



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

ПРИНЯТА

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского
Минздрава России
Протокол от 24.06.2022 № 5
Председатель ученого совета,
директор ИПКВК и ДПО

И. О. Бугаева

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России
Н.В. Щуковский
« 31 » _____ 2022_ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ
БОЛЕЗНИ»**

ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

ФТД, факультативы, ФТД1

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

31.08.03 ТОКСИКОЛОГИЯ

ФГОС ВО утвержден приказом 1045
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация
Врач-токсиколог
Форма обучения

ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
инфекционных болезней
Протокол от 24.06.2022 г. № 7
Заведующий кафедрой:

А.А. Шульдяков

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины

- подготовка квалифицированного врача-токсиколога по инфекционным болезням, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях неотложной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Задачи освоения дисциплины:

1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-токсиколога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины;
2. Овладение необходимым уровнем знаний по инфекционным болезням; обучение проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными заболеваниями в практике врача-токсиколога .
3. Совершенствование знаний, умений, навыков по клинической, лабораторной, функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умений оценки результатов исследований, проведения дифференциальной диагностики, прогноза заболеваний, выбора оптимальных схем адекватного лечения больных инфекционного профиля;
4. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов;
5. Совершенствовать знания основ медицинского страхования, вопросов организации инфекционной помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частых заболеваний и осложнений при инфекционных заболеваниях, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.
6. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.

2. Перечень планируемых результатов:

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями (УК)**:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник программы ординатуры должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа ординатуры:

- профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также

направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- (ПК-3)

- диагностическая деятельность:

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

- лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в токсикологической терапии (ПК-6);

- реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

- психолого-педагогическая деятельность:

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

- организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10),
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации(ПК-12);

2.1. Планируемые результаты обучения

п/№	номер/ индекс компетенции	содержание компетенции (или ее части)	в результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	уметь	владеть	оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Познавательные психические процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь); Основы аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики.	Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессах формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности при решении практических задач инфекциониста; Использовать в практической деятельности навыки аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики, практического анализа и логики различного рода рассуждений; Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессе выстраивания взаимоотношений с пациентом, с коллегами; Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе.	Навыками формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности в решении профессиональных и лечебных задач на основе клинико-анатомических сопоставлений, структуры, логики и принципов построения диагноза	тестовый контроль; собеседование
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и	Основы медицинской психологии. Психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); Основы возрастной психологии и психологии развития; Основы социальной психологии	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения	Способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; Навыками управления коллективом,	собеседование

		культурные различия	(социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в практике врача-инфекциониста.	заданий; Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентками; Соблюдать этические и деонтологические нормы в общении.	ведения переговоров и межличностных бесед; Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентками и их родственниками.	
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Новые современные методы профилактики заболеваний и патологических состояний при инфекционной патологии. Влияние производственных факторов на формирование инфекционной патологии. Знать природные и медико-социальные факторы среды, влияющие на развитие инфекционных заболеваний.	Выявить факторы риска развития той или иной инфекционной патологии, организовать проведение мер профилактики Проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития инфекционной патологии и увеличения заболеваемости инфекционными заболеваниями. Осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастного-половых групп и состояния здоровья Проводить санитарно-просветительскую работу по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Оценить роль природных и медико-социальных факторов в развитии патологии в каждом	Владеть основами этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе после оперативного лечения заболеваний инфекционного профиля.	тестовый контроль; собеседование

