37

CD19 (В-лимфоциты) - 8%

IgG - 9,2 г/л IgA - 1,4 г/л IgM - 0,5 г/л IgE - 270 МЕ

Концентрация ЦИК: 185 у.е.

Фагоцитарный индекс: 37%. Фагоцитарное число: 4.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 5.

Больной Т., 29 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-125 г/л; L-45000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-6%, сегментоядерные нейтрофилы-56%, эозинофилы-1%, лимфоциты-12%, базофилы-1%, моноциты-24%. Атипические мононуклеары: 25 в п/зр. СОЭ-36 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 47%

CD4 (Т-хелперы) - 14%

CD8 (Т-супрессоры) - 28%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,5

CD19 (В-лимфоциты) - 12%

IgG - 14,3 г/л IgA - 2,6 г/л IgM - 1,8 г/л IgE - 54 МЕ

Концентрация ЦИК: 67 у.е.

Фагоцитарный индекс: 70%. Фагоцитарное число: 7.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного, степень тяжести Т-иммунодефицита?
4. Тип иммунограммы?
5. Тактика ведения пациента?

Задача № 6.

Больной Д., 34 года.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-121 г/л; лейкоциты -9600/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-4%, сегментоядерные нейтрофилы-56%, эозинофилы -19%, лимфоциты-12%, базофилы -0%, моноциты -9%. СОЭ-31 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 54%

CD4 (Т-хелперы) - 32%

CD8 (Т-супрессоры) - 8%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 4,0

CD19 (В-лимфоциты) - 21%

IgG - 11,6 г/л IgA - 1,4 г/л IgM - 0,9 г/л IgE - 1100 МЕ

Концентрация ЦИК: 44 у.е.

Фагоцитарный индекс: 68%. Фагоцитарное число: 6.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 7.

Больная Ж., 30 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-90г/л; лейкоциты -22000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-2%, сегментоядерные нейтрофилы-82%, эозинофилы-6%, лимфоциты-6%, базофилы -0%, моноциты -4%. СОЭ-68 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 35%

CD4 (Т-хелперы) - 63%

CD8 (Т-супрессоры) - 12%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 5,25

CD19 (В-лимфоциты) - 24%

IgG - 29,4 г/л IgA - 1,6 г/л IgM - 1,7 г/л IgE - 58 МЕ

Концентрация ЦИК: 415 у.е.

Фагоцитарный индекс: 88%. Фагоцитарное число: 10.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного?
4. Какова степень тяжести Т-иммунодефицита?
5. Тип иммунограммы?

Задача № 8.

Больной Н., 26 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-129 г/л; лейкоциты -9100/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-4%, сегментоядерные нейтрофилы-53%, эозинофилы-3%, лимфоциты-34, базофилы-0%, моноциты -6%. СОЭ-19 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 54% CD4 (Т-хелперы) - 14%

CD8 (Т-супрессоры) - 31% CD19 (В-лимфоциты) - 15%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,45

IgG - 13,9 г/л IgA - 2,1 г/л IgM - 0,9 г/л IgE - 75 МЕ

Концентрация ЦИК: 91 у.е.

Фагоцитарный индекс: 42%. Фагоцитарное число: 6.

Специфические антитела:

К герпесу IgM ++++ IgG +- К хламидиям IgM - IgG ++

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови? Есть или нет абсолютная лимфопения?
2. Какие изменения в иммунном статусе больного, степень тяжести Т-иммунодефицита?
3. Как интерпретировать данные дополнительных исследований?
4. Тип иммунограммы?
5. Тактика ведения пациента?

Задача № 9.

Больной Ю., 57 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-92 г/л; лейкоциты -7400/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-12%, сегментоядерные нейтрофилы-68%, эозинофилы -1%, лимфоциты-17%, базофилы-0%, моноциты -2%. СОЭ-42 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 20% CD4 (Т-хелперы) - 5%

CD8 (Т-супрессоры) - 25% CD19 (В-лимфоциты) - 15%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,2

IgG - 9,2 г/л IgA - 1,7 г/л IgM - 1,0 г/л IgE - 195 МЕ

Концентрация ЦИК: 16 у.е.

Фагоцитарный индекс: 26%. Фагоцитарное число: 4.

Специфические антитела: К герпесу IgM ++++ IgG ++

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови? Есть или нет абсолютная лимфопения?
2. Какие изменения в иммунном статусе больного?
3. Как интерпретировать данные дополнительных исследований?
4. Тип иммунограммы?
5. Тактика ведения пациента?

Задача № 10.

Больная А., 27 лет.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-90 г/л; лейкоциты-3000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-1%, сегментоядерные нейтрофилы-31%, эозинофилы -1%, лимфоциты-55%, базофилы-0%, моноциты-12%. СОЭ-30 мм/час.

Иммунограмма:

CD3 (Т-лимфоциты) - 52% CD4 (Т-хелперы) - 18%

CD8 (Т-супрессоры) - 30% CD19 (В-лимфоциты) - 15%

Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 0,6

IgG - 10,2 г/л IgA - 2,7 г/л IgM - 1,0 г/л IgE - 35 МЕ

Концентрация ЦИК: 16 у.е.

Фагоцитарный индекс: 20%. Фагоцитарное число: 5.

Специфические антитела: IgM к VCA, IgG к VCA и NA ВЭБ

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови?
2. Какие изменения в иммунном статусе больного, степень тяжести Т-иммунодефицита?
3. Как интерпретировать данные дополнительных исследований?
4. Тип иммунограммы?
5. Тактика ведения пациента?

Задача № 11.

Девушка 15 лет поступила в стационар с подозрением на инфекционный мононуклеоз. Жалобы на высокую температуру, слабость, головные боли, першение в горле, сухой приступообразный надсадный кашель, чувство тяжести в правом подреберье, умеренную болезненность в области шеи при повороте и наклоне головы. Объективно: температура – 39,8; умеренное увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов; гепатомегалия (+2 см от края реберной дуги); отечность и гиперемия задней стенки глотки.

В анализе крови: гемоглобин-108 г/л; лейкоциты -28000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-3%, сегментоядерные нейтрофилы-32%, эозинофилы-2%, лимфоциты-47%, базофилы -1%, моноциты -15%. Атипические мононуклеары - 27 в п/з. СОЭ-32 мм/час.

При определении специфических антител методом ИФА: маркеры ВЭБ – отрицательные; антитела к ЦМВ: IgM (++++); IgG (-).

Ответьте на вопросы:

1. Каков диагноз?
2. Какие изменения в анализе крови характерны для острой инфекции, вызванной ЦМВ, ВЭБ?
3. Какие изменения в иммунном статусе больной подтвердят Ваш диагноз?
4. К какому типу Вы отнесете полученную иммунограмму?
5. Лечение?

Задача № 12.

Женщина 27 лет обратилась с жалобами на периодические умеренные боли в лучезапястных и голеностопных суставах, головную боль, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, гиперемию лица, общее недомогание, слабость, быструю утомляемость. Ухудшение состояния после срочных родов.

В анализе крови: гемоглобин-110 г/л; лейкоциты-19000/мкл; СОЭ-61 мм/час. палочкоядерные нейтрофилы-2%, сегментоядерные нейтрофилы-72%, эозинофилы-8%, лимфоциты-6%, базофилы-0%, моноциты-12%.

По иммунограмме: Т-иммунодефицит средней степени; иммунорегуляторный индекс – 5,25; В-лимфоцитоз; селективная гипергаммаглобулинемия по IgG; IgE – 58 МЕ; концентрация ЦИК – 615 у.е; гиперактивация макрофагального звена. Кроме этого, выявлены LE-клетки и высокий титр антител к нативной ДНК.

Ответьте на вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. С каким иммунологическим параметром коррелирует СОЭ?
4. Тип иммунограммы?
5. Проведение какого метода экстракорпоральной иммунокоррекции показано больной?

Задача № 13.

Молодая женщина планирует беременность. При обследовании выявлены специфические антитела класса G к ВПГ, вирусу краснухи, ЦМВ. Помимо этого, определяется IgM к ЦМВ. При детальном сборе анамнеза выяснилось, что пациентку в течение последних двух месяцев периодически беспокоит сухой кашель (не курит), отмечается слабость, сонливость, высокая утомляемость, повышение температуры до 37,2 – 37,5.

В анализе крови: гемоглобин-124 г/л; лейкоциты-5200/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-1%, сегментоядерные нейтрофилы-40%, эозинофилы -2%, лимфоциты-45%, базофилы -0%, моноциты-12%. СОЭ-9 мм/час.

В иммунном статусе наблюдается Т-лимфоцитоз, иммунорегуляторный дисбаланс за счет поражения CD4-лимфоцитов (Т-хелперов), низкая функциональная активность фагоцитарного звена.

Ответьте на вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие изменения в анализе крови подтверждают Ваш диагноз?
3. Можно ли дать положительное заключение о возможной беременности?
4. Какие дополнительные исследования перед назначением лечения необходимо провести?
5. Лечение?

Задача №14.

Женщина 68 лет месяц назад перенесла тяжелый грипп. На момент иммунологического обследования – состояние удовлетворительное. В анамнезе: хронический гастрит; холецистит; ИБС, стенокардия напряжения.

В анализе крови: гемоглобин-112 г/л; лейкоциты-5100/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-4%, сегментоядерные нейтрофилы-70%, эозинофилы-3%, лимфоциты-17%, моноциты-6%. СОЭ-18 мм/час.

В иммунном статусе: Т-иммунодефицит средней степени; иммунорегуляторный индекс – 2,0; В-лимфоцитоз; гипергаммаглобулинемия по основным классам; IgE – 89 МЕ; концентрация ЦИК – 69 у.е.; низкая функциональная активность фагоцитов.

Ответьте на вопросы:

1. Чем обусловлено изменение иммунологических параметров?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. С чем связано развитие возрастного Т-иммунодефицита?
4. К каким инфекциям предрасположен организм при Т-иммунодефицитах?
5. Надо ли проводить ИК?

Задача №15.

Больная 26 лет находится на стационарном лечении с диагнозом: разлитой гнойный перитонит, сепсис.

В анализе крови: гемоглобин-68 г/л; лейкоциты-7600/мкл; сегментоядерные нейтрофилы-88%, лимфоциты-8%, моноциты-4%. СОЭ-57 мм/час.

В иммунном статусе: Т-иммунодефицит крайне тяжелой степени, иммунорегуляторный индекс – 0,37; В-лимфопения; гипогаммаглобулинемия по основным классам; подавление функциональной активности макрофагального звена.

Ответьте на вопросы:

1. Лейкоцитарный индекс интоксикации?
2. Перечислите неблагоприятные прогностические признаки по анализу крови?
3. Тип иммунограммы?
4. С чего начинается лечение больного с генерализованной гнойной хирургической инфекции?
5. Какая иммунокорректирующая терапия показана больной?

Задача №16.

У больного 43 лет с торакоабдоминальным ножевым ранением, сквозным ранением печени и диафрагмы, осложнившимся в послеоперационном периоде формированием над- и подпеченочных абсцессов; последующими плановыми санациями брюшной полости при УЗИ на 28-ой день после первой операции выявлен очаг повышенной эхогенности в правой доле без четких контуров по ходу раневого канала, 1,2 * 1,5 см.

В анализе крови: гемоглобин-103 г/л; лейкоциты-5800/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-6%, сегментоядерные нейтрофилы-72%, эозинофилы-2%, лимфоциты-14, базофилы -0%, моноциты-6%. СОЭ-35 мм/час.

В иммунном статусе: помимо характерных для гнойной хирургической инфекции изменений, выявлено значительное увеличение концентрации IgG, резкое повышение концентрации ЦИК, гиперактивация макрофагального звена.

Ответьте на вопросы:

1. Сохраняются ли признаки бактериальной интоксикации по анализу крови?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Как Вы считаете, с чем связано появление в иммунном статусе изменений, характерных для аутоиммунных заболеваний?
4. Развитие какого заболевания высоко вероятно впоследствии у данного больного?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для исключения патологии печени, учитывая оперативные вмешательства у больного?

Задача №17.

Больной 23 лет наблюдается в поликлинике с диагнозом: пояснично-крестцовый радикулит, ишиалгия. Проведение нескольких стандартных курсов лечения эффекта не оказало, напротив, после физиотерапии состояние больного резко ухудшилось. Появилась скованность по утрам, общая слабость, высокая температура (до 39).

В анализе крови: гемоглобин-115 г/л; лейкоциты-12000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-14%, сегментоядерные нейтрофилы-63%, эозинофилы-4%, лимфоциты-7%, базофилы-1%, моноциты-11%. СОЭ-42 мм/час.

Иммуногенетическое обследование выявило наличие антигенов HLA A1; B8; B27; DR3.

Ответьте на вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Есть или нет абсолютная лимфопения?
3. Какие изменения в иммунном статусе больного подтвердят Ваш диагноз?
4. К какому типу Вы отнесете полученную иммунограмму?
5. Как перечисленные антигены системы HLA связаны с заболеванием?

Задача №18.

Больная 72 лет поступила в клинику с диагнозом: «острый живот» неясной этиологии. При обследовании обращает внимание выраженная гепатоспленомегалия. Лимфоаденопатии не наблюдается.

В анамнезе: в течение последнего месяца значительная потеря массы тела, периодически субфебрильная температура.

В анализе крови: гемоглобин-92 г/л; лейкоциты-215000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-1%, сегментоядерные нейтрофилы-26%, эозинофилы -0%, лимфоциты-71%, базофилы-0%, моноциты-2%. СОЭ-19 мм/час.

В иммунном статусе: содержание В-лимфоцитов – 87%. При иммуногистохимическом исследовании пролиферирующие клетки имеют маркер пре-В-лимфоцитов (CD19).

Ответьте на вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой из симптомов не укладывается в характерную клиническую картину иммунопролиферативных заболеваний?
3. Какому из возбудителей отводится первое место в структуре этиологических факторов иммунопролиферативных заболеваний?
4. В каком возрасте чаще всего встречается данное заболевание?
5. Ваш прогноз?

Задача №19.

Мужчина 34 лет поступил в клинику с диагнозом: проникающее огнестрельное ранение брюшной полости с ранением брыжейки и стенки тонкой кишки, осколочные ранения кистей рук, ожог роговицы обоих глаз. Травматический шок II-III. Экстренно оперирован.

Консультирован офтальмологами. Назначено лечение.

Через 3 часа после травмы в анализе крови: гемоглобин-105 г/л; лейкоциты-14600/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-23%, сегментоядерные нейтрофилы-73%, лимфоциты-2%, моноциты-2%. СОЭ-32 мм/час

По иммунограмме: Т-иммунодефицит крайне тяжелой степени, иммунорегуляторный индекс – 0,5; В-лимфопения; гипогаммаглобулинемия по основным классам; IgE – 365 МЕ; подавление функциональной активности макрофагального звена.

Ответьте на вопросы:

1. Есть или нет абсолютная лимфопения?
2. Какова причина выраженной лимфопении и развившегося грубого Т-иммунодефицита?
3. Почему в иммунном статусе больного значительный иммунорегуляторный дисбаланс?
4. Почему повышена концентрация IgE?
5. Какая иммунокорректирующая терапия показана больному?

Задача № 20.

Пациентка А., 18 лет. В клинике эпизоды надсадного кашля. Из анамнеза: ранее работала сборщиком клубники.

Развернутый анализ крови: гемоглобин-110г/л; лейкоциты-8000/мкл; палочкоядерные нейтрофилы-2%, сегментоядерные нейтрофилы-42%, эозинофилы-40%, лимфоциты-11%, моноциты-5%. СОЭ-15 мм/час.

Иммунограмма: CD3 (Т-лимфоциты) - 72% CD4 (Т-хелперы) - 40%, CD8 (Т-супрессоры) - 14% CD19 (В-лимфоциты) - 15%.

Имунорегуляторный индекс (CD4/CD8): 2,9

IgG - 14,5 г/л IgA - 5,0 г/л IgM - 1,4 г/л IgE - 800 МЕ

Концентрация ЦИК: 86 у.е.

Фагоцитарный индекс: 75%. Фагоцитарное число: 7.

Ответьте на вопросы:

1. Какие изменения в анализе крови? Есть или нет абсолютная лимфопения?
2. Какие изменения в иммунном статусе больной, степень тяжести Т-иммунодефицита?
3. Тип иммунограммы?
4. Предполагаемый диагноз?
5. Тактика ведения пациента?

Ниже приведены эталоны ответов на вопросы задач.

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, умеренная эозинофилия, относительная лимфопения, моноцитоз.

2. Абсолютная лимфопения – 1200/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Высокий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgG, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, активация функции фагоцитарного звена.

4. Т-иммунодефицит средней степени тяжести (59%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1200/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (40%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 480/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 –

100%; 480 – X. Отсюда X равен – 480 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 41% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 59%.

5. Аутоиммунный.

Эталон ответа к задаче №2.

1. Эозинофилия, относительная лимфопения.

2. Абсолютная лимфопения – 1185/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Высокий иммунорегуляторный индекс, снижена концентрация IgA, гипергаммаглобулинемия по IgE.

4. Т-иммунодефицит средней степени тяжести (37%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1185/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (62%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 735/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 735 – X. Отсюда X равен – 735 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 63% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 37%.

5. Аллергический.

Эталон ответа к задаче №3.

1. Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, относительная лимфопения, моноцитопения.

2. Абсолютная лимфопения – 292/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Низкий иммунорегуляторный индекс, гипогаммаглобулинемия по IgA и IgM, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, угнетение функции фагоцитарного звена.

4. Т-иммунодефицит крайне тяжелой степени тяжести (88%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (292/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (50%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 146/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 146 – X. Отсюда X равен – 146 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 12% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 88%.

5. Стрессовый.

Эталон ответа к задаче №4.

1. Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, анэозинофилия, относительная лимфопения.

2. Абсолютная лимфопения – 900/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Низкий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgE, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, угнетение функции фагоцитарного звена.

4. Т-иммунодефицит тяжелой степени тяжести (73%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (900/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (35%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 315/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 315 – X. Отсюда X равен – 315 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 27% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 73%.

5. Гнойная хирургическая инфекция.

Эталон ответа к задаче №5.

1. Лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, относительная лимфопения, моноцитоз. Появление атипических мононуклеаров.

2. Абсолютный лимфоцитоз – 5400/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Низкий иммунорегуляторный индекс. Т-иммунодефицита нет. Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (5400/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (47%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 2538/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл.

4. Инфекции иммунной системы.

5. Назначение противовирусных препаратов: препараты интерферона пероральные (Реаферон ЕС-липид) или в свечах (КИПферон, Генферон) в суточной дозе 1-2 млн/сутки, высокие дозы Ацикловира парентерально и перорально (не менее 4 г/сутки), дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

Эталон ответа к задаче №6.

1. Лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Эозинофилия, относительная лимфопения.

2. Абсолютная лимфопения – 1152/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Высокий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgE.

4. Т-иммунодефицит средней степени тяжести (47%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1152/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (54%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 622/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 622 – X. Отсюда X равен – 622 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 53% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 47%.

5. Аллергический.

Эталон ответа к задаче №7.

1. Анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, умеренная эозинофилия, относительная лимфопения.

2. Абсолютная лимфопения – 1320/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. Высокий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgG, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, гиперактивация функции фагоцитарного звена.

4. Т-иммунодефицит средней степени тяжести (61%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1320/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (35%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 462/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 462 – X. Отсюда X равен – 462 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 39% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 61%.

5. Аутоиммунный.

Эталон ответа к задаче №8.

1. Умеренный лейкоцитоз, умеренное ускорение СОЭ. Незначительный абсолютный лимфоцитоз – 3094/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100%.

2. Низкий иммунорегуляторный индекс. Т-иммунодефицита нет. Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (3094/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (54%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 1671/мкл (среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл).

3. Острый герпес, хронический хламидиоз.

4. Инфекции иммунной системы.

5. Назначение противовирусных препаратов: препараты интерферона пероральные (Реаферон ЕС-липинт) или в свечах (КИПферон, Генферон) в суточной дозе 1 млн/сутки, Ацикловир перорально (не менее 1 г/сутки), антибиотики не менее 2 групп на выбор: макролиды, фторхинолоны, тетрациклины, метаболическая иммунокоррекция (например, цитофлавин).

Эталон ответа к задаче №9.

1. Анемия, ускорение СОЭ. Относительная лимфопения, палочкоядерный сдвиг влево. Абсолютная лимфопения – 1258/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (норма – от 1500 до 3000/мкл).

2. Низкий иммунорегуляторный индекс, угнетение функции фагоцитов. Т-иммунодефицит тяжелой степени тяжести (79%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1258/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (20%) и делится на 100%. Абсолютные Т-лимфоциты больного – 252/мкл. В норме среднее содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 252 – X. Отсюда X равен – 252 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 21% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 79%.

3. Острый герпес, разгар заболевания.

4. Инфекции иммунной системы.

5. Назначение противовирусных препаратов: препараты интерферона пероральные (Реаферон ЕС-липинт) или в свечах (КИПферон, Генферон) в суточной дозе 1 млн/сутки, Ацикловир перорально (не менее 1 г/сутки), стимуляторы Т-звена иммунитета и СМФ с метаболическим типом действия (Имунофан, Глутоксим).

Эталон ответа к задаче №10.

1. Анемия, лейкопения, ускорение СОЭ. Относительный лимфоцитоз, моноцитоз.

2. Выраженный иммунорегуляторный дисбаланс за счет угнетения дифференцировки CD4-лимфоцитов, угнетение функции фагоцитов. Т-иммунодефицит легкой степени (27%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (1650/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (55%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 858/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 858 – X. Отсюда X равен – 858 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 73% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 27%.