				конкретном случае и наметить пути профилактики		
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	<p>Организацию и проведение диспансеризации, анализ ее эффективности</p> <p>Основные направления профилактических мероприятий в практике врача-инфекциониста.</p> <p>Основы формирования групп диспансерного наблюдения в условиях поликлиники.</p> <p>Модифицируемые и немодифицируемые фактора риска основных сердечно-сосудистых заболеваний.</p> <p>Законодательство об охране труда.</p> <p>Вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, врачебно-трудоустройственной экспертизы в практике врача-инфекциониста.</p>	<p>Осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность</p> <p>Проводить профилактические осмотры и диспансеризацию в различные периоды жизни</p> <p>Провести реабилитацию после оперативного лечения осложнений и/или последствий инфекционных заболеваний.</p> <p>Участвовать в разработке профилактических программ с целью снижения заболеваемости и смертности</p> <p>Оказывать профилактическую и медико-социальную помощь пациентам с инфекционной патологией.</p> <p>Определить порядок наблюдения за больными с различной инфекционной патологией</p> <p>Решить вопрос о трудоспособности пациентов.</p> <p>Оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>	<p>Методикой проведения санитарно-просветительной работы</p> <p>Методикой наблюдения за больными с модифицируемыми и немодифицируемыми факторами риска инфекционных заболеваний.</p> <p>Алгоритмом наблюдения за пациентами в поликлинике.</p>	тестовый контроль; собеседование
5	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных	<p>Основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы; основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;</p> <p>Методику расчета показателей медицинской статистики, основы применения статистического метода в медицинских исследованиях, использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности</p>	<p>Выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия в зонах радиационного заражения, при наступлении чрезвычайной ситуации и так же организовывать помощь населению в очаге особо опасных инфекций</p>	<p>Оценками состояния общественного здоровья;</p> <p>Методами организации первичной профилактики инфекционных заболеваний в любой возрастной группе</p>	собеседование

		ситуациях	медицинских организаций; Показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психоэмоциональные, профессиональные, генетические).			
6	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций в целях разработки мер по улучшению и сохранению здоровья	Наметить план мероприятий по улучшению здоровья населения Организовать работу по пропаганде здорового образа жизни.	Методикой анализа показателей эффективности контроля за состоянием здоровья взрослого населения и подростков	тестовый контроль; собеседование
7	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Содержание международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Роль причинных факторов и причинно-следственных связей в возникновении типовых патологических процессов и болезней Закономерности изменения диагностических показателей при различной инфекционной патологии Последовательность объективного обследования больных с заболеваниями инфекционного профиля. Диагностические (клинические, лабораторные, инструментальные) методы обследования, применяемые в практике врача-инфекциониста	Анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов Выявлять основные патологические симптомы и синдромы, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях Использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ	Отраслевыми стандартами объемов обследования в инфекционной практике Методами совокупной оценки результатов проведенного обследования (интерпретация данных опроса, физикального осмотра, клинического обследования, результатов современных лабораторно-инструментальных обследований, морфологического	тестовый контроль; собеседование

				<p>Выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояниях</p>	<p>анализа биопсийного, операционного и секционного материала), позволяющими определить диагноз Методикой оценки показателей гемодинамики, функции органов дыхания, почек, печени, свертывающей системы Алгоритмом определения плана в каждом случае клиничко-лабораторного исследования Методами диагностики плановой и ургентной инфекционной патологии Методикой определения и оценки физического развития, методиками определения и оценки функционального состояния организма. Методикой оценки методов исследования.</p>	
8	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с	Возрастные периоды развития органов, основные анатомические и	Организовать лечебно-диагностический процесс в	Отраслевыми стандартами объемов	тестовый контроль;

		инфекционными заболеваниями	<p>функциональные изменения основных систем организма в возрастном аспекте</p> <p>Причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <p>Физиологию и патологию при инфекционных заболеваниях. Группы риска.</p> <p>Клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний при инфекционных заболеваниях, их профилактику.</p> <p>Показания к госпитализации инфекционных больных (плановой, экстренной)</p> <p>Основы клинической фармакологии, фармакокинетики и фармакотерапии лекарственных препаратов.</p>	<p>различных условиях (стационар, амбулаторно-поликлинические учреждения, дневной стационар, на дому) в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача инфекциониста</p> <p>Оказывать в полном объеме лечебные мероприятия при плановой и ургентной инфекционной патологии</p> <p>Проводить лечение (консервативное, оперативное) пациентов с различной инфекционной патологией.</p> <p>Выработать план ведения пациентов с инфекционной патологией.</p>	<p>лечения в практике врача-инфекциониста</p> <p>Способностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие, принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях оптимизации лечебной тактики</p>	<p>собеседование</p>
9	ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в практике врача-инфекциониста</p> <p>Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению</p> <p>Ознакомиться с методами профилактики и лечения, так называемой, традиционной медицины: рефлексотерапии, апитерапии, гидротерапии, фитотерапии, а также с методами лечения альтернативной медицины: гомеопатия, психотерапия и др.</p> <p>Механизм действия физиотерапевтических процедур</p> <p>Показания и противопоказания к проведению физиотерапевтического лечения</p> <p>Показания и противопоказания к водно-и грязелечению.</p>	<p>Определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению лечебной физкультуры</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению фитотерапии</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению гомеопатии</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения</p> <p>Выбрать оптимальное время для проведения физиотерапевтического лечения при инфекционных заболеваниях</p> <p>Выбрать оптимальное время для</p>	<p>Методикой простейших элементов лечебной физкультуры.</p> <p>Владеть выбором оптимального режима двигательной активности и модификации образа жизни.</p>	<p>тестовый контроль;</p> <p>собеседование</p>

				проведения санаторно-курортного лечения при инфекционных заболеваниях		
10	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Основные принципы здорового образа жизни Влияние алкоголя, никотина, лекарственных и наркотических препаратов на организм человека. Основы рационального питания и принципы диетотерапии в практике врача-инфекциониста.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей Доходчиво объяснить пациентам и их родственникам важность для организма человека ведения здорового образа жизни и устранения вредных привычек Доходчиво объяснить пациентам и их родственникам основы рационального питания и принципы диетотерапии	Принципами общения с пациентами и их родственниками Принципами этических и деонтологических норм в общении	тестовый контроль; собеседование
11	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения Организацию инфекционной помощи в стране (амбулаторной, стационарной, специализированной), работу скорой и неотложной помощи Медицинское страхование Законодательство по охране труда. Врачебно-трудовая экспертиза в практике врача-инфекциониста	Вести медицинскую документацию и осуществлять преемственность между ЛПУ Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях Отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в инфекционном отделении	тестовый контроль; собеседование
12	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических	Показатели оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Провести оценку оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей Использовать нормативную документацию, принятую в	Методикой анализа исхода инфекционной заболеваний Методиками расчета смертности Структуру	тестовый контроль; собеседование

		показателей		здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций	инфекционной заболеваемости. Мероприятия по ее снижению. Общими принципами статистических методов обработки медицинской документации	
13	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	характеристику и медикосанитарные последствия чрезвычайных ситуаций; классификацию, определение и источники чрезвычайных ситуаций; организацию лечебноэвакуационных мероприятий, типичные диагностические и лечебные мероприятия первичной врачебной медикосанитарной помощи	ориентироваться в действующих нормативноправовых актах по вопросам организации медикосанитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях		собеседование

**2.2.МАТРИЦА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ВО ПОСПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.04
ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ), РЕКОМЕНДУЕМЫЕ
ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА И ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ**

Индекс и содержание компетенций	БЛОК 1										БЛОК 2		БЛОК 3	Факультативные дисциплины	
	Базовая часть					Вариативная часть					Практики		Базовая часть		
	Обязательные дисциплины					Обязательная часть		Дисциплины по выбору							
	Токсикология	Педагогика	Медицина чрезвычайных ситуаций	Общественное здоровье и здравоохранение	Патология	Методы интенсивной терапии	Симуляционное обучение	Методы естественной детоксикации (адаптационная)	Методы детоксикации организма	Клиническая практика (базовая часть): дискретная форма, стационарная	Клиническая практика (вариативная часть): дискретная форма, стационарная/выездная	Государственная итоговая аттестация	Инфекционные болезни	Клиническая фармакология	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<i>Универсальные компетенции</i>															
УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	x			x		x					x	x	x	x	
УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по		x										x			

дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения														
Профессиональные компетенции														
Профилактическая деятельность														
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	×							×	×	×	×	×	×	
ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	×									×	×	×	×	
ПК-3: готовность к проведению			×							×	×	×		

противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях														
ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	×			×						×	×	×		
Диагностическая деятельность														
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	×				×	×	×	×	×	×	×	×	×	
Лечебная деятельность														
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями, вызванными токсическим воздействием химических веществ	×					×	×	×	×	×	×	×	×	×
ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	×		×							×	×	×		
Реабилитационная деятельность														
ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов,	×					×				×	×	×	×	×

нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении																		
Психолого-педагогическая деятельность																		
ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		×	×				×					×	×	×	×			
Организационно-управленческая деятельность																		
ПК-10: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях		×			×		×					×	×	×	×			
ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей		×			×							×	×	×	×			
ПК-12: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации		×		×								×	×	×	×			
Рекомендуемые оценочные средства	Виды аттестации	Формы оценочных средств																
	Текущая (по дисциплине) – зачет	Тестовый контроль		×	×	×	×	×	×		×	×				×	×	
		Практико-ориентированные вопросы		×	×	×	×	×	×		×	×					×	×
		Решение		×	×	×	×	×	×		×	×					×	×

		ситуационных задач														
		Демонстрация практически навыков в симулированных условиях (чек-лист)						×								
Промежуточная (по дисциплине) – зачет		Тестовый контроль	×				×	×		×	×	×	×		×	×
		Контрольные вопросы	×				×	×		×	×	×	×		×	×
		Решение ситуационных задач	×				×	×		×	×	×	×		×	×
		Демонстрация практически навыков в симулированных условиях (чек-лист)							×							
Промежуточная (по дисциплине) – экзамен		Тестовый контроль		×	×	×										
		Контрольные вопросы		×	×	×										
		Решение ситуационных задач		×	×	×										
Государственная итоговая аттестация (государственный экзамен)		Тестовый контроль	×	×	×	×	×						×			
		Практико-ориентированные вопросы	×								×	×	×			
		Контрольные вопросы	×								×	×	×			

	Решение ситуационных задач	×									×	×	×		
--	----------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--

2.3. Сопоставление описания трудовых функций профессионального стандарта (проекта профессионального стандарта) с требованиями к результатам освоения учебных дисциплин по ФГОС ВО (формируемыми компетенциями)

Профессиональный стандарт	Требования к результатам подготовки по ФГОС ВО (компетенции)	Вывод о соответствии
ОТФ: Оказание медицинской помощи по профилю «Токсикология»	ВПД: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая	соответствует
ТФ1: Диагностика острых химических отравлений А/01.8	УК-1, 2 ПК-1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	соответствует
ТФ2: Назначение и проведение лечения пациентам с острыми химическими отравлениями, контроль его эффективности и безопасности А/02.8	ПК-5, 6	соответствует
ТФ3: Планирование и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с острыми химическими отравлениями А/03.8	УК-1, 2, ПК-1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	соответствует
ТФ4: Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с острыми химическими отравлениями А/04.8	ПК-10, 11	соответствует
ТФ5: Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения А/05.8	ПК-10, 11	соответствует
ТФ6: Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала А/06.8	УК-1,2 ПК-5, 6, 8, 9, 10, 11	соответствует
ТФ7: Оказание медицинской помощи в экстренной форме А/07.8	ПК-5, 6	соответствует

В профессиональном стандарте (при освоении учебной дисциплины «Токсикология») не нашли отражения следующие компетенции выпускника программы ординатуры по специальности 31.08.03 Токсикология: УК-3, ПК-3, 7, 12.

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Учебная дисциплина «Инфекционные болезни» относится к Факультативным дисциплинам (ФТД.1) основной профессиональной образовательной программы высшего образования для специальности 31.08.03 «Токсикология»

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).
Обучение завершается проведением зачета.

4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 2 зачетных единиц. (72 акад. часа)

4.1. Трудоемкость учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость		Количество часов в году	
	Объем в зачетных единицах (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)	1-й год	2-й год 3 семестр
1	2	3	4	5
Аудиторная (контактная) работа, в том числе:		54		54
лекции (Л)	0,1	4		4
практические занятия (ПЗ)	1,4	50		50
семинары (С)				
Внеаудиторная работа				
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	0,5	18		18
Вид промежуточной аттестации	Зачет (З)			зачет
	Экзамен (Э)			
ИТОГО общая трудоемкость	час.			72
	ЗЕТ	2		2

5. Структура и содержание учебной дисциплины “Инфекционные болезни”:

Дисциплина рассчитана на 1 год обучения.