3. Обострение хронически активной ВЭБ-инфекции.

4. Инфекции иммунной системы.

5. Назначение противовирусных препаратов: вальцит или препараты из группы индукторов интерферонов – йодантипирин, изопринозин, панавир или заместительная терапия иммуноглобулином человека против ВЭБ (Биофарма, Украина), с параллельным назначением метаболического иммунокорректора Глутоксима.

Эталон ответа к задаче № 11.

1. Мононуклеозоподобная форма цитомегаловирусной инфекции.

2. Лимфоцитоз, моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров.

3. Т-лимфоцитоз, выраженный иммунорегуляторный дисбаланс за счет поражения CD4-лимфоцитов (Т-хелперов), гипергаммаглобулинемия по основным классам, гиперактивация функции фагоцитарного звена.

4. Инфекции иммунной системы.

5. Детоксикационная терапия, противовирусное лечение (ганцикловир или вальцит или препараты из группы индукторов интерферонов – йодантипирин, изопринозин, панавир или заместительная терапия антицитомегаловирусными иммуноглобулинами), симптоматическое лечение.

Эталон ответа к задаче №12.

1. Системная красная волчанка, активность III.

2. Абсолютная лимфопения – 1140/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. С концентрацией циркулирующих иммунных комплексов.
4. Аутоиммунный.
5. Плазмаферез.

Эталон ответа к задаче № 13.

1. Хроническая цитомегаловирусная инфекция, обострение.
2. Лимфоцитоз, моноцитоз.
3. Нет, поскольку высок риск внутриутробного поражения плода ЦМВ, обладающим тератогенным воздействием.

4. Анализ мазка на ЦМВ методом ПЦР.

5. Комбинированное противовирусное лечение с использованием препарата из группы индукторов интерферонов с параллельным назначением метаболического иммунокорректора (например, йодантипирин и глутоксим или изопринозин и глутоксим или йодантипирин и цитофлавин) с обязательной санацией слизистой половых путей (например, кипферон или панавир-свечи или циклоферон-линимент).

Эталон ответа к задаче №14.

1. Возрастом.

2. Абсолютная лимфопения – 867/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. С инволюцией вилочковой железы (тимуса).

4. К вирусным, грибковым и паразитарным.

5. Учитывая низкую функциональную активность фагоцитов, можно рекомендовать препарат из группы метаболических иммунокорректоров, например, цитофлавин или мексидол.

Эталон ответа к задаче №15.

1. ЛИИ – 7,3 (при норме 0,4 – 1,6). Свидетельствует о выраженной бактериальной интоксикации. Подсчет: по формуле крови – процент сегментоядерных нейтрофилов делится на сумму лимфоцитов и моноцитов.

2. Выраженная анемия, «ножницы» между лейкоцитозом и СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы «вправо» с явным преобладанием зрелых форм нейтрофилов (угнетение регенеративных и компенсаторных возможностей костного мозга).

3. Гнойная хирургическая инфекция.

4. С адекватной (по возможности) хирургической санации гнойных очагов.

5. Только иммунозаместительная терапия. Идеальным является переливание лейкомассы, при невозможности – препараты иммуноглобулинового ряда и метаболические иммунокорректоры (реамберин или цитофлавин, глутоксим).

Эталон ответа к задаче №16.

1. Нет. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – 1,4 (при норме 0,4 – 1,6). Подсчет: по формуле крови – сумма двойного процента палочкоядерных нейтрофилов и процента сегментоядерных нейтрофилов делится на произведение сумм (лимфоциты плюс моноциты) и (эозинофилы плюс единица).

2. Абсолютная лимфопения – 812/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).

3. С формированием аутоиммунного компонента к разрушенному печеночному детриту.

4. Хронического аутоиммунного гепатита.

5. Исследование периферической крови на маркеры вирусных гепатитов В и С.

Эталон ответа к задаче №17.

1. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).
2. Абсолютная лимфопения – 840/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).
3. Высокий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgG, увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов, активация функции фагоцитарного звена.
4. Аутоиммунный.
5. Наличие в генотипе антигенов HLAB8; DR3 за счет генетического дефекта дифференцировки супрессорных клеток предрасполагает к развитию аутоиммунных заболеваний. HLA B27 – практически фатально сцеплен с болезнью Бехтерева (риск развития заболевания составляет от 75% до 90%).

Эталон ответа к задаче №18.

1. Пролимфоцитарный лейкоз.
2. Отсутствие лимфоаденопатии.
3. Вирусу Эпштейна-Барр.
4. У лиц преклонного возраста.
5. Неблагоприятный, поскольку данное заболевание отличается устойчивостью к химиотерапии.

Эталон ответа к задаче №19.

1. Выраженная абсолютная лимфопения – 292/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).
2. Травматический стресс.
3. Это происходит за счет действия стрессовых гормонов: глюкокортикостероиды и катехоламины угнетают дифференцировку CD4-лимфоцитов (Т-хелперов), а кортизол стимулирует дифференцировку CD8-клеток (Т-супрессорные/цитотоксические лимфоциты).
4. Это связано с развитием реакций аутоенсибилизации на фоне массивного разрушения тканей и клеток периферической крови.
5. Только иммунозаместительная терапия. Идеальным является переливание лейкомассы, при невозможности – препараты иммуноглобулинового ряда и метаболические иммунокорректоры (реамберин или цитофлавин, глутоксим).

Эталон ответа к задаче № 20.

1. Выраженная эозинофилия. Абсолютная лимфопения – 880/мкл. Подсчет: содержание лейкоцитов в мкл умножается на процент лимфоцитов в формуле крови и делится на 100% (нормальное абсолютное количество лимфоцитов от 1500 до 3000/мкл).
2. Высокий иммунорегуляторный индекс, гипергаммаглобулинемия по IgE. Т-иммунодефицит средней степени тяжести (46%). Подсчет: абсолютное количество лимфоцитов (880/мкл) умножается на процент Т-лимфоцитов в иммунограмме (72%) и делится на 100%. Абсолютное количество Т-лимфоцитов больного составило – 634/мкл. Среднее нормальное содержание Т-лимфоцитов – 1175/мкл. Пропорция: 1175 – 100%; 634 – X. Отсюда X равен – 634 умножается на 100% и делится на 1175. Получается 54% содержания Т-лимфоцитов от нормы, следовательно, дефицит составляет 46%.
3. Аллергический/паразитарный.
4. Аскаридоз. Стадия линьки аскарид.
5. Кал на яйца глистов в динамике через 2 и через 4 недели. Антигистаминные препараты. При обнаружении яиц аскарид и подтверждении диагноза – антигельминтные препараты: Вермокс, Декарис, Немазол.

Тесты по дисциплине «Иммунология»

001. ОСНОВНАЯ «БАЗИСНАЯ» ФУНКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) защита от возбудителей инфекционных болезней

- 2) распознавание «своего» и «чужого»
- 3) отторжение пересаживаемых органов, тканей, клеток
- 4) обеспечение нормального внутриутробного развития плода
- 5) обеспечение нейроиммуноэндокринных взаимодействий в организме

002. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) лактоферрин
- 2) лизоцим
- 3) интерферон
- 4) фагоцитоз
- 5) лимфокины

003. ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЙ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) антигенпрезентирующая
- 2) антигенсвязывающая
- 3) регуляторная
- 4) двигательная
- 5) опсонизация объекта

004. ЛИМФОКИНЫ СЕКРЕТИРУЮТСЯ:

- 1) лимфоцитами, находящимися в покое
- 2) активированными макрофагами
- 3) активированными тромбоцитами
- 4) активированными лимфоцитами
- 5) моноцитами

005. ЭЛИМИНАЦИЮ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

- 1) плазмоциты
- 2) моноциты
- 3) макрофаги
- 4) эозинофилы
- 5) Т-киллеры

006. РЕАКЦИЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА ВНЕДРЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ВИРУСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

- 1) в активации Т-хелперов
- 2) в ингибировании Т-супрессоров
- 3) в лизисе Т-киллерами клеток организма, имеющих на себе вирусные детерминанты
- 4) в ингибировании Т-хелперов
- 5) в активации Т-супрессоров

007. ДЛЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) продукция иммуноглобулинов классов М и G
- 2) специфичность
- 3) отсутствие реакции на антиген со стороны В-лимфоцитов
- 4) отсутствие реакции на антигены собственного организма
- 5) отсутствие реакции на антиген со стороны Т-лимфоцитов

008. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ АНТИГЕНОМ:

- 1) полиэлектролиты
- 2) металлы

- 3) липополисахариды
- 4) белки
- 5) полисахариды

009. АКТИВАЦИЯ КОМПЛЕМЕНТА КОМПЛЕКСОМ АНТИГЕН-АНТИТЕЛО, НАХОДЯЩИМСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЧУЖЕРОДНОЙ КЛЕТКИ, ПРИВОДИТ:

- 1) к активации В-лимфоцитов
- 2) к активации Т-лимфоцитов
- 3) к инаktivации макрофагов
- 4) к разрушению чужеродной клетки компонентами комплемента
- 5) к активации фагоцитоза

010. ХЕМОТАКСИС ВЫЗЫВАЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕМ ОБЪЕКТОМ ФАГОЦИТОЗА:

- 1) интерферонов
- 2) ферментов лизосом
- 3) продуктов жизнедеятельности
- 4) IgE
- 5) C1-компонента комплемента

011. ПРЕПАРАТ, ИНДУЦИРУЮЩИЙ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ Т-ХЕЛПЕРОВ (CD4):

- 1) Т-активин
- 2) тималин
- 3) вилозен
- 4) левамизол
- 5) спленопид

012. ОСНОВНЫМ КЛАССОМ АНТИТЕЛ, СИНТЕЗИРУЕМЫХ ПРИ ВТОРИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) IgA
- 2) IgM
- 3) IgG
- 4) IgE
- 5) IgD

013. В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) IgA
- 2) макрофагам
- 3) IgE
- 4) Т-хелперам
- 5) Т-супрессорам

014. К ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) комплемент
- 2) лизоцим
- 3) нормальные антитела
- 4) иммуноглобулины А, М, G
- 5) интерфероны

015. ОСНОВНЫМ ИММУНОГЛОБУЛИНОМ, ЗАЩИЩАЮЩИМ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Ig A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) IgD

016. КАКИЕ КЛЕТКИ НЕ УЧАСТВУЮТ В ГУМОРАЛЬНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ, ИНДУЦИРОВАННОМ ТИМУСНЕЗАВИСИМЫМ АНТИГЕНОМ?

- 1) В-клетки
- 2) Т-клетки
- 3) макрофаги
- 4) плазматические клетки
- 5) моноциты

017. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОБЛАДАЕТ ИММУНОСУПРЕССИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

- 1) циклоспорин А
- 2) кризанол
- 3) преднизолон
- 4) индометацин
- 5) имудон

018. Т-НЕЗАВИСИМЫЕ АНТИГЕНЫ ВЫЗЫВАЮТ СИНТЕЗ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА:

- 1) IgA
- 2) IgM
- 3) IgG
- 4) IgE
- 5) IgD

019. В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) IgM
- 2) макрофагам
- 3) IgE
- 4) В-лимфоцитам
- 5) Т-лимфоцитам

020. КАКИЕ КЛЕТКИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2:

- 1) макрофаги
- 2) лимфоциты периферической крови
- 3) лимфоциты костного мозга
- 4) лимфоциты лимфатических узлов
- 5) лимфоциты селезенки

021. ПРИ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ПО АЛЬТЕРНАТИВНОМУ ПУТИ НЕ УЧАСТВУЕТ:

- 1) комплекс антиген-антитело
- 2) интерфероны
- 3) IgA
- 4) липополисахариды бактерий или полисахариды растений

5) фактор Д

022. ОСНОВНЫМ КЛАССОМ АНТИТЕЛ, СИНТЕЗИРУЕМЫХ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) IgA
- 2) IgM
- 3) IgG
- 4) IgE
- 5) IgD

023. К ФУНКЦИЯМ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) противоопухолевая
- 2) фагоцитарная
- 3) сохранение информации об антигене
- 4) антигенсвязывающая
- 5) опсонизация объекта

024. ПРЕПАРАТ, ИНДУЦИРУЮЩИЙ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ Т-СУПРЕССОРОВ (CD8):

- 1) суспензия зимозана
- 2) лития карбонат
- 3) левамизол
- 4) нуклеинат натрия
- 5) аскорбиновая кислота

025. ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) фагоцитарная
- 2) антителопродуцирующая
- 3) антигенпрезентирующая
- 4) цитотоксическая
- 5) иммунорегуляторная

026. К СИСТЕМЕ МАКРОФАГАЛЬНЫХ ФАГОЦИТОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) клетки Купфера
- 2) альвеолярные макрофаги
- 3) клетки Лангерганса
- 4) клетки Боткина-Гумпрехта
- 5) кератиноциты

027. РЕАКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА ВНЕДРЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ВИРУСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

- 1) в разрушении антителами вирусов в тканях организма
- 2) в блокаде прикрепления вирусов к клетке-мишени организма
- 3) во внутриклеточном разрушении вируса в клетках организма
- 4) в активации антителами макрофагальной системы

028. ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ НЕ СПОСОБНЫ СЕКРЕТИРОВАТЬ:

- 1) адреналин
- 2) простагландины
- 3) хорионический гонадотропин
- 4) адренкортикотропный гормон

5) фибриноген

029. ПРЕПАРАТ, СТИМУЛИРУЮЩИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ:

1) окись цинка

2) миелопид

3) гипериммунная антистафилококковая плазма

4) сандоглобулин

5) В-активин

030. ФУНКЦИЯ ТЕЛЕЦ ГАССАЛЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ВЫРАБОТКЕ ГОРМОНОВ:

1) тиреоидных

2) тимических

3) глюкокортикостероидов

4) интерлейкинов

5) интерферонов

031. АНТИГЕНЫ ГЛАВНОГО ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОБОЗНАЧАЮТСЯ:

1) АВ0

2) H-2

3) HLA

4) Rh

5) Kell

032. ДЛЯ АКТИВАЦИИ КОМПЛЕМЕНТА ПО КЛАССИЧЕСКОМУ ПУТИ НЕОБХОДИМО:

1) комплекс антиген-антитело

2) интерфероны

3) IgA

4) липополисахариды бактерий или полисахариды растений

5) фактор Д

033. НАЙДИТЕ ОШИБКУ:

1) каждая молекула Ig содержит две легкие и две тяжелые полипептидные цепи

2) класс Ig зависит от наличия специфической тяжелой цепи

3) легкие цепи содержатся во всех классах Igg

4) в молекуле Ig одна тяжелая и одна легкая цепь

5) строение Ig определяет его функциональные свойства

034. К ФУНКЦИЯМ ИНТЕРФЕРОНОВ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) участие в распознавании антигена

2) регуляция иммунного ответа

3) подавление соединения РНК вируса с рибосомами клеток организма хозяина

4) цитотоксическое действие на вирус

5) антибактериальная активность

035. СПЕЦИФИЧЕСКИМ РЕЦЕПТОРОМ ДЛЯ Т-ХЕЛПЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) CD3

2) CD8

3) CD4

4) HLA-DR

5) CD19

036. К СТИМУЛЯТОРАМ В-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ОТНОСИТСЯ:

- 1) Т-активин
- 2) миелопид
- 3) левамизол
- 4) диуцифон
- 5) тимоген

037. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУННОГО ОТВЕТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) количества образующихся антител
- 2) аффинности антител
- 3) авидности антител
- 4) количества гранулоцитов в периферической крови
- 5) числа лимфоцитов, способных воспринимать антигенный стимул

038. ПРИ ПЕРВОМ ПОПАДАНИИ АНТИГЕНА В ОРГАНИЗМ АНТИТЕЛА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВПЕРВЫЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ:

- 1) через 24 часа
- 2) через 48 часов
- 3) через 72 часа
- 4) через неделю
- 5) через месяц

039. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ:

- 1) ИЛ-1
- 2) ИЛ-2
- 3) ИЛ-3
- 4) ИЛ-4
- 5) ИЛ-10

040. С КАКОГО ПРОЦЕССА НАЧИНАЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА:

- 1) обработка информации в ядрах гипоталамуса
- 2) активация В-лимфоцитов с последующей трансформацией их в плазматические клетки
- 3) распознавание и презентация макрофагом антигена
- 4) активация Т-хелперов и выработка ими ИЛ-2
- 5) выработка макрофагами ИЛ-1

041. НОРМАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ АБСОЛЮТНОГО СОДЕРЖАНИЯ Т-ЛИМФОЦИТОВ В 1 МКЛ КРОВИ РАВЕН:

- 1) 1500-3000
- 2) 4000-7000
- 3) 850-1500
- 4) 700-2500
- Д 400- 700

042. ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) аппендикулярный отросток
- 2) пейеровы бляшки
- 3) селезенка
- 4) печень
- 5) костный мозг

043. МИШЕНЯМИ МИТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ИЛ-2 НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Т-хелперы
- 2) макрофаги
- 3) Т-киллеры
- 4) эритроциты
- 5) НК-клетки

044. АНТИГЕННОСТЬ ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ОТ ЕГО:

- 1) способа попадания в организм
- 2) химических свойств
- 3) молекулярной массы
- 4) наличия в его молекуле двухвалентных элементов
- 5) степени поляризации молекулы

045. ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) селезенка
- 2) лимфоузлы
- 3) тимус
- 4) пейеровы бляшки
- 5) бронхо-ассоциированная лимфоидная ткань

046. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ПЕРВИЧНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ОТ ВТОРИЧНОГО:

- 1) иммуноглобулины представлены преимущественно IgM
- 2) максимальный уровень антител выше
- 3) период персистенции антител больше
- 4) иммуноглобулины представлены преимущественно IgG
- 5) возникает при повторном попадании антигена в организм

047. К МЕТОДАМ ИММУНОКОРРЕКЦИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) генная инженерия
- 2) антибактериальная терапия
- 3) трансплантация органов и тканей иммунной системы
- 4) коррекция гормонами и медиаторами иммунной системы
- 5) иммунофармакологическая коррекция

048. ДЛЯ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) нарушение регуляторного звена Т-клеточного иммунитета
- 2) нарушение в СМФ
- 3) нарушение функции фагоцитов
- 4) изменение функциональной активности миелобластов в костном мозге
- 5) поликлональная активация В-звена

049. КЛАСС ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, ИМЕЮЩИХ МАКСИМАЛЬНУЮ ВАЛЕНТНОСТЬ:

- 1) Ig A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig Д

050. ПРЕПАРАТ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СМФ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА:

- 1) спленоид
- 2) суспензия зимозана
- 3) лития карбонат
- 4) нуклеинат натрия
- 5) аскорбиновая кислота

051. КАКОЙ КЛАСС ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕАКЦИЮ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА:

- 1) IgM
- 2) IgG
- 3) IgA
- 4) IgE
- 5) IgD

052. ОРГАНОМ, В КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА Т-ЛИМФОЦИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) костный мозг
- 2) вилочковая железа
- 3) селезенка
- 4) лимфатические узлы
- 5) пейеровы бляшки кишечника

053. ИНТЕРЛЕЙКИНЫ – ЭТО

- 1) белки, выделяемые покоящимися лимфоцитами
- 2) белки, относящиеся к разряду антител, выделяемые активированными лимфоцитами
- 3) белки, не относящиеся к разряду антител, выделяемые активированными лимфоцитами и макрофагами

054. К ГУМОРАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) белки системы комплемента
- 2) специфические иммуноглобулины
- 3) лизоцим
- 4) интерфероны
- 5) пропердин

055. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ:

- 1) биостим
- 2) полиоксидоний
- 3) ИРС-19
- 4) рибомунил
- 5) имудон

056. КАКАЯ ОБЛАСТЬ ЛИМФОУЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ ТИМУСЗАВИСИМОЙ ЗОНОЙ?

- 1) поверхностный корковый слой
- 2) паракортикальная область
- 3) мозговое вещество

057. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ СИНТЕЗИРУЮТСЯ

- 1) в плазматических клетках
- 2) в Т-лимфоцитах
- 3) в полиморфноядерных лейкоцитах

- 4) в макрофагах
- 5) в эритроцитах

058. IGM АНТИТЕЛА НЕ СПОСОБНЫ:

- 1) проявлять антибактериальные свойства
- 2) связывать комплемент
- 3) участвовать в первичном иммунном ответе
- 4) проникать через плаценту
- 5) иметь период полувыведения – 5-6 дней

059. КЛЕТОЧНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) макрофаги
- 2) естественные киллеры
- 3) тромбоциты
- 4) эозинофилы
- 5) Т-киллеры

060. КАКОЙ ЦИТОКИН ОБЛАДАЕТ ПРЯМЫМ ЦИТОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ В ОТНОШЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК:

- 1) IL-2
- 2) INF
- 3) IL-7
- 4) TNF- α
- 5) IL-12

061. ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ В СПЕЦИФИЧЕСКОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) лимфоцитам
- 2) нейтрофилам
- 3) тромбоцитам
- 4) эозинофилам
- 5) тучным клеткам

062. К ФАКТОРАМ ЕСТЕСТВЕННОГО ИММУНИТЕТА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) естественные барьеры
- 2) слизистые оболочки
- 3) фагоцитоз
- 4) иммуноглобулины
- 5) воспаление

063. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К СПЕЦИФИЧЕСКОМУ ИММУННОМУ ОТВЕТУ:

- 1) клеточный иммунитет
- 2) нейтрофильный иммунитет
- 3) гуморальный иммунитет

064. ОСНОВНЫМИ КЛЕТКАМИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) В-клетки
- 2) макрофаги
- 3) Т-лимфоциты

- 4) ничего из перечисленного
- 5) все из перечисленных

065. КАКИЕ КЛЕТКИ ОТНОСЯТСЯ К АНТИГЕН-ПРЕЗЕНТИРУЮЩИМ КЛЕТКАМ:

- 1) нейтрофилы
- 2) дендритные клетки
- 3) эозинофилы
- 4) тромбоциты
- 5) лимфоциты

066. Что не относится к функциям макрофага:

- 1) фагоцитоз антигена
- 2) экспрессия молекул HLA класса II
- 3) презентация пептидных фрагментов антигена другим клеткам ИС
- 4) синтез интерлейкина-1
- 5) синтез интерлейкина-2

067. КАКОЙ ИЗ РЕЦЕПТОРОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МАРКЕРОМ СУБПОПУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ:

- 1) CD15 T-лиганд
- 2) CD4-лимфоциты
- 3) CD8-лимфоциты
- 4) CD19-лимфоциты
- 5) CD3-клетки

068. КАКИЕ КЛЕТКИ ПРОДУЦИРУЮТ Igg КЛАССА А:

- 1) цитотоксические лимфоциты
- 2) CD4-лимфоциты
- 3) плазматические клетки
- 4) макрофаги
- 5) дендритные клетки

069. КАКИЕ КЛЕТКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕН ТОЛЬКО В КОМПЛЕКСЕ С МОЛЕКУЛОЙ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ:

- 1) В-клетки
- 2) Т-клетки

070. СВОЙСТВОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗЫВАТЬСЯ С АНТИГЕНОМ:

- 1) да
- 2) нет

071. АНТИТЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЗАЩИТЫ:

- 1) против внутриклеточных антигенов
- 2) против экстрацеллюлярных микроорганизмов
- 3) против опухолевых антигенов

072. К ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) миндалины
- 2) лимфатические узлы
- 3) вилочковая железа
- 4) селезенка

5) пейеровы бляшки

073. ОСНОВНЫМ КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЕКРЕТЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) IgM
- 2) IgG
- 3) IgA
- 4) IgE
- 5) IgD

074. АКТИВНЫМ ЦЕНТРОМ МОЛЕКУЛЫ АНТИТЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ^

- 1) константные участки полипептидных цепей
- 2) переменные участки полипептидных цепей
- 3) верно 1) и 2)

075. К ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЕ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) полиморфноядерные лейкоциты
- 2) моноциты
- 3) макрофаги
- 4) натуральные киллеры

076. ПРЕПАРАТ, ДЕЙСТВУЮЩИЙ НА Т-ЗВЕНО ИММУНИТЕТА:

- 1) имунофан
- 2) миелопид
- 3) гипериммунная антистафилококковая плазма
- 4) сандоглобулин
- 5) В-активин

077. ОСНОВНЫМ МЕСТОМ ОНТОГЕНЕЗА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ: В-

- 1) селезенка
- 2) костный мозг
- 3) вилочковая железа
- 4) лимфатические узлы
- 5) пейеровы бляшки

078. ПРЕПАРАТ, ИНДУЦИРУЮЩИЙ СОЗРЕВАНИЕ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ Т-ХЕЛПЕРОВ:

- 1) тималин
- 2) вилозен
- 3) Т-активин
- 4) левамизол
- 5) спленоид

079. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК НЕ ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ К ФАГОЦИТОЗУ:

- 1) остеокласты
- 2) астроциты
- 3) альвеолярные макрофаги
- 4) олигодендроциты
- 5) перитонеальные макрофаги

080. К ТКАНЕВЫМ МАКРОФАГАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) клетки Купфера
- 2) кератиноциты
- 3) базофилы и тучные клетки
- 4) остеокласты и гистиоциты
- 5) селезеночные макрофаги

081. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ УЧАСТВУЕТ ВО ВНУТРИКЛЕТОЧНОМ КИЛЛИНГЕ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- 1) лизосомальные ферменты
- 2) цитохром P₂₅₄
- 3) перекись водорода
- 4) активные формы кислорода
- 5) интерфероны

082. АКТИВАЦИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА КОМПЛЕКСОМ АНТИГЕН-АНТИТЕЛО, НАХОДЯЩИМСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЧУЖЕРОДНОЙ КЛЕТКИ, ПРИВОДИТ К:

- 1) активации В-лимфоцитов
- 2) активации Т-лимфоцитов
- 3) инактивации макрофагов
- 4) разрушению чужеродной клетки компонентами комплемента
- 5) активации фагоцитоза

083. ПЕРИОД ПОЛУРАСПАДАIGG:

- 1) 2-3 дня
- 2) 5-6 дней
- 3) 21-23 дня
- 4) 30-35 дней
- 5) 55-60 дней

084. ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ:

- 1) тимус и лимфатические узлы
- 2) селезенка
- 3) пейеровы бляшки
- 4) костный мозг и тимус
- 5) костный мозг и селезенка

085. Т- ЛИМФОЦИТЫ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДЯТ ИЗ:

- 1) полипотентной стволовой кроветворной клетки
- 2) клеток селезенки
- 3) лимфоцитов лимфы
- 4) унипотентной предшественницы Т-лимфоцитов костного мозга с последующим созреванием в тимусе
- 5) из стволовой бипотентной предшественницы миелопоэза

086. ИНТЕРЛЕЙКИНЫ – ЭТО:

- 1) антитела
- 2) медиаторы воспаления и иммунного ответа
- 3) гепариноподобные вещества
- 4) гормоны
- 5) факторы свертывания крови

087. В ХОДЕ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРОИСХОДИТ МЕЖКЛЕТОЧНАЯ КООПЕРАЦИЯ МЕЖДУ:

- 1) макрофагами и В-лф
- 2) макрофагами, Т- и В-лф
- 3) макрофагами, тимоцитами и В-лф
- 4) макрофагами и Т-лф
- 5) Т-лф, В-лф и плазматическими клетками

088. К ФАГОЦИТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) нейтрофилы, макрофаги
- 2) естественные киллеры
- 3) тромбоциты
- 4) В-лимфоциты
- 5) нейтрофилы, макрофаги, плазматические клетки

089. АНТИГЕН-ПРЕЗЕНТИРУЮЩИМИ КЛЕТКАМИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) клетки системы мононуклеарных фагоцитов
- 2) НК-клетки
- 3) Т-лимфоциты
- 4) В-лимфоциты
- 5) базофилы

090. ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ – ЭТО:

- 1) миеломные белки
- 2) комплексы IgG-комплемент
- 3) комплексы антиген-антитело, антиген-антитело-комплемент
- 4) комплексы антиген-комплемент
- 5) криоглобулины

091. ЭЛИМИНАЦИЮ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

- 1) моноциты
- 2) макрофаги
- 3) Т-киллеры
- 4) клетки Пуркинье
- 5) плазмоциты

092. ГЛАВНЫЙ КОМПЛЕКС ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА – ЭТО:

- 1) комплекс генов, кодирующих синтез иммуноглобулинов
- 2) система генов, обеспечивающая наличие групп крови по АВО
- 3) система генов, кодирующая синтез белков острой фазы
- 4) система генов, кодирующая синтез белков системы комплемента
- 5) система генов с высоким полиморфизмом, детерминирующая тканевую несовместимость при аллотрансплантации тканей

093. АНТИГЕНЫ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОБОЗНАЧАЮТСЯ:

- 1) АВ0
- 2) Rh
- 3) H-2
- 4) HLA

5) MNS

094. ПРЯМЫМ ЦИТОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ В ОТНОШЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ОБЛАДАЕТ:

- 1) IL-2
- 2) TNF- α
- 3) IL-7
- 4) INF
- 5) IL-12

095. ЧТО ТАКОЕ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ:

- 1) цитокины
- 2) интерфероны
- 3) адгезивные молекулы
- 4) антитела – эффекторы гуморального ответа
- 5) предшественники нейромедиаторов

096. НА КАКОЙ ХРОМОСОМЕ НАХОДИТСЯ ГЕНЫ HLA:

- 1) на 2
- 2) на 6
- 3) на 14
- 4) на 21
- 5) на 22

097. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ НАДЁЖНЫЙ МЕТОД ПРИ ПОДБОРЕ ДОНОРА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ИЛИ ТКАНЕЙ:

- 1) определение групп крови
- 2) определение Rh-фактора
- 3) определение цитокинового профиля
- 4) оценка иммунного статуса
- 5) определение HLA

098. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫЙ НАБОР ИММУНОКОРРИГИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ В-КЛЕТОЧНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ:

- 1) T-активин, тимопозтин
- 2) препараты бифидобактерий
- 3) миелопид, сандоглобулин
- 4) нуклеинат натрия
- 5) глутоксим

099. СВОЙСТВО АНТИГЕНА, ОТ КОТОРОГО ЗАВИСИТ РАЗВИТИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВОЗБУДИТЕЛЮ:

- 1) чужеродность
- 2) антигенность
- 3) иммуногенность
- 4) специфичность
- 5) неспецифичность

100. СВОЙСТВО АНТИГЕНА, ОТ КОТОРОГО ЗАВИСИТ «СИЛА» ИММУННОГО ОТВЕТА:

- 1) чужеродность

- 2) антигенность
- 3) иммуногенность
- 4) специфичность
- 5) неспецифичность

ВОПРОСЫ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ ПО ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЯМ

101. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) иммуносупрессивная терапия, спленэктомия
- 2) хромосомные нарушения
- 3) воздействие физических, химических повреждающих факторов
- 4) онкологические заболевания
- 5) хронические инфекции

102. ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) нарушения питания, стрессов
- 2) лучевой терапии
- 3) оперативного лечения
- 4) онкологических заболеваний
- 5) хромосомных нарушений

103. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ В НОРМЕ В ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЕ ПРЕОБЛАДАЮТ ЛИМФОЦИТЫ:

- 1) сразу после рождения
- 2) в пубертатном периоде
- 3) до 4-6 лет
- 4) у пожилых людей
- 5) у долгожителей

104. НАИБОЛЕЕ РАННИЕ, ЧАСТЫЕ И ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИММУНОДЕФИЦИТА:

- 1) опухоли
- 2) аутоиммунные расстройства
- 3) рецидивирующая инфекция
- 4) аллергические реакции
- 5) психические расстройства

105. ЧТОБЫ ПРЕДПОЛОЖИТЬ, ЧТО В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ УЧАСТВУЮТ ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ III ТИПА, НЕОБХОДИМО ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО ОБНАРУЖИТЬ:

- 1) снижение IgA, IgM, IgG
- 2) снижение CD3, CD4, CD8
- 3) высокий показатель НСТ-теста
- 4) резкое повышение ЦИК
- 5) снижение соотношения CD4/CD8

106. ИММУНОДЕФИЦИТ ПО ГУМОРАЛЬНОМУ ТИПУ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ, ЕСЛИ В ИММУННОМ СТАТУСЕ БОЛЬНОГО ОБНАРУЖЕНЫ:

- 1) ниже нормы содержание Т-лимфоцитов (CD3)
- 2) ниже нормы содержание IgA, IgG, IgM
- 3) ниже нормы показатели фагоцитоза
- 4) ниже нормы уровни CD4 и CD8

5) ниже нормы показатели NK

107. ДЕФИЦИТ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- 1) рецидивирующей инфекцией *S. aureus*
- 2) хронической пиодермией
- 3) персистенцией вирусов и других внутриклеточных паразитов
- 4) дисбактериозом желудочно-кишечного тракта
- 5) хронической инфекцией верхних дыхательных путей

108. ВЫБЕРИТЕ АНТИБИОТИК, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ДЕЙСТВИЕ НА ХЛАМИДИИ:

- 1) цефазолин
- 2) бензилпенициллин
- 3) доксоциклин
- 4) карбенициллин
- 5) цефтриаксон

109. ВЫБЕРИТЕ АУТОВАКЦИНУ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:

- 1) тимоген
- 2) рибомунил
- 3) сандоглобулин
- 4) бифидобактерии
- 5) имудон

110. ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ:

- 1) снижение Т-лимфоцитов, повышение иммуноглобулинов
- 2) повышение Т-лимфоцитов, дисиммуноглобулинемия
- 3) повышение Т-лимфоцитов, снижение В-лимфоцитов
- 4) снижение Т-лимфоцитов и иммуноглобулинов
- 5) повышение Т-лимфоцитов, повышение В-лимфоцитов

111. УКАЖИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА Ig A:

- 1) отсутствие плазматических клеток, продуцирующих Ig A
- 2) резкое снижение или отсутствие содержания секреторного и сывороточного Ig A
- 3) эксудативные энтеропатии
- 4) атопии с выраженной аллергической реакцией иммунного типа
- 5) лимфоцитопения периферической крови

112. ПРИ В-ИММУНОДЕФИЦИТЕ ОРГАНИЗМ ПРЕДРАСПОЛОЖЕН К:

- 1) вирусной инфекции
- 2) паразитарной инвазии
- 3) микозам
- 4) бактериальной инфекции
- 5) специфической инфекции

113. ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) вирусные инфекции
- 2) нарушение питания
- 3) хронический стресс
- 4) ионизирующее излучение
- 5) прием витаминов группы В

114. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НЕОБХОДИМО:

- 1) переливание препаратов иммуноглобулинового ряда
- 2) переливание лейкомассы
- 3) назначение тимусных гормонов
- 4) назначение поливитаминов и метаболитов
- 5) назначение иммуностимуляторов широкого спектра действия

115. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) геморрагический синдром
- 2) судороги
- 3) спленомегалия
- 4) рецидивирующие гнойные воспалительные заболевания
- 5) экзема

116. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМОТОЗА У ДЕТЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) геморрагический синдром
- 2) атопический дерматит, осложняющийся пиодермией
- 3) гепатоспленомегалия
- 4) часто в анамнезе абсцессы печени, легких
- 5) рецидивирующий септический процесс в анамнезе

117. УКАЖИТЕ ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ БРУТОНА:

- 1) отсутствие или резкое снижение содержания IgG и IgA
- 2) нормальное содержание Т-лимфоцитов в крови
- 3) отсутствие или уменьшение В-клеток в костном мозге
- 4) высокое содержание плазматических клеток в селезенке
- 5) нормальное содержание НК-клеток в периферической крови

118. УКАЖИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЛЯ СИНДРОМА ЧЕДИАКА-ХИГАШИ:

- 1) геморрагический синдром
- 2) повышение чувствительности к гнойным инфекциям, вызванным грамотрицательными возбудителями
- 3) гипопигментация кожи, волос, радужных оболочек
- 4) гиперспленизм
- 5) повышенная чувствительность кожи к солнечному свету

119. К ИММУННЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ СИНДРОМЕ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) лимфоцитопения
- 2) тромбоцитопения
- 3) высокие показатели Ig E в сыворотке крови
- 4) снижение уровня сывороточного Ig M
- 5) снижение пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на антигенную стимуляцию

120. РАЗВИТИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ:

- 1) врожденном селективном иммунодефиците IgA

- 2) врожденном селективном иммунодефиците IgG
- 3) синдроме Луи-Бар
- 4) болезни Брутона
- 5) синдроме Ди-Джорджи

121. ПО ПОРАЖЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК:

- 1) Т-иммунодефицит, В-иммунодефицит, недостаточность по СМФ
- 2) первичные, вторичные
- 3) острые, хронические
- 4) легкой, средней и тяжелой степени
- 5) ожоговые, стрессовые, лучевые, раковые и т.д.

122. ДЛЯ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И СИНДРОМОВ С ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) частые обострения заболевания
- 2) непрерывное течение с переходом в хроническое
- 3) политопность
- 4) ОРВИ менее 5 раз в год
- 5) прогредиентность течения ведущего иммунопатологического синдрома

123. КРИТЕРИЙ, ИСКЛЮЧАЮЩИЙ ДИАГНОЗ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА:

- 1) частые генерализованные инфекции в анамнезе
- 2) нарушения клеточного и (или) гуморального иммунитета
- 3) гистологические изменения в лимфоидных органах
- 4) склонность к системному поражению, торпидность к антибиотикотерапии
- 5) отсутствие изменений в иммунном статусе

124. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛУИ-БАРА:

- 1) телеангиоэктазии склер и кожи
- 2) мозжечковая атаксия
- 3) отсутствие парашитовидных желез
- 4) склонность к инфекционным заболеваниям бронхолегочной системы
- 5) задержка физического развития

125. УКАЖИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЕ ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ДЛЯ СИНДРОМА ЧЕДИАКА-ХИГАШИ:

- 1) гранулоцитопения
- 2) содержание Т- и В-клеток снижено в периферической крови
- 3) в лейкоцитах обнаруживаются гигантские включения, дающие положительную реакцию на пероксидазу
- 4) гипогаммаглобулинемия в сыворотке крови
- 5) тромбоцитопения

126. ПО ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК:

- 1) Т-иммунодефицит, В-иммунодефицит, недостаточность по СМФ
- 2) первичные, вторичные
- 3) острые, хронические
- 4) легкой, средней и тяжелой степени
- 5) ожоговые, стрессовые, лучевые, раковые и т.д.)

127. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ:

- 1) % содержания лимфоцитов в формуле крови менее 10
- 2) абсолютной лимфопении менее 1000/мкл
- 3) дефиците Т-лимфоцитов более 66%
- 4) дефиците Т-лимфоцитов 1-33%
- 5) абсолютной лимфопении менее 1500/мкл

128. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЕЗНИ БРУТОНА:

- 1) повышенная чувствительность организма к бактериальным инфекциям
- 2) отсутствие сниженной резистентности к вирусной инфекции
- 3) частые аллергические реакции в анамнезе
- 4) нередко признаки ревматоидного артрита или дерматомиозита
- 5) геморрагический синдром

129. РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ НЕ СПОСОБСТВУЮТ:

- 1) антибиотики
- 2) адаптогены
- 3) иммунодепрессанты
- 4) цитостатики
- 5) сульфаниламиды

130. УКАЖИТЕ УРОВЕНЬ ДЕФЕКТА ПРИ СЕЛЕКТИВНОМ ДЕФИЦИТЕ IgA:

- 1) блок на уровне возникновения стволовых клеток
- 2) нарушение преобразования стволовой клетки в тимоцит
- 3) отсутствие трансформации стволовой клетки в В-лимфоцит, синтезирующий IgM
- 4) дефект на этапе преобразования пре-В-лимфоцита в В-лимфоцит
- 5) неспособность к преобразованию В- лимфоцита в клетку, синтезирующую IgA

131. ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА НЕЗЕЛОФА:

- 1) высокое количество зрелых Т - лимфоцитов в крови
- 2) снижение функциональной активности активности Т-лимфоцитов
- 3) нормальное содержание Ig в плазме крови
- 4) слабо выражена реакция ГЗТ
- 5) снижение содержания Т-лимфоцитов в крови

132. УКАЖИТЕ НЕХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ГУДА:

- 1) тимома
- 2) низкий уровень циркулирующих лимфоцитов
- 3) резко сниженное содержание всех классов иммуноглобулинов
- 4) тромбоцитопения
- 5) дефицит эритробластов в костном мозге

133. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- 1) В-иммунодефицитов
- 2) Т-иммунодефицитов
- 3) недостаточности по СМФ
- 4) недостаточности по системе комплемента
- 5) морфодисплазий

134. ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ЛУИ-БАР:

- 1) гипоплазия тимуса
- 2) поликлональная активация В-клеток
- 3) дефицит IgA, IgE
- 4) снижение функциональной активности Т-лимфоцитов
- 5) отрицательная реакция на введение туберкулина

135. ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ:

- 1) признаки незавершенного фагоцитоза нейтрофилов
- 2) резкое снижение или отсутствие результатов НСТ-теста
- 3) снижение бактериальной активности фагоцитов за счет недостаточности НАДФ-оксидазы и низкого уровня H_2O_2
- 4) нарушение бактерицидного эффекта фагоцитов за счет дефекта миелопероксидазы
- 5) процесс фагоцитоза не сопровождается хемилюминесценцией

136. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ДИ-ДЖОРДЖИ:

- 1) гипоплазия или аплазия тимуса
- 2) гипокальциемия
- 3) тяжелые судороги
- 4) полиморфная сыпь
- 5) инфекции дыхательных и мочевыводящих путей

137. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ДЕФЕКТА ПРИ АГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ БРУТОНА:

- 1) блок на уровне возникновения стволовых клеток
- 2) нарушение преобразования стволовой клетки в тимоцит
- 3) отсутствие трансформации стволовой клетки в В-лимфоцит, синтезирующий IgM
- 4) дефект на этапе преобразования пре-В-лимфоцитов в В-лимфоциты
- 5) неспособность к превращению В-лимфоцита в клетку, синтезирующую IgA

138. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА IgA:

- 1) стоматиты
- 2) конъюнктивиты
- 3) хронические бронхиты и пневмонии
- 4) коллагенозы
- 5) хронические гастриты, энтероколиты и колиты

139. ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ДИ-ДЖОРДЖИ:

- 1) резкое снижение содержания лимфоцитов в периферической крови
- 2) отсутствие или снижение содержания В-клеток в костном мозге
- 3) отсутствие реакции гиперчувствительности замедленного типа на антигены
- 4) отсутствие реакции бласттрансформации на ФГА
- 5) может быть повышение содержания IgE в сыворотке крови

140. БОЛЕЗНЬ БРУТОНА:

- 1) наследуется аутосомно-доминантно
- 2) наследуется аутосомно-рецессивно
- 3) наследуется сцепленно с X-хромосомой
- 4) наследуется полигенно
- 5) носит дисэмбриогенетический характер

141. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ИДС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синдром септицемии, септикопиемии с гнойными поражениями кожи
- 2) синдром рецидивирующих отитов, бронхитов, пневмоний
- 3) желудочно-кишечный синдром с хроническим дисбактериозом, энтероколитом
- 4) кожно-висцеральный генерализованный кандидоз
- 5) хориоретиниты

142. КАКОЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕ СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ФАГОЦИТАРНОЙ ФУНКЦИИ ПОЛИМОРФОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ:

- 1) хроническая гранулоцитарная болезнь
- 2) синдром Луи-Бар
- 3) дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы нейтрофилов
- 4) дефицит миелопероксидазы нейтрофилов
- 5) липохромный гистиоцитоз

143. ДЛЯ ОЦЕНКИ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) количественное определение Т-лимфоцитов и их субпопуляций
- 2) определение уровня гормонов тимуса
- 3) идентификация продуцируемых цитокинов
- 4) определение функциональной активности макрофагов
- 5) выявление способности осуществлять эффекторные функции Т-лимфоцитов

144. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НЕ ЗАВИСИТ:

- 1) локализации первичного очага инфекции
- 2) степени стрессового воздействия на организм
- 3) тяжести интоксикации
- 4) распространенности патологического процесса
- 5) белково-калорийной недостаточности питания

145. ПРИЗНАК, НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИММУННОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ:

- 1) увеличение содержания основных классов иммуноглобулинов
- 2) увеличение функциональной активности макрофагального звена
- 3) нормальное содержание Т-лимфоцитов
- 4) дефицит по Т-клеточному звену
- 5) В-лимфоцитоз

146. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА IgA:

- 1) отиты
- 2) коллагенозы
- 3) хронические бронхиты и пневмонии
- 4) дисбактериоз
- 5) хронические гастриты, энтероколиты и колиты

147. ЦЕЛЬЮ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОДЕФИЦИТОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) подтверждение формы и типа иммунодефицита
- 2) определение компенсаторных возможностей ИКК
- 3) выбор возможного метода иммунокоррекции
- 4) определение патогенетического эффекта иммуномодулятора

5) уточнение клинической формы иммунодефицита

148. ОСОБЕННОСТЬЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВТОРИЧНЫХ ИДС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) затяжное или хроническое с частыми обострениями течение
- 2) склонность воспалительного процесса к системному поражению
- 3) течение воспалительного процесса редко осложняется формированием гнойных очагов инфекции
- 4) в развитии воспалительного процесса ведущая роль принадлежит микст-инфекции
- 5) торпидность к антибактериальной терапии

149. ИММУННЫЙ СТАТУС ТОЧНЕЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- 1) количественные характеристики иммунокомпетентных клеток
- 2) оценка функциональной активности иммунокомпетентных клеток
- 3) оценка активности внутриклеточных ферментов
- 4) взаимосвязь комплекса количественных и функциональных показателей иммунной системы
- 5) оценка биофизического состояния мембран иммунокомпетентных клеток

150. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ:

- 1) % содержания лимфоцитов в формуле крови менее 10
- 2) абсолютной лимфопении менее 1000/мкл
- 3) дефиците Т-лимфоцитов 66-80%
- 4) дефиците Т-лимфоцитов 1-33%
- 5) абсолютной лимфопении менее 1500/мкл

151. К ТЕСТАМ I УРОВНЯ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) относительное и абсолютное количество лимфоцитов
- 2) иммунорегуляторный индекс
- 3) количество Т-лимфоцитов
- 4) количество В-лимфоцитов
- 5) концентрация сывороточных иммуноглобулинов

152. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) ориентировочные тесты первого уровня
- 2) определение синтеза цитокинов
- 3) определение активности энзимов, ассоциированных с иммунодефицитами
- 4) анализ смешанных клеточных культур с целью определения Ig-продуцирующей функции В-лимфоцитов
- 5) генетический и цитологический анализ хромосомного материала

153. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНОГО К ВИРУСНЫМ И ГРИБКОВЫМ ИНФЕКЦИЯМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ:

- 1) макрофагов
- 2) В-клеток
- 3) Т-клеток
- 4) нейтрофилов
- 5) системы комплемента

154. АБСОЛЮТНАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТИМУСА НАЧИНАЕТСЯ:

- 1) с момента рождения
- 2) с 15-17 лет

- 3) с 18-22 лет
- 4) с 45-50 лет
- 5) после 65 лет

155. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КЛЕТОЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

В-

- 1) трансплантация тимуса
- 2) введение тимических гормонов
- 3) введение иммуноглобулинов
- 4) введение антибиотиков
- 5) все вышеперечисленное

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

- 1) изменения в системе иммунитета, обусловленные количественным дефицитом иммунокомпетентных клеток
- 2) изменения в системе иммунитета в результате нарушения этапов созревания, дифференцировки, функциональной активности и числа клеток, участвующих в иммунном ответе
- 3) изменения в системе иммунитета в результате нарушения функциональной активности клеток, участвующих в иммунном ответе

157. ВТОРИЧНЫЕ ИДС КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) с первых дней жизни
- 2) с 4-6 месяцев жизни
- 3) с 2 лет
- 4) с 11-13 лет
- 5) в разном возрасте

158. ЗАДАЧЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В КЛИНИКЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) иммунодиагностика
- 2) прогнозирование течения заболевания
- 3) контроль за качеством иммунокоррекции
- 4) постановка диагноза заболевания
- 5) назначение иммунокорректирующей терапии по показаниям

159. При постановке диагноза ведущее значение имеет:

- 1) клиническая картина заболевания
- 2) изменение иммунного статуса
- 3) изменение биохимических показателей
- 4) изменение клинико-лабораторных показателей
- 5) изменение рентгенологической, УЗ-картины

160. При первичном Т-иммунодефиците часто диагностируются:

- А. бактериальные инфекции
- Б. бронхиальная астма
- В. гемофилия А
- Г. аномалии развития почек
- Д. вирусные инфекции

ВОПРОСЫ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ

ПО КЛИНИЧЕСКИМ РАЗДЕЛАМ ИММУНОЛОГИИ

161. В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) IgA
- 2) макрофагам
- 3) IgE
- 4) Т-хелперам
- 5) Т-супрессорам

162. ПРЕПАРАТ, СТИМУЛИРУЮЩИЙ ПРОЛИФЕРАЦИЮ И ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ Т-СУПРЕССОРОВ:

- 1) Т-активин
- 2) рибомунил
- 3) имунофан
- 4) левамизол
- 5) полиоксидоний

163. В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ РЕАКЦИИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) IgM
- 2) макрофагам
- 3) IgE
- 4) В-лимфоцитам
- 5) Т-лимфоцитам

164. ТИПИЧНЫЙ СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ СЕЗОННОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

- 1) аспергиллус
- 2) тимофеевка, ежа
- 3) домашняя пыль
- 4) шерсть кошки
- 5) перо подушки

165. ТИПИЧНЫЙ СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ КРУГЛОГОДИЧНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ:

- 1) берёза
- 2) фузариум
- 3) домашняя пыль
- 4) полынь
- 2) тимофеевка, ежа

166. ВЕДУЩИЙ МЕДИАТОР ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГИИ В РАННЕЙ ФАЗЕ:

- 1) ИЛ-4
- 2) лейкотриены
- 3) гистамин
- 4) ИЛ-1
- 5) простагландины

167. КЛЕТКА, ИМЕЮЩАЯ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГИИ В ПОЗДНЕЙ ФАЗЕ:

- 1) нейтрофил

- 2) эозинофил
- 3) тучная клетка
- 4) макрофаг
- 5) лимфоцит

168. ЧТО ТАКОЕ СИТ:

- 1) введение иммунокорректора
- 2) прививание против ВПЧ
- 3) прививание против краснухи
- 4) вакцинация причинно-значимым аллергеном
- 5) прививание против кори

169. КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ:

- 1) наличие предварительной сенсибилизации
- 2) снижение уровней IgD и IgM
- 3) наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, дисбактериозов
- 4) наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям
- 5) снижение уровней IgA и IgG

170. В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

- 1) снижение общего уровня Т-лимфоцитов, содержания цитотоксических Т-лимфоцитов
- 2) снижение гемолитической активности комплемента
- 3) снижение выработки медиаторов
- 4) снижение уровня ИФН-а, НК-клеток
- 5) снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, содержания IgG, В-лимфоцитов.

171. РЕАКЦИЯ МАНТУ ОТРАЖАЕТ СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К TUBERCULOSIS:

М.

- 1) Типа II
- 2) Типа I
- 3) Типа III
- 4) Типа IV
- 5) Типа V

172. ИЗМЕНЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИММУНОГРАММЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- 1) снижение количества Т-супрессоров
- 2) нормальное содержание Т-хелперов
- 3) значительное увеличение концентрации IgE
- 4) нормальное или повышенное содержание В-лимфоцитов
- 5) общая гипергаммаглобулинемия

173. АЛЛЕРГИЯ – СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА, ПРИ КОТОРОМ:

- 1) иммунный ответ развивается на неизмененные аутоантигены
- 2) происходит усиление процессов пролиферации в лимфоидной ткани с нарушением созревания и дифференцировки иммунокомпетентных клеток
- 3) иммунный ответ на определенный антиген сопровождается патологическими повреждающими реакциями
- 4) иммунный ответ развивается на экзогенные антигены
- 5) иммунный ответ не развивается

174. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) загрязнение окружающей среды отходами промышленных предприятий
- 2) контакт с аллергеном
- 3) широкое проведение профилактических прививок
- 4) влияние социально-биологических факторов
- 5) возрастание радиоактивного фона

175. ИЗМЕНЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИММУНОГРАММЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- 1) выявление Т-иммунодефицитов различной степени тяжести
- 2) дефект Т-супрессорного звена
- 3) В-лимфоцитоз
- 4) гиперпродукция IgG A, M, G
- 5) активация функциональной активности макрофагов

176. ПРИ СБОРЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ:

- 1) сезонность заболевания
- 2) связь заболевания с инфекцией
- 3) связь с гемотрансфузиями
- 4) социально-бытовые условия пациента
- 5) связь заболевания с физической нагрузкой и эмоциональным стрессом

177. КАКОЕ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ:

- 1) метилурацил
- 2) реамберин
- 3) глутоксим
- 4) имунофан
- 5) нуклеинат натрия

178. ПРИ ХОБЛ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СРОКОВ РЕМИССИИ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рибомунил
- 2) метилурацил
- 3) имунофан
- 4) нуклеинат натрия
- 5) лейкоген

179. ДЛЯ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- 1) образование антител к аллергену
- 2) образование сенсibilизированных лимфоцитов к аллергену
- 3) соединение антител или сенсibilизированных лимфоцитов с аллергеном
- 4) образование биологически активных медиаторов
- 5) патогенное действие образовавшихся медиаторов на организм

180. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ ИЗ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гемосорбция
- 2) плазмаферез
- 3) лимфаферез
- 4) иммуносорбция
- 5) гипербарическая оксигенация

В вопросах с 181 по 214 нужно оценить ИСТИННОСТЬ или ЛОЖНОСТЬ высказывания, данного в виде положения.

Поставьте: 1- если высказывание истинно, 2 - если ложно.

181. АЛЛЕРГИЯ – СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА, ПРИ КОТОРОМ ИММУННЫЙ ОТВЕТ НА ОПРЕДЕЛЕННЫЙ АНТИГЕН СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДАЮЩИМИ РЕАКЦИЯМИ. (А)

182. АЛЛЕРГЕНЫ НЕ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ АНТИГЕНОВ. (В)

183. ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ КОНТАКТ С АЛЛЕРГЕНОМ. (А)

184. ПЕРВОЕ МЕСТО ПО КОЛИЧЕСТВУ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КОЖНЫХ И ПРОВОКАЦИОННЫХ ПРОБ СРЕДИ АЛЛЕРГЕНОВ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЗАНИМАЕТ ПАТОГЕННЫЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТАФИЛОКОКК. (В)

185. АКТИВНЫМ КОМПОНЕНТОМ АЛЛЕРГЕНА ИЗ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕЩИ РОДА *DERMATOPHAGOIDES PTERONISSIMUS*. (А)

186. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ЯД ПЕРЕПОНЧАТОКРЫЛЫХ МОГУТ ПРОТЕКАТЬ В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ: ОТ КРАПИВНИЦЫ ДО АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ. (А)

187. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ОСОБЕННО ПРИ ПОРАЖЕНИИ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К НАСЕКОМЫМ. (А)

188. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ЮНОШЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. (В)

189. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ СПОСОБСТВУЮТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ С НАРУШЕНИЕМ ПРОЦЕССОВ ВСАСЫВАНИЯ И УГНЕТЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВЫХ ФЕРМЕНТОВ. (А)

190. ФЕРОМОНЫ ЧЕЛОВЕКА НЕ СПОСОБНЫ СЕНСИБИЛИЗИРОВАТЬ ОРГАНИЗМ. (В)

191. В ПАТОГЕНЕЗЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЫДЕЛЯЮТ ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ, ПАТОХИМИЧЕСКУЮ И ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ СТАДИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА. (А)

192. ПАТОХИМИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ОХВАТЫВАЕТ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ, ВОЗНИКАЮЩИЕ С МОМЕНТА ПОСТУПЛЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА В ОРГАНИЗМ. (В)

193. АТОПИЯ – СВОЕОБРАЗНАЯ ФОРМА ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ IGE-СПЕЦИФИЧЕСКИХ Т-СУПРЕССОРОВ И ГИПЕРАКТИВАЦИЕЙ В-ЗВЕНА. (А)
194. ПРОВЕДЕНИЕ КОЖНЫХ ПРОБ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ НА СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ РЕАКЦИЙ. (В)
195. РЕАКЦИЯ ПРАУСНИТЦА-КЮСТНЕРА – РЕАКЦИЯ АКТИВНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ КОЖИ. (В)
196. ОДНОМОМЕНТНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИКОЖНЫХ ПРОБ НЕ РЕГЛАМЕНТИРОВАНО ИХ КОЛИЧЕСТВОМ. (В)
197. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАЗАЛЬНОГО ПРОВОКАЦИОННОГО ТЕСТА В ОБА НОСОВЫХ ХОДА ЗАКАПЫВАЮТ АЛЛЕРГЕН В КОНЦЕНТРАЦИИ, ДАЮЩЕЙ СЛАБОПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ КОЖНУЮ ПРОБУ. (В)
198. ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕАКЦИИ АЛЛЕРГЕН-АНТИТЕЛО ЯВЛЯЕТСЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ. (А)
199. ДЛИТЕЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ МАЛЫХ ПОДПороГОВЫХ ДОЗ АЛЛЕРГЕНА ИНДУЦИРУЕТ ОБРАЗОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИГЕН-РЕАКТИВНЫХ Т-СУПРЕССОРОВ. (А)
200. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВКЛЮЧАЕТ ШИРОКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ АКТИВНОСТЬ Т-ХЕЛПЕРОВ. (В)
201. КЛАССИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ СЛУЖИТ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. (В)
202. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ "ПРОМЫШЛЕННОЙ" БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДИТ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ТРЕМЯ ВЕЩЕСТВАМИ: ФОРМАЛИНОМ, ФТАЛИЕВЫМ АНГИДРИДОМ И ИЗОЦИОНАТАМИ. (А)
203. ПРАКТИЧЕСКИ ЛЮБОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЕЩЕСТВО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ. (А)
204. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ СБОР АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА. (А)
205. ПРОВЕДЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННОГО ПРОВОКАЦИОННОГО ТЕСТА ВОЗМОЖНО В ЛЮБЫХ УСЛОВИЯХ. (В)
206. ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАПРАВЛЕНА, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА ЭЛИМИНАЦИЮ АЛЛЕРГЕНА. (А)
207. ДЛЯ ТОРМОЖЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕГРАДУЛЯЦИИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК И БАЗОФИЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НАКОПЛЕНИЕ ЦАМФ. (А)

208. В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНО ШИРОКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАНГЛИОБЛОКАТОРОВ. (В)

209. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, ПОВЫШАЮЩИХ ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРОВ БАЗОФИЛОВ И ТУЧНЫХ КЛЕТОК К ГИСТАМИНУ. (В)

210. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ ОТХОЖДЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОГО СЕКРЕТА И УСИЛИВАЮЩИЕ РЕГЕНЕРАЦИЮ ПОВРЕЖДЕННОЙ СЛИЗИСТОЙ. (А)

211. В МЕХАНИЗМЕ "РАННЕГО" ОТВЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ БАЗОФИЛАМ, ТУЧНЫМ КЛЕТКАМ И МАКРОФАГАМ. (А)

212. СИНТЕЗ IGE В "РАННЕМ" ОТВЕТЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ КОНТРОЛИРУЕТСЯ АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИМИ Т-ХЕЛПЕРАМИ И Т-СУПРЕССОРАМИ. (А)

213. РАЗВИТИЕ "ПОЗДНЕГО" ОТВЕТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ОСНОВНОМ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГЕНАМИ. (В)

214. ЛЕГОЧНЫЕ МАКРОФАГИ В "ПОЗДНЕМ" ОТВЕТЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ РЕГУЛИРУЮТ ДЕСТРУКЦИЮ ТКАНИ В ЗОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ КОМПЛЕКСОМ ПРОСТАГЛАНДИНОВ, ТРОМБОКСАНОВ И ДРУГИХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. (А)

215. ОСОБЕННОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВТОРИЧНЫХ ИДС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) затяжное или хроническое с частыми обострениями течение
- 2) склонность воспалительного процесса к системному поражению
- 3) торпидность к антибактериальной терапии
- 4) в развитии воспалительного процесса ведущая роль принадлежит микст-инфекции
- 5) течение воспалительного процесса редко осложняется формированием гнойных очагов инфекции

216. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ:

- 1) значительное увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов
- 2) общая гипергаммаглобулинемия
- 3) увеличение количества Т-супрессоров
- 4) увеличение количества Т-хелперов
- 5) гиперфункция макрофагального звена

217. АУТОАНТИТЕЛА, ОТСУТСТВУЮЩИЕ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ:

- 1) наличие аутоантител к тиреоглобулину
- 2) наличие аутоантител к Т3 и Т4
- 3) наличие аутоантител к коллоидному антигену
- 4) наличие аутоантител к мембранному антигену
- 5) наличие аутоантител к ТТГ-рецепторам

218. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие аутоантител к ТТГ-рецепторам
- 2) наличие аутоантител к Т3 и Т4

- 3) повышение активности клеточных цитотоксических реакций
- 4) наличие аутоантител к мембранному антигену
- 5) наличие аутоантител к тиреоглобулину

219. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ИММУНОКОРРЕКТОРОМ:

- 1) глутоксим
- 2) реамберин
- 3) метилурацил
- 4) тимоген
- 5) нуклеинат натрия

220. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СКВ:

- 1) наличие С3а, С5а-компонентов комплемента
- 2) наличие аутоантител к структурам клеточного ядра
- 3) наличие антирибосомальных аутоантител
- 4) наличие LE-клеток
- 5) дефектность С4-компонента комплемента

221. К ОРГАНОНЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 2) узелковый периартериит
- 3) иммунологическое бесплодие
- 4) демиелинизирующий полирадикулоневрит
- 5) аутоиммунный орхит

222. К ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) системная красная волчанка
- 2) дерматомиозит
- 3) сахарный диабет I типа
- 4) склеродермия
- 5) миастения гравис

223. ПРИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) гемосорбция, плазмаферез, иммуносорбция
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) интерлейкины с противовоспалительным эффектом
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты
- 5) иммуномодулятор Т-активин

224. Для коррекции Т-иммунодефицита тяжелой степени у больного с III степенью активности СКВ препаратом выбора является:

- 1) Т-активин
- 2) тималин
- 3) имунофан
- 4) левамизол
- 5) рибомунил

225. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ:

- 1) значительное увеличение концентрации циркулирующих иммунных комплексов
- 2) увеличение содержания Т-хелперов
- 3) дефект Т-супрессоров
- 4) общая или селективная гипергаммаглобулинемия
- 5) подавление функциональной активности макрофагов

226. ИММУННЫЕ РЕАКЦИИ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 1) анафилактические
- 2) цитотоксические и цитолитические
- 3) иммунокомплексные
- 4) нейтрализации и инактивации
- 5) гранулематозные

227. ОТМЕТЬТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ.

АУТОАНТИТЕЛА -

- 1) нормальный и постоянный компонент иммунной системы
- 2) играют главную роль в информационном обмене между нейроэндокринной и иммунной системами
- 3) повышаются при стрессе, беременности и старении
- 4) бывают, в основном, цитотоксическими
- 5) выявляются у здоровых лиц к различным органам и тканям

228. ОТМЕТЬТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ.

ОРГАНОНЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) развиваются на основе регуляторных физиологических аутоиммунных процессов
- 2) это заболевания с иммунным ответом на многие аутоантигены разных органов и тканей
- 3) часто сопровождаются развитием иммунодефицитных состояний
- 4) часто сопровождаются иммунокомплексным поражением сосудистого русла
- 5) могут встречаться в различных сочетаниях

В вопросах с 229 по 242 нужно оценить ИСТИННОСТЬ или ЛОЖНОСТЬ высказывания, данного в виде положения.