5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах, формируемые компетенции и трудовые действия	Формы контроля
ФТД 1.1	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Общие вопросы инфекционных болезней. Генерализованные инфекции. Сепсис.	<p>Инфекционные болезни – это обширная группа болезней, вызванных патогенным возбудителем. В общей структуре заболеваемости инфекционные болезни составляют от 20-40 % . Отличия инфекционных болезней:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Наличие возбудителя (бактерии, риккетсии, хламидии, микоплазмы, грибы, вирусы, прионы, простейшие, гельминты) ➤ Контагиозность, ➤ Склонность к эпидемическому распространению, ➤ Цикличность течения, ➤ Возможность развития обострений, рецидивов, затяжных и хронических форм, носительства возбудителя ➤ Формирование иммунного ответа <p>Инфекционный процесс или инфекция. (загрязнение, заражение лат.) – это взаимодействие микроорганизма с макроорганизмом в условиях влияния внешней среды. Инфекционный процесс может проявляться на любом уровне организации – субмолекулярном, молекулярном, клеточном, тканевом, органном, организменном. Необходимо отметить, что далеко не каждая встреча возбудителя и макроорганизма заканчивается развитием инфекционной болезни. В случае, когда при развитии инфекционного процесса не формируются патологические морфологические проявления, отсутствуют клинические симптомы, а в крови не отмечается нарастание титра специфических антител принято говорить о здоровом носительстве, которое может быть острым и хроническим. Важно отметить, что вопрос о носительстве постоянно дискутируется, для многих этиологических агентов он до настоящего времени не выяснен окончательно.</p> <p>Принципы классификации и клинические формы.</p> <p>В зависимости от механизма передачи все инфекции делятся на 5 больших групп:</p> <p>I. Кишечные инфекционные болезни</p>	Зачет

		<p>II. Инфекционные болезни III. Кровяные трансмиссивные инфекции IV. Инфекции наружных покровов V. С различными механизмами передачи</p> <p>Отличительной особенностью инфекционных болезней является цикличность их течения со сменой нескольких периодов: Инкубационный период исчисляется с момента внедрения возбудителя до появления первых клинических симптомов., Продромальный период характеризуется появлением первых симптомов заболевания, чаще при инфекционных болезнях это познабливание, повышение температуры, общее недомогание, головная боль). Период разгара характеризуется максимальной выраженностью неспецифических и типичных для данного заболевания симптомов (желтуха при вирусных гепатитах, тенезмы при дизентерии, сыпь при кори, краснухе), В периоде реконвалесценции постепенно исчезают симптомы заболевания, восстанавливаются нарушенные структуры и функции организма. Чаще для реконвалесценции после инфекционных болезней свойственны синдромы астении, вегетативные нарушения.</p> <p>Методы диагностики.</p> <p>Анамнез</p> <p><i>Эпидемиологические</i> – образ жизни, питания, контакты, укусы, нарушения целостности кожных покровов, перенесенные заболевания, прививки, введение препаратов крови, глюкокортикоидов, АБ, эпид. ситуация в регионе, группа риска.</p> <p>Лабораторные методы</p> <p>Для диагностики бактериальных инфекций традиционно используют бактериоскопический и бактериологический методы, причем материалом исследования служат различные выделения больного (моча, слюна, отделяемое из кожных элементов, мокрота, желчь и т. д.) ликвор, кровь. Бактериоскопия – непосредственное микроскопирование материала (влажного или окрашенного), бактериология – посев на селективные среды. В ряде случаев обнаружение возбудителя с высоккой достоверностью указывает на связь с имеющимся заболеванием – брюшной тиф менингокок, лептоспироз, сепсис, дифтерия. Однако так бывает не всегда. Обнаружение в фекалиях сальмонелл, эшерихий, стафилококка, на слизистых вируса полиомиелита, энтеровирусов, аденовирусов не всегда свидетельствует о наличии болезни, так как возможно носительство возбудителя. Для обнаружения вируса используют посеvy материала на культуры клеток эмбриона человека, почек обезьян, амниотическую полость куриных эмбрионов или заражение лабораторных животных. Вирусологические методы</p>	
--	--	--	--