Поставьте: 1 - если высказывание истинно, 2 - если ложно.

229. АУТОИММУНИЗАЦИЯ - РЕАГИРОВАНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА НОРМАЛЬНЫЕ (НЕИЗМЕНЕННЫЕ) АНТИГЕНЫ СОБСТВЕННЫХ ТКАНЕЙ (АУТОАНТИГЕНЫ). (А)

230. АУТОАНТИТЕЛА, ПОВЫШАЮЩИЕСЯ ПРИ СТРЕССЕ, БЕРЕМЕННОСТИ, СТАРЕНИИ И МНОГИХ ДРУГИХ СОСТОЯНИЯХ, ПРЕДСТАВЛЯЮТ, В ОСНОВНОМ, ЦИТОТОКСИЧЕСКИЕ АУТОАНТИТЕЛА. (В)

231. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ УЧАСТВУЮТ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ГОМЕОСТАЗОМ И ЯВЛЯЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ МЕХАНИЗМАМИ ЕГО РЕГУЛЯЦИИ. (А)

232. ВЫДЕЛЯЮТ "САНИТАРНЫЕ" И РЕГУЛЯТОРНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ. (А)

233. ФУНКЦИЯ "САНИТАРНЫХ" АУТОИММУННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НАПРАВЛЕНА НА ЭЛИМИНАЦИЮ И УТИЛИЗАЦИЮ ОТМИРАЮЩИХ И ПОВРЕЖДЕННЫХ КЛЕТОК. (А)

234. РЕГУЛЯТОРНЫЕ АУТОИММУННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ НЕОБХОДИМЫ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ВНУТРИ САМОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ. (А)

235. С НЕАДЕКВАТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ "САНИТАРНЫХ" АУТОИММУННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СВЯЗАНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. (В)

236. С ВЫШЕДШИМИ ИЗ-ПОД КОНТРОЛЯ РЕГУЛЯТОРНЫМИ АУТОИММУННЫМИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ СВЯЗАНО РАЗВИТИЕ ОРГАНОНЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОИММУННЫХ БОЛЕЗНЕЙ. (В)

237. СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЯМ, А ТАКЖЕ НЕКОТОРЫМ ФИЗИЧЕСКИМ И ХИМИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ. (А)

238. ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ПРОНИЦАЕМЫ ДЛЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ В ТКАНЯХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ ОРГАНИЗМА. (А)

239. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕЖАТ ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ С ВЕДУЩЕЙ РОЛЬЮ ДИСФУНКЦИИ ТИМУСА И ОСЛАБЛЕНИЕМ СУПРЕССОРНЫХ РЕАКЦИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ. (А)

240. РЕАКЦИИ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИС НА ВНЕДРЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ВИРУСОВ:

- 1) уменьшение величины иммунорегуляторного индекса
- 2) связывание иммуноглобулинов с вирусами и их элиминация
- 3) лизис Т-киллерами клеток организма, имеющих на себе вирусные детерминанты
- 4) ингибирование Т-хелперов
- 5) активация Т-супрессоров

241. РЕАКЦИЯ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НА ВНЕДРЕНИЕ В ОРГАНИЗМ ВИРУСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1) разрушении антителами вирусов в тканях организма
- 2) связывании иммуноглобулинов с вирусами и их элиминации
- 3) внутриклеточном разрушении вируса в клетках организма
- 4) блокаде прикрепления вирусов к клетке-мишени организма
- 5) активации антителами макрофагальной системы

242. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНОГО К ВИРУСНЫМ И ГРИБКОВЫМ ИНФЕКЦИЯМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ:

- 1) макрофагов
- 2) В-клеток
- 3) Т-клеток

- 4) нейтрофилов
- 5) системы комплемента

243. К СВОЙСТВАМ ИНТЕРФЕРОНОВ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) термостабильность
- 2) противовирусная активность
- 3) неспецифичность по отношению к вирусам
- 4) способность подавлять соединение вирусной РНК с рибосомами клеток организма хозяина
- 5) термолабильность

244. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ:

- 1) нарушение регуляторного звена Т-клеточного иммунитета
- 2) повышение продукции интерферонов
- 3) нарушение функции фагоцитов
- 4) изменение функциональной активности миелобластов в костном мозге
- 5) поликлональная активация В-звена

245. РАЗВИТИЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ НЕ СВЯЗАНО С:

- 1) длительной персистенцией вируса в организме
- 2) способностью вируса инфицировать клетки иммунной системы
- 3) выработкой под действием вируса лимфоцитотоксических антител
- 4) активацией под действием вируса Т-супрессоров
- 5) активацией под действием вируса Т-хелперов

246. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ИНФЕКЦИЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) В-лимфоцитоз
- 2) резкое снижение содержания Т-хелперов
- 3) подавление функциональной активности макрофагов
- 4) общая гипогаммаглобулинемия
- 5) выявление высоких титров специфических антител

247. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) лихорадка
- 2) потеря массы тела
- 3) профузные ночные поты
- 4) зуд
- 5) геморрагический синдром

248. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА:

- 1) Т-иммунодефицит
- 2) наличие специфических противовирусных антител
- 3) повышение уровня иммунорегуляторного индекса
- 4) повышенная склонность к вирусным инфекциям
- 5) поражение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов

249. ИММУНОДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) определение количества Т-лимфоцитов

- 2) определение количества В-лимфоцитов
- 3) определение количества Т-лимфоцитов
- 4) определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов
- 5) оценка реакции бласттрансформации лимфоцитов

250. НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ В ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА С:

- 1) лимфолейкозами
- 2) токсоплазмозом
- 3) дифтерией
- 4) цитомегаловирусной инфекцией
- 5) паротитом

251. ВЕДУЩИМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие атипических моноклеаров
- 2) снижение количества Т-хелперов
- 3) увеличение функциональной активности макрофагов
- 4) наличие специфических антител к вирусу Эпштейна-Барр
- 5) гипергаммаглобулинемия

252. К ИНФЕКЦИЯМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) цитомегаловирусная инфекция
- 2) описторхоз
- 3) герпетическая инфекция
- 4) вирусный гепатит
- 5) хламидиоз

253. РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНЫХ ИДС НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) вирусные инфекции
- 2) нарушение питания
- 3) хронический стресс
- 4) ионизирующее излучение
- 5) экстракорпоральная иммуносорбция

254. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ НЕОБХОДИМО:

- 1) назначение адаптогенов и поливитаминов
- 2) переливание лейкомассы
- 3) проведение специфической иммунокоррекции тимусными гормонами
- 4) переливание препаратов иммуноглобулинового ряда
- 5) назначение иммуностимуляторов широкого спектра действия

255. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) распространенности патологического процесса
- 2) локализации первичного очага инфекции
- 3) тяжести интоксикации
- 4) степени стрессового воздействия на организм
- 5) белково-калорийной недостаточности питания

256. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНОГО К ВИРУСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ:

- 1) макрофагов

- 2) В-клеток
- 3) Т-клеток
- 4) нейтрофилов
- 5) системы комплемента

257. ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ:

- 1) % содержания лимфоцитов в формуле крови менее 10
- 2) абсолютной лимфопении менее 1000/мкл
- 3) дефиците Т-лимфоцитов более 66%
- 4) дефиците Т-лимфоцитов 1-33%
- 5) абсолютной лимфопении менее 1500/мкл

258. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ:

- 1) % содержания лимфоцитов в формуле крови менее 10
- 2) абсолютной лимфопении менее 1000/мкл
- 3) дефиците Т-лимфоцитов 66-80%
- 4) дефиците Т-лимфоцитов 1-33%
- 5) абсолютной лимфопении менее 1500/мкл

259. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НЕОБХОДИМО:

- 1) назначение иммуномодуляторов химиотерапевтического ряда
- 2) переливание лейкомассы
- 3) проведение специфической иммунокоррекции тимусными гормонами
- 4) назначение адаптогенов и поливитаминов
- 5) назначение иммуномодуляторов широкого спектра действия

260. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ:

- 1) подавление функциональной активности макрофагов
- 2) снижение содержания Т-хелперов
- 3) увеличение количества Т-супрессоров
- 4) В-лимфопения
- 5) общая гипергаммаглобулинемия

261. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ, ОБРАЗОВАВШИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ, СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ И ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ, НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) агранулоцитозом
- 2) тромбоцитопенической пурпурой
- 3) анемией
- 4) остеопорозом
- 5) острым воспалением

262. ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНОГО К БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕФИЦИТЕ:

- 1) макрофагов
- 2) В-клеток
- 3) Т-клеток
- 4) нейтрофилов
- 5) системы комплемента

263. КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛОГО Т-ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНОГО С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С:

- 1) назначения специфической иммунокоррекции тимусными гормонами
- 2) адекватной хирургической обработки гнойного очага
- 3) проведения форсированного диуреза
- 4) проведения экстракорпоральной иммунокоррекции
- 5) переливания "теплой" донорской крови

264. НАИБОЛЬШИМ ИММУНОСУПРЕССИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНЕСТЕТИКОВ ОБЛАДАЕТ:

- 1) седуксен
- 2) калипсол
- 3) фторотан
- 4) закись азота
- 5) промедол

265. СТЕПЕНЬ ИММУНОСУПРЕССИИ У БОЛЬНОГО С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- 1) распространенности патологического процесса
- 2) тяжести интоксикации
- 3) исходного состояния макроорганизма
- 4) вирулентности и количества микроорганизма
- 5) нозологической формы заболевания

266. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ С ПАРАЛЛЕЛЬНЫМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНОГО СЕПСИСОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Т-активин
- 2) тималин
- 3) тимоген
- 4) имунофан
- 5) диуцифон

267. ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) длительно сохраняющаяся послеоперационная лимфопения
- 2) увеличение концентрации трансаминаз АЛТ, АСТ
- 3) анэозинофилия
- 4) появление или нарастание концентрации С-реактивного белка
- 5) сдвиг лейкоцитарной формулы влево или вправо

268. ТОЛЕРАНТНОСТЬ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) отсутствием реакции на антиген со стороны Т-лимфоцитов
- 2) специфичностью
- 3) отсутствием реакции на антиген со стороны В-лимфоцитов
- 4) отсутствием реакции на антигены собственного организма
- 5) продукцией иммуноглобулинов классов М и G

269. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СРОК 13-14 НЕДЕЛЬ):

- 1) увеличение содержания Т-супрессоров
- 2) снижение количества Т-хелперов

- 3) увеличение иммунорегуляторного индекса
- 4) В-лимфоцитоз
- 5) высокая функциональная активность макрофагов

270. ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОГРАММЫ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (СРОК 37-38 НЕДЕЛЬ):

- 1) уменьшение содержания Т-супрессоров
- 2) снижение количества Т-хелперов
- 3) увеличение иммунорегуляторного индекса
- 4) В-лимфоцитоз
- 5) высокая функциональная активность макрофагов

271. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕС-ИНФЕКЦИИ (ГЕНИТАЛЬНАЯ ФОРМА) У БЕРЕМЕННОЙ В СРОКИ 15-16 НЕДЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ацикловир
- 2) противогерпетический иммуноглобулин
- 3) валтрекс
- 4) амиксин
- 5) виферон

272. К ИММУНОСУПРЕССИВНЫМ АГЕНТАМ, ВЫРАБАТЫВАЕМЫМ ПЛАЦЕНТОЙ И ПЛОДОМ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Т-супрессоры
- 2) лимфокины
- 3) В-лимфоциты
- 4) L-фетопротеин
- 5) хорионический гонадотропин

273. К МЕХАНИЗМАМ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- 1) выработка блокирующих антител
- 2) усиление продукции глюкокортикостероидов
- 3) усиление дифференцировки Т-супрессоров
- 4) усиление дифференцировки Т-хелперов
- 5) усиление продукции кортизола

274. ИММУНОПАТОГЕНЕЗ ГЕСТОЗОВ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) снижение проницаемости маточно-плацентарного барьера для элементов плодного яйца
- 2) фиксация циркулирующих иммунных комплексов в клубочках почек
- 3) развитие аллергических реакций на антигены плода
- 4) деструктивные процессы в печени
- 5) поступление в организм матери большого количества антител к антигенам плода

275. ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИНЫ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО:

- 1) несовместимостью с партнером по HLA-системе
- 2) совместимостью с партнером по HLA-системе
- 3) выработкой антиспермальных аутоантител
- 4) выработкой анти-ZP-аутоантител
- 5) грубым дефектом супрессорного звена иммунной системы

276. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗОВ:

- 1) функциональные изменения в ЦНС в результате нарушения водноэлектролитного баланса
- 2) нарушение маточно-плацентарного барьера в сочетании со сниженной иммунологической толерантностью
- 3) сенсибилизация материнского организма антигенами плода
- 4) деструктивные изменения в печени и почках
- 5) фиксация циркулирующих иммунных комплексов в клубочках почек

277. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ В ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) наличие специфических IgM к возбудителю у матери
- 2) наличие специфических IgG к возбудителю у матери
- 3) наличие специфических антител к возбудителю в амниотической жидкости
- 4) наличие плацентита по результатам УЗИ
- 5) гипотрофия плода

278. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ Т-ИММУНОДЕФИЦИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРИТОНИТОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) тималин
- 2) Т-активин
- 3) левамизол
- 4) спленопид
- 5) вилозен

279. АНТЕНАТАЛЬНО НЕВОЗМОЖНО ИНФИЦИРОВАНИЕ:

- 1) токсоплазмой
- 2) вирусом Эпштейна-Барр
- 3) грибами рода Кандида
- 4) цитомегаловирусом
- 5) листериями

280. НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССОВ А И G ВОЗРАСТАЕТ:

- 1) при сопутствующем аутоиммунном заболевании
- 2) при ОРЗ
- 3) параллельно тяжести анемии
- 4) при резус-изосенсибилизации
- 5) при гестозе аллергического характера

281. АНТИГЕНЫ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ОТЦОВСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА КЛЕТКАХ ТРОФОБЛАСТА:

- 1) не присутствуют
- 2) присутствуют
- 3) присутствуют под прикрытием блокирующих антител матери
- 4) присутствуют во второй половине беременности
- 5) присутствуют при резус-конфликте

282. ОТМЕТЬТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ПЛАЦЕНТА:

- 1) функциональный барьер между тканями матери и плода
- 2) ткани, формирующие плаценту, содержат ту же генетическую информацию, что и ткани плода

- 3) плацента непроницаема для иммунокомпетентных клеток матери и плода
- 4) плацента проницаема для антител матери и плода
- 5) является органом гуморальной регуляции

283. ДЛЯ ВТОРОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) содержание Т-хелперов свыше 50%
- 2) содержание Т-супрессоров ниже 15%
- 3) содержание 0-лимфоцитов до 5%
- 4) абсолютное содержание лимфоцитов 3000 и более в 1 мкл крови
- 5) содержание В-лимфоцитов свыше 16%

284. ДЛЯ ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) содержание Т-хелперов свыше 45%
- 2) содержание Т-супрессоров ниже 15%
- 3) содержание 0-лимфоцитов до 5%
- 4) абсолютное содержание лимфоцитов 1500 и менее в 1 мкл крови
- 5) содержание В-лимфоцитов свыше 16%

285. ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) IgA не менее 1,4 г/л
- 2) IgG не менее 8,0 г/л
- 3) IgM не менее 0,5 г/л
- 4) IgE не менее 200 МЕ
- 5) ЦИК не более 100 у.е.

286. СИНТЕЗ КАКИХ АНТИТЕЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:

- 1) IgM
- 2) IgA
- 3) IgG
- 4) IgE
- 5) IgD

287. ВОЗМОЖНЫЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ СИСТЕМНЫХ ГКС:

- 1) сахарный диабет
- 2) остеопороз
- 3) повышение артериального давления
- 4) развитие эмфиземы легких
- 5) понижение артериального давления

288. ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К:

- 1) вирусу простого герпеса I типа
- 2) вирусу простого герпеса II типа
- 3) вирусу Эпштейна-Барр
- 4) уреоплазме
- 5) токсоплазме

289. ИЗМЕНЕНИЕ КАКОГО ПАРАМЕТРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОНКОПАТОЛОГИИ:

- 1) повышение количества CD4-клеток в периферической крови

- 2) снижение количества CD8-клеток
- 3) высокое содержание TNF- α в крови
- 4) повышение функциональной активности Т-лимфоцитов
- 5) увеличение соотношения CD4/ CD8

290. МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ БЕТАЛЕЙКИНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ:

- 1) уменьшение болей
- 2) блокада белкового обмена в печени
- 3) снятие пареза кишечника
- 4) восстановление нарушенного костно-мозгового кроветворения
- 5) улучшение мозгового кровообращения

291. ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ Т-КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНОГО 48 ЛЕТ С РАКОМ ЖЕЛУДКА В СТАДИИ T₃N₀M₀ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) имунофан
- 2) метилурацил
- 3) ликопид
- 4) реаферон
- 5) пентаглобин

292. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ МАКРОФАГОВ И ИНГИБИЦИИ ПРОДУКЦИИ ИМИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО В СТАДИИ T₃N₀M₀ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) нуклеинат натрия
- 2) пентоксифиллин
- 3) метилурацил
- 4) полиоксидоний
- 5) тимоген

293. ПРИ СНИЖЕНИИ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T₃N₀M₀ ПОСЛЕ КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) Т-активин
- 2) реаферон
- 3) реамберин
- 4) полиоксидоний
- 5) глюкокортикостероиды

294. РАЗОВАЯ ДОЗА Т-АКТИВИНА (0,1%) ПРИ Т- ДЕФИЦИТЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В СТАДИИ T₃N₀M₀ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2,0 мл
- 2) 1,0 мл
- 3) 0,5 мл
- 4) 0,1 мл
- 5) 0,3 мл

295. ПРИ НЕЙТРОПЕНИИ ($2 \times 10^9/\text{л}$) У БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАДИИ T₃N₀M₀ ПОСЛЕ 4 КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) тимоген
- 2) реаферон
- 3) миелопид
- 4) пентоксил
- 5) нейпоген

296. КОМБИНИРОВАННАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ КОМПЛЕКСНЫМИ ИММУНОПРЕПАРАТАМИ ПРОВОДИТСЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ:

- 1) сепсисе
- 2) абсцессе мягких тканей
- 3) стафилококковой флегмоне
- 4) кахексии больного
- 5) вторичном раннем кровотечении из послеоперационной раны

297. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ БЕЗ ЛЕЙКЕМИЗАЦИИ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ОПУХОЛЕВЫМ РОСТОМ:

- 1) уменьшение количества НК-клеток
- 2) повышение числа CD5-клеток
- 3) увеличение количества клеток с фенотипом CD38
- 4) эозинофилия
- 5) снижение содержания CD8-клеток в крови

298. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ С БЫСТРОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИЕЙ:

- 1) повышение содержания CD3-клеток в периферической крови
- 2) повышение количества CD4-лимфоцитов
- 3) повышение индекса CD4/CD8
- 4) резкое снижение количества клеток с фенотипом CD5
- 5) увеличение числа НК-клеток

299. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, НЕХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА:

- 1) доминирование CD4-лимфоцитов в опухолевом инфильтрате
- 2) антигенспецифическая активация CD4-лимфоцитов зависит от АПК, экспрессирующих CD1DR
- 3) нарушение дифференцировки Т-хелперов
- 4) высокое содержание в периферической крови базофилов
- 5) снижение соотношения CD4/CD8

300. ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ САРКОМЕ КАПОШИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) снижением содержания в периферической крови CD3-клеток
- 2) уменьшением числа CD2-лимфоцитов
- 3) снижением количества клеток с фенотипом CD5
- 4) снижением количества CD38-клеток
- 5) понижением содержания TNF- α в крови

301. С КАКИМИ АНТИГЕНАМИ СИСТЕМЫ HLA АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ШЕГРЕНА?

- 1) HLA A1
- 2) HLA A2
- 3) HLA DR3
- 4) HLA B8
- 5) HLA DR2

302. К ВАСКУЛИТАМ, ЗАТРАГИВАЮЩИМ КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСИТСЯ:

- 1) артериит Такаясу
- 2) болезнь Кавасаки
- 3) пурпура Шенлейна-Геноха
- 4) синдром Чарга-Стросса
- 5) гранулематоз Вегенера

303. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕДИАТОРОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА?

- 1) гистамин
- 2) брадикинин
- 3) серотонин
- 4) протеиназа 3
- 5) альдолаза

304. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЧАРГА-СТРОССА?

- 1) острая почечная недостаточность
- 2) анафилактический шок
- 3) респираторный дистресс-синдром взрослых
- 4) желудочно-кишечное кровотечение
- 5) сердечная недостаточность, вызванная кардиомиопатией

305. НАЛИЧИЕ АНТИЦЕНТРОМЕРНЫХ АНТИТЕЛ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ:

- 1) системной склеродермии
- 2) системной красной волчанки
- 3) пурпуры Шенлейна-Геноха
- 4) ревматоидного полиартрита
- 5) аутоиммунного тиреоидита

306. ЧТО ТАКОЕ РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР?

- 1) иммуноглобулин, направленный против Fав-фрагмента IgG
- 2) иммуноглобулин, направленный против Fс-фрагмента IgG
- 3) антистафилококковый иммуноглобулин
- 4) иммуноглобулин против синовиальной ткани

307. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНКПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ:

- 1) системной склеродермии
- 2) системной красной волчанки
- 3) пурпуры Шенлейна-Геноха
- 4) ревматоидного полиартрита
- 5) аутоиммунного тиреоидита

308. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К КАРДИОЛИПИНУ ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ:

- 1) системной склеродермии

- 2) пурпуры Шенлейна-Геноха
- 3) антифосфолипидного синдрома
- 4) ревматоидного полиартрита
- 5) аутоиммунного тиреоидита

309. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ?