		<p>довольно трудоемки, требуют длительного периода времени и поэтому используются для ретроспективной диагностики или расшифровки эпидемических вспышек. Одним из методов диагностики вирусных инфекций является электронная микроскопия (вирусные диарея, ротавирусная инфекция. Методом экспресс обнаружения АГ вируса бактерий служит иммунофлуоресцентный метод в различных модификациях – обработка материала от больного специфической сывороткой с обнаружением последующего свечения под люминесцентным микроскопом.</p> <p>Принципы лечения. Лечение инфекционного больного, как и пациента с любой другой патологией должно быть комплексным, включающим режим, диету, этиотропную, патогенетическую, иммунокорригирующую, симптоматическую терапию, учитывать особенности каждого индивидуума, тяжесть и стадию заболевания. Особенность инфекционных болезней – это наличие возбудителя, в связи с этим терапия, направленная на подавление репликации, лизис возбудителя или его факторов агрессии т.е. этиотропная терапия является важнейшим разделом в комплексном лечении.</p> <p>Генерализованная инфекция (i. generalisata) И., при которой возбудители распространились преимущественно лимфогематогенным путем по всему макроорганизму. Сепсис — это особая форма генерализованной инфекции, характеризующаяся неспособностью макроорганизма локализовать инфекционный процесс. В появлении генерализации имеют значение особенности обеих взаимодействующих сторон - и микроба, и макроорганизма, с одной стороны, сепсис развивается на фоне несостоятельности барьерных и собственно иммунных механизмов, с другой - определенную роль играют вирулентность и количество микробов в первичном септическом очаге. Классификация сепсиса проводится по нескольким критериям: 1) по этиологии (стафилококки, синегнойная палочка, грамотрицаельные палочки семейства энтеробактерий - клебсиелла, протей, эшерихии ,стрептококки. 2) по локализации входных ворот (хирургический, терапевтический (параинфекционный), раневой, пупочный, маточный (гинекологический), отогенный, тонзиллогенный, урогенный, одонтогенный и криптогенный сепсис.) и 3) по форме клинико-анатомических проявлений. (ептикопиемия, септицемия, бактериальный (эндотоксический) шок, инфекционный (бактериальный) эндокардит и хронисепсис.)</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, 	
--	--	--	--

			<p>этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);</p> <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность: Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие вопросы инфекционных болезней • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления • Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность • Анализировать медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи • Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Оценить тяжесть состояния пациента 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии • Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению • Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и 	
--	--	--	---	--

			<p>клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none"> • Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов • Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Собрать полный медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть пациента состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p>	
--	--	--	---	--

		<p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения;• Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций;• Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Методами оказания экстренной помощи при ургентных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;• методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп;• методы анализа и синтеза статистической информации;• методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков;• методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских	
--	--	---	--

организаций

Необходимые умения (уметь)

- анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека;
- устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны;
- оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей;
- оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения;
- применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений

Трудовые действия (владеть)

- методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков

Диагностическая деятельность:

Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

Необходимые знания (знать)

- Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.
- Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни.
- Методологию проведения диагностических инструментальных исследований.

Необходимые умения (уметь)

- Оформить врачебную документацию;
- Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания;

		<ul style="list-style-type: none">• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп;• Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний;• Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульксиметра, тонометра, пикфлоуорометра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.• Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оформить врачебную документацию;• Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии;• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульксиметра, тонометра, пикфлоуорометра.• Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p>	
--	--	--	--

			<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.2	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Кишечные инфекции и гельминтозы	<p>Этиология. Кишечные инфекции вызываются различными возбудителями: бактериями рода Salmonella, Shigella, Escherichia, coli, Campilobacter, Yersinia, Vibrio, Aeromonas, вирусами – Ротавирусами, Норовирусами, Энтеновирусами, Аденовирусами, Астровирусами., простейшими: Cryptosporidium., Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cyclospora. Основные виды гельминтов, вызывающих заболевания: это Strongyloides stercoralis, Trichuris trichiura, Schistosoma mansoni (japonicum), Hymenolepis nana, Ancylostoma duodenale, Necator americanus. Материалом для нахождения возбудителей острых кишечных инфекций служат кал, рвота, промывные воды желудка. Основными методами лабораторных исследований являются: бактериологические, серологические, иммуноферментные.</p> <p>Эпидемиология: Все кишечные инфекции объединяет фекально-оральный механизм передачи возбудителя; средой обитания этих микроорганизмов является кишечник. В процессе</p>	Зачет