- 1) хроническая декомпенсированная почечная недостаточность
- 2) анафилактический шок
- 3) респираторный дистресс-синдром взрослых
- 4) желудочно-кишечное кровотечение
- 5) сердечная недостаточность, вызванная кардиомиопатией

310. НАЛИЧИЕ ВЫСОКОГО ТИТРА АНТИТЕЛ ПРОТИВ РИБОНУКЛЕАЗЫ Р (U1-RNP) ПАТОГНОМОНИЧНО ДЛЯ:

- 1) системной склеродермии
- 2) системной красной волчанки
- 3) смешанной соединительнотканной болезни
- 4) ревматоидного полиартрита
- 5) аутоиммунного тиреоидита

311. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) антагонисты ФНО (инфликсимаб)
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) цитостатики
- 4) сульфасалазин
- 5) хирургическое вмешательство

312. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ?

- 1) кишечное кровотечение
- 2) полипоз кишечника
- 3) токсический мегаколон
- 4) кишечная непроходимость

313. ПРИ Т-КЛЕТОЧНОМ ДЕФИЦИТЕ БОЛЬНЫМ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ПОКАЗАН:

- 1) т-активин
- 2) имунофан
- 3) полиоксидоний
- 4) циклоферон
- 5) тималин

314. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА?

- 1) кишечное кровотечение
- 2) кишечная непроходимость
- 3) токсический мегаколон
- 4) полипоз кишечника

315. С КАКИМИ АНТИГЕНАМИ СИСТЕМЫ HLA АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ ТИРЕОИДИТА ХАШИМОТО?

- 1) HLA A1
- 2) HLA A2
- 3) HLA DR2
- 4) HLAB8
- 5) HLADR5

316. КАКОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО?

- 1) лимфоидное преобладание
- 2) лимфоидное истощение
- 3) нодулярный склероз
- 4) смешанно-клеточный вариант

317. ГЕНОМ КАКОГО ВИРУСА ДЕТЕКТИРУЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В КЛЕТКАХ БЕРЕЗОВСКОГО-РИДА-ШТЕРНБЕРГА ПРИ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА?

- 1) вируса герпеса 6 типа
- 2) вируса герпеса 8 типа
- 3) цитомегаловируса
- 4) вируса Эпштейна-Барр
- 5) аденовируса

318. С РАЗВИТИЕМ КАКОГО ОПУХОЛЕВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР У ЕВРОПЕОИДОВ?

- 1) болезнь Ходжкина
- 2) назофарингеальная карцинома
- 3) лимфома Бёркитта
- 4) неходжкинская лимфома
- 5) хронический лимфолейкоз

319. С РАЗВИТИЕМ КАКОГО ОПУХОЛЕВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР У МОНГОЛОИДОВ?

- 1) болезнь Ходжкина
- 2) назофарингеальная карцинома
- 3) лимфома Бёркитта
- 4) неходжкинская лимфома
- 5) хронический лимфолейкоз

320. С РАЗВИТИЕМ КАКОГО ОПУХОЛЕВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ АССОЦИИРУЕТСЯ ВИРУС ЭПШТЕЙНА-БАРР У НЕГРОИДОВ?

- 1) болезнь Ходжкина
- 2) назофарингеальная карцинома
- 3) лимфома Бёркитта
- 4) неходжкинская лимфома
- 5) хронический лимфолейкоз

321. К ВАСКУЛИТАМ, ЗАТРАГИВАЮЩИМ СОСУДЫ СРЕДНЕГО КАЛИБРА, ОТНОСИТСЯ:

- 1) артериит Такаясу
- 2) болезнь Кавасаки
- 3) пурпура Шенлейна-Геноха
- 4) синдром Чарга-Стросса
- 5) гранулематоз Вегенера

322. К ВАСКУЛИТАМ, ЗАТРАГИВАЮЩИМ СОСУДЫ МЕЛКОГО КАЛИБРА, ОТНОСИТСЯ:

- 1) артериит Такаясу
- 2) болезнь Кавасаки
- 3) пурпура Шенлейна-Геноха
- 4) гигантоклеточный артериит
- 5) узелковый полиартериит

323. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СОСУДЫ:

- 1) верхних конечностей
- 2) нижних конечностей
- 3) грудная аорта и её ветви
- 4) артерии в области головы
- 5) брюшная аорта

324. ПРИЧИНОЙ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) контакт с золотом и серебром
- 2) контакт с цинком и медью
- 3) контакт с алюминием
- 4) контакт с хромом и никелем
- 5) контакт с железом

325. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА?

- 1) реактивный артрит
- 2) язвенный стоматит
- 3) радикулит
- 4) псориаз
- 5) пиодермия

326. ЧТО В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА?

- 1) тромбоцитопения
- 2) папулезные высыпания на нижних конечностях
- 3) уртикарные высыпания на нижних конечностях
- 4) Ig A-нефропатия
- 5) артрит

327. С КАКИМИ АНТИГЕНАМИ СИСТЕМЫ HLA АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ ПСОРИАЗА?

- 1) HLA A1
- 2) HLA A2
- 3) HLA DR7
- 4) HLA B8
- 5) HLA DR3

328. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- 1) антитела к антигенам ядра
- 2) антитела к нативной ДНК

- 3) антитела к митохондриям
- 4) антитела к десмоглеину
- 5) антитела к рибосомам

329. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТИТА (БОЛЕЗНИ ДЮРИНГА) ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- 1) антитела к ретикулину
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) антитела к митохондриям
- 4) антитела к десмоглеину
- 5) антитела к рибосомам

330. В ПАТОГЕНЕЗЕ БУЛЛЁЗНОГО ПЕМФИГОИДА ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ:

- 1) антитела к ретикулину
- 2) антитела к антигенам базальной мембраны
- 3) антитела к митохондриям
- 4) антитела к десмоглеину
- 5) антитела к рибосомам

331. С КАКИМИ АНТИГЕНАМИ СИСТЕМЫ HLA АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА?

- 1) HLA DR1
- 2) HLA A2
- 3) HLA DR7
- 4) HLA B8
- 5) HLA DR3

332. КАКОЙ ИНТЕРЛЕЙКИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ КЛЕТКАМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА?

- 1) ИЛ-12
- 2) ИЛ-1
- 3) ИЛ-4
- 4) ИЛ-6
- 5) ИЛ-10

333. АУТОАНТИТЕЛА К КАКИМ СТРУКТУРАМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ?

- 1) антитела к ретикулину
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) антитела к митохондриям
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела
- 5) антирибосомальные антитела

334. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В РЕФРАКТЕРНЫХ СЛУЧАЯХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1) сульфасалазин
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) антилейкотриеновые препараты
- 4) антагонисты ФНО (инфликсимаб)
- 5) антибиотики

335. АУТОАНТИТЕЛА К КАКИМ СТРУКТУРАМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ?

- 1) антитела к митохондриям
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) антитела к цитохрому P450
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела
- 5) антирибосомальные антитела

336. АЛЬВЕОЛИТ КАКОГО ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ САРКОИДОЗЕ ЛЁГКИХ?

- 1) CD4-альвеолит
- 2) CD8-альвеолит
- 3) CD16-альвеолит
- 4) Ig E-опосредованный альвеолит
- 5) иммунокомплексный альвеолит

337. АЛЬВЕОЛИТ КАКОГО ТИПА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЭКЗОГЕННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АЛЬВЕОЛИТЕ?

- 1) Ig E-опосредованный альвеолит
- 2) иммунокомплексный альвеолит
- 3) CD16-альвеолит
- 4) CD4-альвеолит
- 5) CD8-альвеолит

338. АУТОАНТИТЕЛА К КАКИМ СТРУКТУРАМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ МИАСТЕНИИ ГРАВИС?

- 1) антитела к ретикулину
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) антитела к рецептору ацетилхолина
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела
- 5) антирибосомальные антитела

339. С КАКИМИ АНТИГЕНАМИ СИСТЕМЫ HLA АССОЦИИРОВАНО РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА?

- 1) HLA DR1
- 2) HLA A2
- 3) HLA DR7
- 4) HLA B5
- 5) HLA DR3

340. АУТОАНТИТЕЛА К КАКИМ СТРУКТУРАМ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ?

- 1) антитела к ретикулину
- 2) антитела к нативной ДНК
- 3) антитела против микросомального антигена
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела
- 5) антирибосомальные антитела

341. ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ:

- 1) пикорнавирусов
- 2) ретровирусов
- 3) миксовирусов

- 4) энтеровирусов
- 5) аденовирусов

342. ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) только человек
- 2) только домашние животные
- 3) человек и домашние животные
- 4) дикая птица
- 5) дикие животные

343. ПУТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:

- 1) контактно-бытовой
- 2) трансмиссивный
- 3) парентеральный
- 4) орально-фекальный
- 5) воздушно-капельный

344. БОЛЬНЫЕ КАКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ РИСКА В ПЛАНЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ?

- 1) гастроэнтерологического
- 2) аллергологического
- 3) гематологического
- 4) кардиологического
- 5) неврологического

345. ВИЧ НЕ ПОРАЖАЕТ:

- 1) макрофаги
- 2) лимфоциты
- 3) эритроциты
- 4) моноциты
- 5) лейкоциты

346. В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) избирательное поражение ВИЧ клеток, имеющих CD4-рецепторы
- 2) повышенный уровень незрелых В-лимфоцитов в периферической крови
- 3) повышенная продукция аутоантител различной специфичности
- 4) гиперпродукция IgG
- 5) гиперпродукция IgE

347. ПРИЧИНОЙ ГИБЕЛИ CD4-КЛЕТОК У ВИЧ-БОЛЬНЫХ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) истинное разрушение клетки
- 2) ВИЧ-инфицированный апоптоз
- 3) лизис цитотоксическими Т-лимфоцитами
- 4) антитело-зависимая клеточная цитотоксичность

348. ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КОЛИЧЕСТВО CD4-ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ:

- 1) повышено
- 2) снижено
- 3) остается неизменным
- 4) повышается с прогрессией заболевания

349. У ВИЧ-БОЛЬНЫХ НА СТАДИИ ЗВ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ:

- 1) низкие
- 2) нормальные
- 3) повышенные
- 4) снижен только IgA
- 5) снижен только IgE

350. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ МИКОЗА У БОЛЬНЫХ СПИДОМ?

- 1) кандида
- 2) абсидия
- 3) геотрихум
- 4) аспергилл

351. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ИНДИКАТОРОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) аспергиллез
- 2) криптококкоз
- 3) гистоплазмоз
- 4) кандидоз

352. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ, ВЫЗВАННЫМ КАНДИДОЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) стоматит
- 2) пневмония
- 3) эндокардит
- 4) перитонит
- 5) пиелонефрит

353. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПНЕВМОЦИСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) кожный зуд
- 3) надсадный кашель
- 4) водянистая диарея
- 5) дизурия

354. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОЦИСТОЗА ДОСТАТОЧНО ИНФОРМАТИВЕН И БЕЗОПАСЕН?

- 1) бронхоальвеолярный лаваж
- 2) исследование мокроты
- 3) аспирационная биопсия легкого
- 4) рентгенография органов грудной клетки
- 5) бронхоскопия

355. ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ МУЛЬТИФОКАЛЬНУЮ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ СПИДОМ:

- 1) ЦМВ
- 2) ВИЧ
- 3) Jc-вирус
- 4) ВЭБ
- 5) ВПГ II типа

356. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ АГЕНТОМ САРКОМЫ КАПОШИ У ВИЧ-БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ВИЧ
- 2) ЦМВ
- 3) вирус герпес зостер
- 4) ВЭБ
- 5) ВПГ I типа

357. ЭТИОТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-БОЛЬНЫХ:

- 1) бисептол
- 2) ацикловир
- 3) азидотимидин
- 4) ремантадин
- 5) ганцикловир

358. ВЫБЕРИТЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ МИКОЗА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮЩЕГО ЦНС У ВИЧ-БОЛЬНЫХ:

- 1) кандида
- 2) криптококк
- 3) аспергилл
- 4) гистоплазма

359. МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЦМВИ У ВИЧ-БОЛЬНЫХ:

- 1) цитоскопия осадка мочи и слюны
- 2) гистологическое исследование биоптатов пораженных органов
- 3) тест на ДНК ЦМВ в ПЦР
- 4) специфические антитела к ЦМВ
- 5) цитоскопия слюны

360. СОСТОЯНИЕ ВИЧ-БОЛЬНОГО, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У НЕГО ЯРКО ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ТОКСОПЛАЗМИН:

- 1) токсоплазмоз в анамнезе
- 2) инкубационный период
- 3) токсоплазмозительство
- 4) острая инфекция

361. ТИП ИММУННОГО ОТВЕТА У ВИЧ-БОЛЬНОГО, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ВНУТРИКОЖНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРОБОЙ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ:

- 1) гиперчувствительность замедленного типа
- 2) гиперчувствительность немедленного типа
- 3) оба типа
- 4) ни один из перечисленных

362. ОБНАРУЖЕНИЕ В СМЖ ИНКАПСУЛИРОВАННЫХ ГРИБОВ У ВИЧ-БОЛЬНЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- 1) кандидозе
- 2) бластомикозе
- 3) гистоплазмозе
- 4) криптококкозе

5) токсокарозе

363. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 3 месяца
- 2) 12 месяцев
- 3) 18 месяцев
- 4) 24 месяца
- 5) 36 месяцев

364. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ СНЯТИЯ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В ВОЗРАСТЕ:

- 1) независимо от возраста
- 2) до 3-х месяцев
- 3) старше 6 месяцев
- 4) до 12 месяцев
- 5) старше 18 месяцев

365. ДЕТИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ВИЧ-СТАТУСА ДОЛЖНЫ ПРИВИВАТЬСЯ:

- 1) вакцинами Национального календаря профилактических прививок РФ
- 2) инактивированными вакцинами и исключается БЦЖ- вакцина
- 3) ассоциированными зарубежными вакцинами
- 4) профилактические прививки противопоказаны

366. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ:

- 1) усиливаются в дождливую погоду
- 2) усиливаются в сухую жаркую ветреную погоду
- 3) усиливаются в холодное время года
- 4) не зависят от погодных условий

367. ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

- 1) на сульфаниламиды
- 2) на антибиотики
- 3) на препараты пиразолонового ряда
- 4) на витамины группы В
- 5) на отвар ромашки

368. АЛЛЕРГИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ОСНОВНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) при гипертонической болезни
- 2) при туберкулезе
- 3) при ревматизме
- 4) при рожистом воспалении
- 5) при скарлатине

369. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ХАРАКТЕРНЫ КОЖНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ:

- 1) папулезные
- 2) везикулезные

- 3) полиморфные
- 4) уртикарные
- 5) эритематозные

370. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ:

- 1) уровня IgE
- 2) уровня IgG
- 3) уровня IgM
- 4) числа Т-лимфоцитов
- 5) числа В-лимфоцитов

371. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) артрит
- 2) дискоидная сыпь
- 3) нефрит
- 4) синдром Рейно
- 5) поражение ЦНС

372. В СЕРОНЕГАТИВНЫЙ ПЕРИОД ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРОВИРУС ОПРЕДЕЛЯЮТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЦР:

- 1) в сыворотке крови
- 2) в лимфоцитах
- 3) в антителах
- 4) в иммунных комплексах
- 5) в моноцитах

373. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) при поллинозах
- 2) при пищевой аллергии
- 3) при эпидермальной аллергии
- 4) при грибковой аллергии
- 5) при бактериальной аллергии

374. К РАЗВИТИЮ ЭКЗОГЕННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО АЛЬВЕОЛИТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПРОФЕССИЯ:

- 1) металлурга
- 2) слесаря
- 3) скорняка
- 4) электрика

375. ПРОНИКНОВЕНИЕ АНТИГЕНА ПРИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЭКЗОГЕННОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АЛЬВЕОЛИТЕ ПРОИСХОДИТ:

- 1) ингаляционным путем
- 2) через кожу
- 3) парентеральным путем
- 4) через желудочно-кишечный тракт

376. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инфекция

- 2) курение
- 3) аллергия
- 4) иммунодефицит

377. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ АЛЛЕРГИИ:

- 1) к перхоти животных
- 2) к плесени
- 3) к домашней пыли
- 4) к пыльце

378. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО:

- 1) постепенное развитие приступа удушья
- 2) внезапное развитие приступа удушья
- 3) кашель в межприступный период
- 4) тяжелые астматические статусы
- 5) рецидивирующие полипозы носа

379. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) пыльцевые аллергены
- 2) эпидермальные аллергены
- 3) пищевые аллергены
- 4) лекарственные препараты
- 5) аллерген из домашней пыли

380. РЕАГИНОВЫЙ МЕХАНИЗМ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НЕ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:

- 1) кожными аллергическими пробами
- 2) провокационными аллергическими тестами
- 3) реакцией преципитации
- 4) реакцией Прауснитца - Кюстнера
- 5) радиоаллергосорбентным тестом

381. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) лекарственные аллергены
- 2) пыльцевые аллергены
- 3) бытовые аллергены
- 4) грибковые аллергены
- 5) бактериальные аллергены

ВОПРОСЫ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ ПО СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ

382. ГРУППЫ ЖИВЫХ ВАКЦИН:

- 1) полиомиелитная оральная, коревая, паротитная
- 2) БЦЖ, против желтой лихорадки, лептоспирозная
- 3) АКДС, краснушная, туляремийная
- 4) холерная, против гепатита В, брюшнотифозная

383. ГРУППЫ «УБИТЫХ» ВАКЦИН:

- 1) АКДС, против гепатита В, краснушная
- 2) холерная, лептоспирозная, брюшнотифозная
- 3) полиомиелитная оральная, чумная, паротитная
- 4) гриппозная, против желтой лихорадки, кори

384. МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ПРИВИВКАМИ, ЕСЛИ ОНИ ПРОВОДЯТСЯ НЕ ОДНОМОМЕНТНО, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2 недели
- 2) 2 месяца
- 3) 6 месяцев
- 4) 1 месяц

385. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ВВЕДЕНИЕМ ИММУНОГЛОБУЛИНА И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПЛАНОВОЙ ПРИВИВКОЙ:

- 1) 10 дней
- 2) 6 недель
- 3) 3 месяца
- 4) 6 месяцев

386. НЕ РАЗРЕШАЕТСЯ СОВМЕЩАТЬ ПРИВИВКИ:

- 1) против кори, паротита, краснухи
- 2) против кори, паротита, гепатита В
- 3) против полиомиелита, дифтерии, туберкулеза
- 4) против коклюша, дифтерии, гепатита В

387. ВРЕМЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕАКЦИИ НА ИММУНИЗАЦИЮ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ:

- 1) в первые 3 дня
- 2) на 10-11 день
- 3) на 28 день
- 4) не наблюдается

388. СИЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА ПРИВИВКУ ЭТО:

- 1) субфебрильная температура тела более 2-х дней
- 2) температура тела 38,5С, гиперемия в месте инъекции до 2-3 см
- 3) температура тела 38,5С, гиперемия в месте инъекции до 5см
- 4) температура тела 40С и выше, гиперемия в месте инъекции 8 см и более

389. ПРИ РАЗВИТИИ СИЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРЕДЫДУЩУЮ ДОЗУ ВАКЦИНЫ ДАЛЬНЕЙШУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОВОДЯТ:

- 1) другим вакцинным препаратом
- 2) тем же вакцинным препаратом под наблюдением врача
- 3) тем же вакцинным препаратом с предварительной медикаментозной подготовкой
- 4) не проводят иммунизацию

390. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХРАНЕНИЯ ВАКЦИНЫ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ ПРИВИВОЧНОГО КАБИНЕТА:

- 1) 2 недели
- 2) 1 месяц
- 3) 1 год
- 4) неограниченно

391. ВРЕМЯ НЕОБХОДИМОЕ ПОСЛЕ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ ПРИВИВКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РПГА:

- 1) через 14 дней
- 2) через 21 день
- 3) через 45 дней
- 4) через 6 месяцев

392. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ ПРОТИВ ПАРОТИТА:

- 1) высокая температура тела на 2-й день после вакцинации
- 2) боли в животе, рвота, увеличение слюнных желез на 2-й день после вакцинации
- 3) высокая температура тела, увеличение слюнных желез через 6 недель после вакцинации
- 4) повышение температуры тела на 4-21 день после вакцинации, вялость, плохой аппетит, увеличение слюнных желез

393. ОСНОВНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ?

- 1) V1+ V2+ V3
- 2) V1+ V2+ V3+ R1
- 3) V1+ V2 + R1+ R2
- 4) V1+V2

394. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРИ:

- 1) дети 12 мес., не болевшие корью
- 2) дети 3 мес., не болевшие корью
- 3) дети 5 мес., не болевшие корью
- 4) дети 6-7 лет перед поступлением в школу, не болевшие корью

395. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ ПРОТИВ КОРИ:

- 1) высокая температура тела с респираторными явлениями на 3-й день после вакцинации
- 2) судороги
- 3) геморрагическая сыпь
- 4) повышение температуры тела на 6-21 день после вакцинации, гиперемия зева, ринит, конъюнктивит

396. ИНТЕРВАЛ В ВАКЦИНАЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ МЕЖДУ ПРИВИВКАМИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 45 дней
- 2) 30 дней
- 3) 60 дней
- 4) 2 недели

397. МАКСИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПОСТАНОВКОЙ ПРОБЫ МАНТУ И ПРИВИВКОЙ БЦЖ:

- 1) не более 72 часов
- 2) не более 45 дней
- 3) не более 2-х месяцев
- 4) не более 2-х недель

398. ТАКТИКА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КРАСНУХИ В ОЧАГЕ КРАСНУХИ:

- 1) в первые 7 дней серонегативным лицам

- 2) в первые 10 дней серонегативным лицам
- 3) в первые 72 часа серонегативным лицам
- 4) без учета сроков контакта

399. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИММУНИЗАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ГЕПАТИТОМ В:

- 1) 4-7 день БЦЖ, через 2 месяца – против гепатита В
- 2) в первые 12 часов жизни – противогепатитная В вакцина, 4-7 день БЦЖ
- 3) 4-7 день БЦЖ, в 1 месяц начать вакцинацию против гепатита В
- 4) 4-7 день БЦЖ, через 6 недель – противогепатитную В вакцину

400. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У ЗДОРОВЫХ МАТЕРЕЙ:

- 1) V1, через 1 месяц - V2, через 12 месяцев V3
- 2) V1, через 1 месяц V2, через 5 месяцев V3
- 3) V1, через 1 месяц R1
- 4) V1, через 1 месяц V2, через 2 месяца V3

401. МАКСИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ V1 И V2 ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В:

- 1) 3 месяца
- 2) 12 месяцев
- 3) 45 дней
- 4) 6 месяцев

402. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ БЦЖ:

- 1) провести системную специфическую химиотерапию
- 2) местная инъекция аминогликозидов
- 3) только наблюдение в динамике
- 4) провести десенсибилизирующую терапию

403. ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА, ИМЕЮЩЕГО ДОМАШНИЙ КОНТАКТ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ:

- 1) прививают в роддоме
- 2) проводят превентивное лечение
- 3) прививают в роддоме и изолируют на 6-8 недель
- 4) не прививают

404. ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАДЕНИТА ПОСЛЕ БЦЖ:

- 1) специфическая химиотерапия 1 препаратом
- 2) специфическая химиотерапия 2 препаратами
- 3) специфическая химиотерапия 3 препаратами
- 4) оперативное вмешательство

405. В СЛУЧАЕ ЕСЛИ У РЕБЕНКА НЕТ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО РУБЧИКА, ТО ПОВТОРНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) через 1 месяц при условии отрицательной пробы Манту
- 2) через 12 месяцев при условии отрицательной пробы Манту
- 3) через 6 месяцев при условии отрицательной пробы Манту
- 4) не проводится

406. ПРАВИЛА ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ БОЛЬШИЕ ДОЗЫ КОРТИКОСТЕРОИДОВ:

- 1) вакцинацию проводят через 1 месяц после окончания курса лечения
- 2) вакцинацию проводят через 3 месяцев после окончания курса лечения
- 3) вакцинацию проводят через 6 месяцев после окончания курса лечения
- 4) вакцинацию проводят сразу после окончания курса лечения

407. СХЕМА ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ДЕТЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) V1+V2 +V3 с интервалом 1 мес., V4 через 12 мес. от V3
- 2) V1+V2+V3 с интервалом 1 мес., V4 через 6 мес. от V3
- 3) V1+V2+V3 с интервалом 1 мес., V4 через 12 мес. от V3
- 4) V1+V2 +V3 с интервалом 1 мес. в двойной дозе

408. ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПАРОТИТА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) серозный менингит
- 2) орхит
- 3) отек Квинке
- 4) пневмония

409. ОСЛОЖНЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С НАЛИЧИЕМ ИММУННОГО ДЕФЕКТА У РЕБЕНКА:

- 1) ВАП
- 2) генерализованный БЦЖит
- 3) диссеминированная форма кори
- 4) гипертермический синдром

410. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПВО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) абсцесс в месте введения
- 2) энцефалит
- 3) ОРВИ
- 4) анафилактический шок

411. ТАКТИКА ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ДИФТЕРИИ:

- 1) привить через 6 мес. однократно, а далее по календарю
- 2) не прививаются
- 3) прививаются по календарю
- 4) привить сразу после заболевания однократно

412. К ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АКДС-ВАКЦИНЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) некроз мягких тканей
- 2) судороги
- 3) пневмония
- 4) гнойный отит

413. ОСЛОЖНЕНИЯ НА ПРИВИВКУ АКДС ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) сразу после введения
- 2) в первые 3 дня
- 3) на 8-10 день
- 4) через 2 недели

414. ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРИ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ В ВИДЕ:

- 1) отека Квинке
- 2) синдрома сывороточной болезни
- 3) энцефалита
- 4) ОРВИ

415. ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПВО НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) анафилактический шок до 4 часов
- 2) тромбоцитопеническая пурпура до 30 дней
- 3) абсцесс в месте введения до 7 дней
- 4) ВАП в первые 12 часов

416. СХЕМА ВАКЦИНАЦИИ ДЛЯ РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦА, НЕ ПРИВИТОГО ПРОТИВ ХИБ - ИНФЕКЦИИ:

- 1) V1+ V2+ V3 через 45 дней
- 2) V1+ V2 через 2 месяца
- 3) V1+ V2+ V3 через 2 недели
- 4) V1+ V2 через 45 дней

417. СХЕМА ВАКЦИНАЦИИ ДЛЯ РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ, НЕ ПРИВИТОГО ПРОТИВ ХИБ – ИНФЕКЦИИ:

- 1) V1+ V2+ V3 через 45 дней
- 2) V1+ V2 через 30 дней
- 3) V1+ V2 через 2 месяца
- 4) V1 - однократно

418. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ЗАКОНЧЕННОЙ ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ ХИБ – ИНФЕКЦИИ И РЕВАКЦИНАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 6-9 мес.
- 2) 12 мес.
- 3) 1 г. 2 мес.
- 4) 2 года

419. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ХИБ - ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ У ДЕТЕЙ ДО:

- 1) 12 мес.
- 2) 3 лет
- 3) 5 лет
- 4) 14 лет

420. К ПРОГРАММНЫМ ОШИБКАМ ВАКЦИНАЦИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) передозировка препарата
- 2) нарушение способа введения препарата
- 3) введение другого вакцинного препарата
- 4) введение вакцины в разных шприцах и в разных участках тела

В вопросах с 421 по 430 поставьте:

1- если отвечаете «ДА»; 2 - если «НЕТ».

421. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВОМ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ МАНТУ С 2 ТЕ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА С «ХОРОШИМ» РУБЧИКОМ ПОСЛЕ БЦЖ? НЕТ

422. МОЖЕТ ЛИ ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА НЕБЛАГОПРИЯТНО ОТРАЗИТЬСЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРАХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ? НЕТ

423. МОЖЕТ ЛИ РЕБЕНОК, ПОЛУЧИВШИЙ КРАСНУШНУЮ ВАКЦИНУ (ИЛИ MMR) ЗАРАЗИТЬ СВОЮ БЕРЕМЕННУЮ МАТЬ ВАКЦИННЫМ ВИРУСОМ? НЕТ

424. ПРОДОЛЖАЕТСЯ ЛИ СХЕМА ПРИВИВОК, ЕСЛИ ПРОПУЩЕНА ОДНА ИЗ ЕЖЕГОДНЫХ РЕВАКЦИНАЦИЙ ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА? ДА

425. НУЖНО ЛИ ВАКЦИНИРОВАТЬ ДЕТЕЙ – НОСИТЕЛЕЙ НВS-АНТИГЕНА? НЕТ

426. НУЖНО ЛИ ВВОДИТЬ ИММУНОГЛОБУЛИН БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЕ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ КРАСНУХОЙ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ У РЕБЕНКА? НЕТ

427. ЕСЛИ РЕБЕНОК ПРИВИВАЕТСЯ ИПВ (ТЕТРАКОК), НУЖНО ЛИ ЕМУ ВВОДИТЬ 5-Ю ДОЗУ В 20 МЕСЯЦЕВ? ДА

428. МОЖНО ЛИ ПРИВИВАТЬ ОТ ПАРОТИТА РЕБЕНКА, ДАВШЕГО НА КОРЕВУЮ ВАКЦИНАЦИЮ ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ? ДА

429. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ТЯЖЕЛЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ИД У РЕБЕНКА ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЖИВЫМИ ВАКЦИНАМИ? ДА

430. МОЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА В ПЕРИОД ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРОЗНЫМИ МЕНИНГИТАМИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ? НЕТ

431. ПЕРЕПИСЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) ежемесячно

432. ПЕРЕПИСЬ ДЕТЕЙ В ДДУ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) ежемесячно

433. ПЕРЕПИСЬ ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в год
- 3) 2 раза в год
- 4) ежемесячно

434. УЧЕТНЫМИ ФОРМАМИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) ф.63 и ф.112
- 2) ф.26 и ф.112
- 3) ф.63 и ф.58
- 4) ф.26 и ф.63

435. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП РАЗМЕЩЕНИЯ Ф.63 В КАРТОТЕКЕ:

- 1) по возрасту
- 2) по месту жительства
- 3) по привитости
- 4) по состоянию здоровья

436. ВЕДУЩИЙ ПРИКАЗ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В РФ:

- 1) приказ МЗ и МП РФ №375
- 2) приказ МЗ и МП РФ №36
- 3) приказ МЗ СССР №350
- 4) приказ МЗ и МП РФ №229

437. МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ Ф.63 НА РЕБЕНКА, КОТОРЫЙ НЕ ПРОЖИВАЕТ НА ТЕРРИТОРИИ ОБСЛУЖИВАНИЯ, НО ПОСЕЩАЕТ ДДУ ЭТОЙ ТЕРРИТОРИИ?

- 1) в картотеке ДДУ
- 2) в картотеке на неорганизованное детство
- 3) в картотеке территориального участка
- 4) на дому

438. ДАННЫЕ В Ф.112 О ПРОВЕДЕННЫХ В ДДУ ПРИВИВКАХ ВНОСИТ:

- 1) картотетчица
- 2) медсестра ДДУ
- 3) медсестра поликлиники
- 4) врач ДДУ

439. ЧТОБЫ ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРИВИВКИ НЕОБХОДИМО:

- 1) не менее 2-х медработников ЛПУ
- 2) достаточно главного врача ЛПУ
- 3) не менее 2-х представителей санитарно-эпидемиологического надзора
- 4) 1 медработник ЛПУ и 1 представитель санитарно-эпидемиологического надзора

440. ПРОВЕДЕНИЕ НА ДОМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) разрешается во всех случаях
- 2) разрешается в исключительных случаях прививочной бригадой
- 3) разрешается только БЦЖ-М
- 4) не разрешается

441. ВАКЦИНЫ СО СКЛАДА ВЫДАЮТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ:

- 1) доверенности, требования, сумки-холодильника
- 2) доверенности, требования
- 3) паспорта, сумки-холодильника

4) требования, сумки-холодильника

442. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ R1, ЕСЛИ РЕБЕНКУ 3 ГОДА 11 МЕСЯЦЕВ И 29 ДНЕЙ?

- 1) АДС-М
- 2) АКДС
- 3) АДС
- 4) АД-М

443. ВАША ТАКТИКА, ЕСЛИ РЕБЕНОК ПРИБЫЛ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ УЧАСТОК БЕЗ СВЕДЕНИЙ О ПРИВИВКАХ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ:

- 1) начать прививать
- 2) сделать запрос и РПГА
- 3) оформить медотвод
- 4) только наблюдать

444. ЗАПЛАНИРОВАТЬ СРОК ИММУНИЗАЦИИ ДЛЯ РЕБЕНКА, ПОЛУЧИВШЕГО СЛЕДУЮЩИЕ ПРИВИВКИ: V1 АКДС +V2 АДС:

- 1) R1 через 9-12 месяцев
- 2) R1 через 12-18 месяцев
- 3) R1 через 3-6 месяцев
- 4) V3

445. ЗАПЛАНИРОВАТЬ ВАКЦИННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ РЕБЕНКА, ПОЛУЧИВШЕГО V1 АКДС +V2 АДС:

- 1) АКДС
- 2) АДС-М
- 3) АДС
- 4) АД

446. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ R1 И R3 ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ:

- 1) 5 лет
- 2) 4 года
- 3) 3 года
- 4) 7 лет

447. ЗАПЛАНИРОВАТЬ СРОК V2 ПРОТИВ КРАСНУХИ РЕБЕНКУ, ВАКЦИНИРОВАННОМУ ПОЗЖЕ УСТАНОВЛЕННОГО ПРИВИВОЧНЫМ КАЛЕНДАРЕМ СРОКА, НО В ВОЗРАСТЕ ДО 6 ЛЕТ:

- 1) в возрасте 6 лет
- 2) в возрасте 7 лет
- 3) в возрасте 10 лет
- 4) в возрасте 13 лет

448. МЕСЯЦЫ ГОДА, НА КОТОРЫЕ МОЖНО ПЛАНИРОВАТЬ V1 ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ВАКЦИНАМИ:

- 1) август-сентябрь
- 2) ноябрь-февраль
- 3) декабрь-январь
- 4) январь-март

449. МЕСЯЦЫ ГОДА, НА КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ПЛАНИРОВАТЬ V2 ПРОТИВ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА?

- 1) октябрь-ноябрь
- 2) январь-февраль
- 3) март-апрель
- 4) май-июнь

450. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ, НЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПЛАНОВЫМ:

- 1) против дифтерии
- 2) против желтой лихорадки
- 3) против кори
- 4) против туберкулеза

451. ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ИММУНИТЕТА»:

- 1) невосприимчивость организма к инфекционным болезням
- 2) способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетической чужеродности
- 3) способность различать свои и чужеродные структуры
- 4) обеспечение целостности внутренней структуры организма

452. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ АКТИВНОГО ЦЕНТРА МОЛЕКУЛЫ АНТИТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) фиксация антител к клеткам организма
- 2) фиксация компонентов комплемента
- 3) связь с антигеном
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

453. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) агглютинации
- 2) цитотоксичности
- 3) лизиса
- 4) преципитации
- 5) опсонизации

454. РОЛЬ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА:

- 1) не участвует в аллергических реакциях
- 2) участвует в немедленных аллергических реакциях
- 3) участвует в иммунокомплексных аллергических реакциях
- 4) участвует в замедленных аллергических реакциях

455. ПРИЧИНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА КВИНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) дефицит C1-эстеразы
- 2) дефицит ингибитора C1-эстеразы
- 3) дефицит C5
- 4) активация C3

456. ПРИ РЕАКЦИЯХ КОНТАКТНОЙ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) скарификационная кожная проба
- 2) аппликационная кожная проба

- 3) внутрикожная проба
- 4) прик-тест

457. К СОБСТВЕННО АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) поллинозы
- 2) инфекционно-аллергический миокардит
- 3) идиопатический фиброзирующий альвеолит
- 4) миастения
- 5) идиопатический отек Квинке

458. МИНИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА АКТИВНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2-3 часа
- 2) 24 часа
- 3) 4 дня
- 4) 7-8 дней
- 5) 30-50 дней

459. МИНИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ПАССИВНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2-3 часа
- 2) 24 часа
- 3) 4 дня
- 4) 7-8 дней
- 5) 30-50 дней

460. РЕАГИНОВЫЙ МЕХАНИЗМ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 1) сывороточной болезни
- 2) атопической бронхиальной астмы
- 3) контактного дерматита
- 4) экзогенного аллергического альвеолита

461. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЕМ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) внутривенный
- 2) ингаляционный
- 3) подкожный
- 4) энтеральный

462. В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СОДЕРЖИТСЯ:

- 1) 10-20% Т-лимфоцитов
- 2) 20-40% Т-лимфоцитов
- 3) 40-60% Т-лимфоцитов
- 4) 60-80% Т-лимфоцитов
- 5) 80-90% Т-лимфоцитов

463. В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СОДЕРЖИТСЯ:

- 1) 10-20% В-лимфоцитов
- 2) 20-40% В-лимфоцитов
- 3) 40-60% В-лимфоцитов
- 4) 60-80% В-лимфоцитов
- 5) 80-90% В-лимфоцитов

464. К БЫТОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) нейсерии
- 2) стафилококк белый
- 3) домашняя пыль
- 4) кандида
- 5) пыльца

465. АЛЛЕРГЕН ИЗ ПЕРХОТИ ЛОШАДИ ИМЕЕТ ПЕРЕКРЕСТНЫЕ АЛЛЕРГЕННЫЕ СВОЙСТВА:

- 1) с аллергеном из домашней пыли
- 2) с аллергеном из пера подушек
- 3) с аллергеном из пыльцы березы
- 4) с аллергеном из пыльцы тополя
- 5) с противостолбнячной сывороткой

466. К ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- 1) горчица
- 2) мясо птицы
- 3) томаты
- 4) кофе
- 5) семечки

467. К ПИЩЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- 1) мясо
- 2) рыба
- 3) сыр
- 4) морковь
- 5) мясо птицы

468. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЫЛЬЦЫ ПОЛЫНИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- 1) в мае
- 2) в июне
- 3) в июле
- 4) в августе
- 5) в сентябре

469. В ТУЧНЫХ КЛЕТКАХ И БАЗОФИЛАХ В ХОДЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ОБРАЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИАТОРЫ АЛЛЕРГИИ:

- 1) гистамин
- 2) лейкотриены C₄, D₄, E₄
- 3) серотонин
- 4) ацетилхолин
- 5) брадикинины

470. ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ВЫЗЫВАЮТ МЕДИАТОРЫ:

- 1) гистамин
- 2) ацетилхолин
- 3) серотонин
- 4) главный эозинофильный белок со свойствами основания и катионные белки
- 5) адреналин

471. КАКИЕ КЛЕТОЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМ? А) ДЕНДРИТНЫЕ КЛЕТКИ; Б) ПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ КЛЕТКИ; В) МАКРОФАГИ; Г) ТРОМБОЦИТЫ; Д) ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, д
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) г, д
- 5) а, в

472. ПОЛИПОТЕНТНЫЕ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ ПРИСУТСТВУЮТ В: А) ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ; Б) КОСТНОМ МОЗГЕ; В) ТИМУСЕ; Г) ПУПОВИННОЙ КРОВИ; Д) ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, г, д
- 2) а, б, г
- 3) б, г, д
- 4) в, г, д
- 5) б, в, г

473. ДЛЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА В-ЛИМФОЦИТЫ ПОЛУЧАЮТ ПОМОЩЬ ОТ: А) ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК; Б) БАЗОФИЛОВ; В) Т-ЛИМФОЦИТОВ; Г) ГЕПАТОЦИТОВ; Д) ЭРИТРОЦИТОВ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) а, в
- 4) б, г
- 5) г, д

474. Т-ЛИМФОЦИТЫ РАСПОЗНАЮТ АНТИГЕН, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЙ В АССОЦИИ С МОЛЕКУЛАМИ: А) НЛА КЛАССА I; Б) НЛА КЛАССА II; В) ИММУНОГЛОБУЛИНОВ; Г) БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ; Д) КОМПЛЕМЕНТА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) г, д
- 5) а, д

475. АНТИТЕЛА КЛАССА IGE ВЫРАБАТЫВАЮТ:

- 1) базофилы
- 2) тимоциты
- 3) Т-лимфоциты
- 4) плазматические клетки
- 5) тучные клетки

476. ФАГОЦИТАРНУЮ ФУНКЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ: А) МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ; Б) ГЕПАТОЦИТЫ; В) КУПФЕРОВСКИЕ КЛЕТКИ; Г) МИКРОГЛИЯ; Д) Т-ЛИМФОЦИТЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, в, г
- 2) б, в, г
- 3) в, г, д
- 4) а, г, д
- 5) б, г, д

477. МОЛЕКУЛА ИММУНОГЛОБУЛИНА ОТНОСИТСЯ К СУПЕРСЕМЕЙСТВУ ИММУНОГЛОБУЛИНОВЫХ МОЛЕКУЛ И ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ: А) ДОМЕНЫ; Б) УГЛЕВОДЫ; В) АКТИВНЫЙ ЦЕНТР; Г) FC-ФРАГМЕНТ; Д) ДИСУЛЬФИДНЫЕ СВЯЗИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а,в
- 2) б, г
- 3) г, д
- 4) а, д
- 5) все ответы правильные

478. ЕСТЕСТВЕННЫЕ КЛЕТКИ КИЛЛЕРЫ (НК) ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ: А) ЗАПУСКА АПОПТОЗА КЛЕТОК МИШЕНЕЙ; Б) ФАГОЦИТОЗА; В) ВЫРАБОТКИ АНТИТЕЛ; Г) РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК; Д) ВЫРАБОТКИ ЦИТОКИНОВ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, г, д
- 2) а, в, г
- 3) б, в, д
- 4) в, г, д
- 5) б, в, г

479. НЕЙТРОФИЛЬНЫЕ ЛЕЙКОЦИТЫ УЧАСТВУЮТ В ИММУННЫХ ПРОЦЕССАХ И ОБЛАДАЮТ ФУНКЦИЯМИ: А) ФАГОЦИТОЗА; Б) ГЕНЕРАЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА; В) ПРЕДСТАВЛЕНИЯ АНТИГЕНА; Г) АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИИ; Д) МИГРАЦИИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1)а, в, г
- 2)а, б, д
- 3)б,г,д
- 4)в, г, д
- 5)б, в, г

480. МАРКЕРАМИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ: А) Т-КЛЕТОЧНЫЙ РЕЦЕПТОР; Б) CD3; В) CD19; Г) CD8; Д) РЕЦЕПТОР ДЛЯ FC-ФРАГМЕНТА IGE. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1)а, б, в
- 2)б, в, г
- 3)а, б, г
- 4)б, г, д
- 5)в, г, д

481. В ТИМУСЕ ПРОИСХОДЯТ: А) ПЕРЕГРУППИРОВКА ГЕНОВТ-КЛЕТОЧНОГО РЕЦЕПТОРА; Б) АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕ; В) РАЗВИТИЕ CD₄И CD₈ Т-КЛЕТОК; Г) РАЗВИТИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ ХЕЛПЕРОВ 1 (ТН₁) И 2 (ТН₂) ТИПОВ; Д) РАЗВИТИЕ ТУЧНЫХ КЛЕТОК. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) в
- 2)а, б
- 3)б, в

4) в, г

5) г, д

482. В СЕЛЕЗЕНКЕ ПРОИСХОДЯТ: А) АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕ; Б) РАСПОЗНАВАНИЕ АНТИГЕНА, ПОСТУПАЮЩЕГО ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ; В) ВЫРАБОТКА ЦИТОКИНОВ; Г) ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ ХЕЛПЕРОВ; Д) ВТОРИЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б, г

2) а, в, г, д

3) б, в, г, д

4) б, г, д

5) а, д

483. ИММУНОЦИТОКИНЫ – ЭТО: А) ИММУНОГЛОБУЛИНЫ; Б) ПОЛИПЕПТИДЫ; В) ПРОДУКТЫ КЛЕТОК ИММУННОЙ СИСТЕМЫ; Г) ГОРМОНЫ; Д) БЕЛКИ ОСТРОЙ ФАЗЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, д

2) в, г

3) а, б

4) г, д

5) б, в

484. ГЛАВНЫЙ КОМПЛЕКС ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА (HLA) ОТВЕТСТВЕНЕН ЗА: А) РАСПОЗНАВАНИЕ АНТИГЕНА Т-ЛИМФОЦИТАМИ; Б) ИСХОД АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ; В) ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛОД; Г) ФАГОЦИТОЗ БАКТЕРИЙ; Д) ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ИММУННОГО ОТВЕТА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б, г, д

2) б, в

3) б, в, г, д

4) г, д

5) а, б, в, д

485. КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ – ЭТО: А) КОЛИЧЕСТВО Т-, В-ЛИМФОЦИТОВ, ЕСТЕСТВЕННЫХ КИЛЛЕРОВ; Б) ИНДУКЦИЯ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ CD8 Т-ЛИМФОЦИТОВ; В) ФАГОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ; Г) АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЕ; Д) ОТТОРЖЕНИЕ ЧУЖЕРОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б

2) б, в

3) б, д

4) в, г

5) а, д

486. ИММУНОЦИТОКИНЫ РЕГУЛИРУЮТ: А) ГЕМОПОЭЗ; Б) ВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ РЕАКЦИЮ; В) АКТИВНОСТЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ; Г) РЕАКЦИЮ ПРЕЦИПИТАЦИИ; Д) РАСПОЗНАВАНИЕ АНТИГЕНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) б, в, г, д

2) а, б, г

3) б, в, г

4) а, б, в, д

5) г, д

487. КАКИЕ ЦИТОКИНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТ Т-ЛИМФОЦИТЫ ХЕЛПЕРЫ 1 ТИПА (ТН1)?
А) ИНТЕРЛЕЙКИН-2; Б) ИНТЕРЛЕЙКИН-4; В) ГАММА-ИНТЕРФЕРОН; Г) ИНТЕРЛЕЙКИН-1; Д) ИНТЕРЛЕЙКИН-5. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б

2) а, в

3) в, г

4) г, д

5) б, д

488. КАКИЕ ЦИТОКИНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТ Т-ЛИМФОЦИТЫ ХЕЛПЕРЫ 2 ТИПА (ТН2)?
А) ИНТЕРЛЕЙКИН-1; Б) ГАММА-ИНТЕРФЕРОН; В) ИНТЕРЛЕЙКИН-4; Г) ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ; Д) ИНТЕРЛЕЙКИН-5. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, д

2) а, б

3) в, г

4) в, д

5) б, г

489. МОЛЕКУЛЫ НЛА КЛАССА II УЧАСТВУЮТ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ АНТИГЕНА И ПРИСУТСТВУЮТ НА ПОВЕРХНОСТИ: А) Т-ЛИМФОЦИТОВ; Б) В-ЛИМФОЦИТОВ; В) МОНОЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНЫХ КЛЕТОК; Г) ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК; Д) НЕЙТРОФИЛОВ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, г, д

2) а, в, д

3) б, в, г

4) б, г, д

5) в, г, д

490. ОБРАЗОВАНИЕ АНТИТЕЛ ПРОИСХОДИТ В: А) ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ; Б) ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШКАХ; В) ТИМУСЕ; Г) СЕЛЕЗЕНКЕ; Д) КОЖЕ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б, г

2) а, в, д

3) б, г, д

4) б, в, г

5) в, г, д

491. АНТИТЕЛА КЛАССА IGG ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ: А) ПРЕЦИПИТИРОВАТЬ АНТИГЕН; Б) ПЕРЕХОДИТЬ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ; В) АКТИВИРОВАТЬ КОМПЛЕМЕНТ; Г) ОБРАЗОВЫВАТЬ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ; Д) АКТИВНО ПЕРЕХОДИТЬ В СЕКРЕТОРНЫЕ ЖИДКОСТИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1) а, б, в, г

2) б, в, г, д

3) а, г, д

4) б, в, г

5) в, г, д

492. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ОКАЗЫВАЮТ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ? А) СЕПСИС; Б) АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ; В) АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ; Г) БОЛЕЗНЬ БРУТОНА; Д) ГРИПП. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, в, д
- 2) а, б, г
- 3) б, г, д
- 4) в, г, д
- 5) б, в, г

493. АНТИТЕЛА КЛАССА IGA ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ: А) УЧАСТВОВАТЬ В КЛЕТОЧНОМ ЛИЗИСЕ; Б) ПРИОБРЕТАТЬ СЕКРЕТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ; В) ОПСОНИЗИРОВАТЬ ФАГОЦИТЫ; Г) ПЕРЕХОДИТЬ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ ОТ МАТЕРИ К ПЛОДУ; Д) ФИКСИРОВАТЬСЯ НА ТУЧНЫХ КЛЕТКАХ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б
- 2) а, г
- 3) б, в
- 4) б, д
- 5) в, д

494. АНТИТЕЛА КЛАССА IGE СПОСОБНЫ: А) ФИКСИРОВАТЬ КОМПЛЕМЕНТ; Б) УЧАСТВОВАТЬ В КЛЕТОЧНОМ ЛИЗИСЕ; В) ПЕРЕХОДИТЬ В СЕКРЕТОРНЫЕ ЖИДКОСТИ; Г) ФИКСИРОВАТЬСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ТУЧНЫХ КЛЕТОК; Д) ОБРАЗОВЫВАТЬ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) в, д
- 2) а, б
- 3) в, г
- 4) а, д
- 5) б, г

495. ИНТЕРФЕРОНЫ: А) ЯВЛЯЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВЫМИ МОЛЕКУЛАМИ; Б) ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ КЛЕТКАМИ; В) АКТИВИРУЮТ ФАГОЦИТАРНЫЕ КЛЕТКИ; Г) ЛИЗИРУЮТ КЛЕТКИ-МИШЕНИ; Д) УСИЛИВАЮТ АКТИВНОСТЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) в, г, д
- 2) а, б, в
- 3) а, г, д
- 4) б, в, д
- 5) б, г, д

496. С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ИММУННОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА ОПРЕДЕЛЯЮТ: А) АБСОЛЮТНОЕ ЧИСЛО ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ; Б) КОНЦЕНТРАЦИЮ IGM В СЫВОРОТКЕ; В) СОЭ; Г) ФАГОЦИТОЗ; Д) АНТИГЕНЫ ГРУППЫ КРОВИ АВ0. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, д
- 2) а, б, г
- 3) б, в, г
- 4) в, г, д

5) б, г, д

497. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ВКЛЮЧАЮТ: А) ИНТЕРЛЕЙКИН-1; Б) ИНТЕРЛЕЙКИН-2; В) ИНТЕРЛЕЙКИН-6; Г) ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ; Д) ТИМОЗИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, г
- 2) а, в, г
- 3) б, в, г
- 4) в, г, д
- 5) б, г, д

498. ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ РАЗВИВАЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- 1) генетических нарушений
- 2) воздействия радиации
- 3) иммунных нарушений в системе мать-плод
- 4) действия инфекционных факторов
- 5) глюкокортикоидной терапии

499. К ИММУНОСУПРЕССИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ: А) ЦИКЛОСПОРИН А; Б) ДЕКСАМЕТАЗОН; В) ПРОДИГИОЗАН; Г) ИНТЕРЛЕЙКИН-2; Д) АЗАТИОПРИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) б, г, д
- 2) а, в, г
- 3) б, в, г
- 4) в, г, д
- 5) а, б, д

500. ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ: А) Т-АКТИВИН; Б) АНТИЛИМФОЦИТАРНАЯ СЫВОРОТКА; В) ИНТЕРФЕРОНЫ; Г) ПОЛИОКСИДОНИЙ; Д) ВАКЦИНА БЦЖ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- 1) а, б, д
- 2) б, в, г, д
- 3) а, в, г, д
- 4) б, д
- 5) а, б, в, г

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВОМУ КОНТРОЛЮ
ПО ИММУНОЛОГИИ:**

001 – 2	051 – 4	101 – 2	151 – 2	201 – 2	251 – 4	301 – 3	351 – 4	401 – 1	451 – 2
002 – 5	052 – 2	102 – 5	152 – 1	202 – 1	252 – 2	302 – 1	352 – 1	402 – 1	452 – 3
003 – 3	053 – 3	103 – 3	153 – 3	203 – 1	253 – 5	303 – 4	353 – 3	403 – 3	453 – 4
004 – 4	054 – 2	104 – 3	154 – 2	204 – 1	254 – 1	304 – 5	354 – 2	404 – 3	454 – 3
005 – 3	055 – 2	105 – 4	155 – 3	205 – 2	255 – 2	305 – 1	355 – 3	405 – 2	455 – 2
006 – 3	056 – 2	106 – 2	156 – 2	206 – 1	256 – 3	306 – 2	356 – 1	406 – 1	456 – 2
007 – 1	057 – 1	107 – 3	157 – 5	207 – 1	257 – 4	307 – 2	357 – 5	407 – 3	457 – 1
008 –	058 –	108 –	158 –	208 –	258 –	308 –	358 –	408 –	458 –

2	4	3	4	2	3	3	2	4	4
009 – 4	059 – 3	109 – 2	159 – 1	209 – 2	259 – 2	309 – 1	359 – 2	409 – 4	459 – 1
010 – 3	060 – 4	110 – 1	160 – 5	210 – 1	260 – 5	310 – 3	360 – 3	410 – 3	460 – 2
011 – 1	061 – 1	111 – 5	161 – 3	211 – 1	261 – 4	311 – 4	361 – 1	411 – 1	461 – 2
012 – 3	062 – 4	112 – 4	162 – 4	212 – 1	262 – 2	312 – 3	362 – 4	412 – 2	462 – 4
013 – 3	063 – 2	113 – 5	163 – 5	213 – 2	263 – 2	313 – 5	363 – 3	413 – 2	463 – 1
014 – 4	064 – 3	114 – 4	164 – 2	214 – 1	264 – 3	314 – 2	364 – 5	414 – 4	464 – 3
015 – 1	065 – 2	115 – 2	165 – 3	215 – 5	265 – 5	315 – 5	365 – 2	415 – 4	465 – 5
016 – 2	066 – 5	116 – 1	166 – 3	216 – 3	266 – 4	316 – 3	366 – 2	416 – 1	466 – 2
017 – 5	067 – 1	117 – 4	167 – 2	217 – 5	267 – 2	317 – 4	367 – 5	417 – 2	467 – 4
018 – 2	068 – 3	118 – 1	168 – 4	218 – 1	268 – 5	318 – 5	368 – 1	418 – 3	468 – 4
019 – 5	069 – 2	119 – 3	169 – 3	219 – 4	269 – 3	319 – 2	369 – 3	419 – 3	469 – 2
020 – 1	070 – 1	120 – 4	170 – 5	220 – 1	270 – 2	320 – 3	370 – 1	420 – 4	470 – 4
021 – 1	071 – 2	121 – 1	171 – 4	221 – 2	271 – 2	321 – 2	371 – 4	421 – 2	471 – 5
022 – 2	072 – 3	122 – 4	172 – 5	222 – 3	272 – 3	322 – 3	372 – 2	422 – 2	472 – 2
023 – 2	073 – 3	123 – 5	173 – 3	223 – 5	273 – 4	323 – 4	373 – 1	423 – 2	473 – 3
024 – 3	074 – 2	124 – 3	174 – 2	224 – 2	274 – 1	324 – 4	374 – 3	424 – 1	474 – 1
025 – 2	075 – 4	125 – 4	175 – 4	225 – 5	275 – 3	325 – 5	375 – 1	425 – 2	475 – 4
026 – 4	076 – 1	126 – 3	176 – 3	226 – 1	276 – 2	326 – 1	376 – 2	426 – 2	476 – 1
027 – 2	077 – 2	127 – 4	177 – 2	227 – 4	277 – 3	327 – 3	377 – 4	427 – 1	477 – 5
028 – 5	078 – 3	128 – 5	178 – 1	228 – 1	278 – 2	328 – 4	378 – 2	428 – 1	478 – 1
029 – 1	079 – 2	129 – 2	179 – 5	229 – 1	279 – 2	329 – 1	379 – 5	429 – 1	479 – 2
030 – 2	080 – 3	130 – 5	180 – 4	230 – 2	280 – 3	330 – 2	380 – 4	430 – 2	480 – 3
031 – 3	081 – 5	131 – 1	181 – 1	231 – 1	281 – 3	331 – 1	381 – 1	431 – 3	481 – 1
032 – 1	082 – 4	132 – 4	182 – 2	232 – 1	282 – 3	332 – 1	382 – 1	432 – 2	482 – 2
033 – 4	083 – 3	133 – 2	183 – 1	233 – 1	283 – 5	333 – 4	383 – 2	433 – 2	483 – 5

034 – 5	084 – 4	134 – 2	184 – 2	234 – 1	284 – 3	334 – 4	384 – 4	434 – 1	484 – 5
035 – 3	085 – 4	135 – 4	185 – 1	235 – 2	285 – 4	335 – 3	385 – 2	435 – 3	485 – 3
036 – 2	086 – 2	136 – 4	186 – 1	236 – 2	286 – 4	336 – 1	386 – 3	436 – 4	486 – 4
037 – 4	087 – 2	137 – 3	187 – 1	237 – 1	287 – 2	337 – 5	387 – 1	437 – 1	487 – 2
038 – 3	088 – 1	138 – 4	188 – 2	238 – 1	288 – 3	338 – 3	388 – 4	438 – 2	488 – 4
039 – 1	089 – 1	139 – 2	189 – 1	239 – 1	289 – 3	339 – 4	389 – 1	439 – 1	489 – 3
040 – 3	090 – 3	140 – 3	190 – 2	240 – 2	290 – 4	340 – 3	390 – 2	440 – 4	490 – 1
041 – 3	091 – 2	141 – 5	191 – 1	241 – 4	291 – 1	341 – 2	391 – 3	441 – 1	491 – 1
042 – 5	092 – 5	142 – 2	192 – 2	242 – 3	292 – 2	342 – 1	392 – 4	442 – 3	492 – 2
043 – 4	093 – 4	143 – 4	193 – 1	243 – 5	293 – 4	343 – 2	393 – 2	443 – 2	493 – 3
044 – 3	094 – 2	144 – 1	194 – 2	244 – 4	294 – 2	344 – 3	394 – 1	444 – 1	494 – 3
045 – 3	095 – 4	145 – 3	195 – 2	245 – 5	295 – 5	345 – 3	395 – 4	445 – 3	495 – 4
046 – 1	096 – 2	146 – 2	196 – 2	246 – 1	296 – 1	346 – 1	396 – 1	446 – 4	496 – 2
047 – 2	097 – 5	147 – 5	197 – 2	247 – 5	297 – 3	347 – 4	397 – 4	447 – 1	497 – 2
048 – 4	098 – 3	148 – 3	198 – 1	248 – 3	298 – 4	348 – 2	398 – 3	448 – 2	498 – 1
049 – 2	099 – 3	149 – 4	199 – 1	249 – 4	299 – 4	349 – 1	399 – 2	449 – 3	499 – 5
050 – 1	100 – 2	150 – 3	200 – 2	250 – 2	300 – 5	350 – 1	400 – 2	450 – 2	500 – 3

**Вопросы для промежуточной аттестации (зачёт)
по дисциплине «Иммунология»**

1. Иммунология как система научных знаний.
2. Основные исторические вехи в развитии иммунологии.
3. Иммунная система: определение понятия, основные свойства.
4. Сравнительная характеристика врожденного и адаптивного иммунитета.
5. Молекулярные паттерны. Антиген: определение понятия, виды, основные свойства антигена.
6. Красный костный мозг как центральный орган иммунной защиты.
7. Тимус как центральный орган иммунной защиты.
8. Лимфатические узлы – периферические органы иммуногенеза.
9. Роль селезенки в системе иммунной защиты.
10. Структура и функции лимфоидной ткани слизистых оболочек.
11. Общая структура врожденного иммунитета.

12. Тканевые барьеры – роль во врожденном иммунитете.
13. Система комплемента: роль, номенклатура, синтез и регуляция активности.
14. Система комплемента: каскад активации по классическому, лектиновому и альтернативному путям.
15. Противомикробные пептиды (дефенсины и кателицидины).
16. Белки острой фазы.
17. Паттерн—распознающие рецепторы врождённого иммунитета (Toll-подобные рецепторы, NOD-подобные рецепторы).
18. Общая характеристика фагоцитов.
19. Механизмы фагоцитоза.
20. Кластеры дифференцировки.
21. Система HLA (MHC, ГКГС).
22. Молекулы межклеточной адгезии. Хемокины.
23. Система цитокинов.
24. Мононуклеарные фагоциты (морфофункциональная характеристика).
25. Дендритные клетки (морфофункциональная характеристика).
26. Нейтрофилы (морфофункциональная характеристика).
27. НК-клетки (морфофункциональная характеристика).
28. Эозинофилы (морфофункциональная характеристика).
29. Базофилы и тучные клетки (морфофункциональная характеристика).
30. Общая характеристика лимфоцитов.
31. В-лимфоциты: характеристика, этапы дифференцировки, В-клеточный рецептор.
32. Т-лимфоциты: характеристика, этапы дифференцировки, Т-клеточный рецептор.
33. Взаимодействие клеток при адаптивном клеточном иммунитете.
34. Взаимодействие клеток при адаптивном гуморальном иммунитете (Т-зависимом и Т-независимом).
35. Иммуноглобулины – эффекторные молекулы адаптивного иммунитета.
36. Т-клеточная цитотоксичность.
37. Иммунологическая память.
38. Противовирусный иммунитет.
39. Противобактериальный иммунитет.
40. Противопаразитарный иммунитет.
41. Противогрибковый иммунитет.
42. Противоопухолевый иммунитет.
43. Торможение иммунной системы.
44. Первичные иммунодефициты: дефект Т-клеточного звена.
45. Первичные иммунодефициты: дефект В-клеточного звена.
46. Первичные иммунодефициты: дефект системы фагоцитоза.
47. Первичные иммунодефициты: дефект системы комплемента.
48. Вторичные иммунодефициты.
49. ВИЧ/СПИД-инфекция.
50. Реакция отторжения трансплантата.
51. Реакция трансплантат против хозяина.
52. Общая характеристика аллергических реакций.
53. Аллергическая реакция I типа.
54. Аллергические реакции II типа.
55. Аллергические реакции III типа.
56. Аллергические реакции IV типа.
57. Реакция Праустница-Кюстнера, реакция Артюса.
58. Иммунные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного тиреоидита, диффузного токсического зоба и паразитовидных желез.

59. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного поражения надпочечников и половых желез.
60. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений сахарного диабета.
61. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного гастрита, целиакии.
62. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений неспецифического язвенного колита, болезни Крона.
63. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунного гепатита.
64. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений аутоиммунных гемолитических анемий, гемолитической болезни новорожденных.
65. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
66. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений рассеянного склероза и миастении.
67. Иммуные механизмы развития и патогенез клинических проявлений первичных васкулитов.
68. Иммуный статус: общие понятия, подходы к оценке иммуного статуса.
69. Методы оценки иммуного статуса.
70. Реакция агглютинации.
71. Реакция непрямой (пассивной) гемагглютинации.
72. Реакция коагглютинации.
73. Реакция Кумбса.
74. Реакция торможения гемагглютинация.
75. Реакция преципитации.
76. Реакция нейтрализации.
77. Реакция связывания комплемента.
78. Реакция радиального гемолиза.
79. Реакция иммунофлюорисценции.
80. Иммуноферментный анализ.
81. Иммуноблотинг.
82. Иммуная электронная микроскопия.
83. Полимеразная цепная реакция.
84. Заместительная иммуноотерапия.
85. Иммунодепрессивная иммуноотерапия.
86. Иммуностимулирующая иммуноотерапия.
87. Иммунопрофилактика.

Составитель,
преподаватель _____ /И.В.Насушная/
29 сентября 2021 года