эволюции эти родственные между собой и с кишечной палочкой возбудители выработали способность покидать кишечник и длительное время сохраняться вне его — в пище, почве, воде, загрязненной инфицированными фекалиями, затем проникать через рот с этой пищей или водой к следующему хозяину. Таким образом, имеют место водный и пищевой пути заражения. В некоторых случаях возможен и контактный путь заражения. Источником заболевания в большинстве кишечных инфекций является больной человек или бактерионоситель, при этом бактерионосителем может быть человек, перенесший инфекционное заболевание и не болевший им, что имеет огромное эпидемиологическое значение. Профилактика кишечных инфекций включает в себя соблюдение простых правил гигиены.: обязательное тщательное мытье рук с мылом перед приготовлением, приемом пищи и после посещения туалета; воду для питья употреблять кипяченую, бутилированную или из питьевого фонтанчика с системой доочистки водопроводной воды; овощи и фрукты, в том числе citrusовые и бананы употреблять только после мытья их чистой водой и ошпаривания кипятком; разливное молоко употреблять после кипячения; творог, приготовленный из сырого молока или развесной, лучше употреблять только в виде блюд с термической обработкой; все пищевые продукты следует хранить в чистой закрывающейся посуде; скоропортящиеся продукты сохранять в холодильниках в пределах допустимых сроков хранения; обязательно соблюдение чистоты в жилище, частое проветривание, ежедневное проведение влажной уборки; купаться в открытых водоемах в летний период года можно только в специально отведенных местах; на вокзалах, в аэропортах, местах массового отдыха при питье бутилированной, газированной воды использовать только одноразовые стаканчики.

Патогенез

Патогенез кишечных инфекций, вызванных, грамотрицательными микроорганизмами, во многом определяется действием токсинов. а. *Энтеротоксин (экзотоксин)*, специфически связываясь с рецепторами энтероцитов, активирует аденилат-циклазу, что приводит к секреции в просвет кишки ионов натрия, хлора и воды с развитием диареи. Этот эффект наиболее ярко выражен при холере. б. *эндотоксин* (его липополисахаридный компонент) усиливает местные проявления заболевания, в том числе водную диарею, стимулируя аденилатциклазную систему, а при развитии эндотоксинемии может привести к эндотоксическому (септическому) шоку с развернутой картиной ДВС-синдрома. Действие эндотоксина обусловлено: 1) освобождением производных арахидоновой кислоты (простагландинов) и цитокинов (таких, как интерлейкин-1 и фактор некроза опухоли) в больших концентрациях; 2) стимуляцией NO-синтетазы в эндотелии и гладкомышечных клетках сосудистой стенки, что сопровождается синтезом окиси

азота (NO), вызывающей стойкую вазодилатацию и гипотензию;3) активацией системы комплемента с освобождением анафилатоксинов C3a/C5a;4) активацией нейтрофилов, что приводит к повреждению эндотелия и значительному повышению проницаемости капилляров;5) активацией фактора XII (Хагемана), который запускает процесс свертывания, что может привести к развитию ДВС-синдрома.Патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям выделяют: 1) заболевания, сопровождающиеся генерализацией инфекции (выходом его в кровь), цикличностью течения и выраженными общими проявлениями (брюшной тиф, сальмонеллез);2) «местные» инфекции, возбудители которых не выходят за пределы кишечника (дизентерия, холера, коли-бациллярная инфекция). Среди бактериальных кишечных инфекций важными являются брюшной тиф, сальмонеллез, шигеллез (дизентерия), колибациллярная инфекция, иерсиниоз, холера.

Клиника Инкубационный период для всех кишечных инфекций приблизительно одинаков и составляет несколько часов до 5 дней Начало болезни обычно острое. Подострое развитие заболевания отмечают при сальмонеллезе, иерсиниозе, некоторых эшерихиозах и заболеваниях, вызванных условно патогенными возбудителями.

В разгаре болезни для большинства ОКИ характерны повышение температуры тела, вялость, снижение аппетита, боли в животе, рвота и/или диарея. Для ОКИ свойственно большое разнообразие форм: от латентных (стёртых) до крайне тяжёлых. Различают типичные (лёгкие, средней тяжести и тяжёлые) и атипичные (стёртые, гипертоксические) формы. Тяжесть болезни оценивают по трём основным параметрам: выраженности интоксикации, обезвоживания и степени поражения ЖКТ.

Стёртые формы отличаются минимальными клиническими проявлениями (учащённый до 3—4 раз в сутки кашицеобразный стул) при отсутствии интоксикации и удовлетворительном самочувствии. Их обычно выявляют в очагах инфекции при целенаправленном обследовании контактных.

Лёгкие формы болезни сопровождаются умеренными интоксикацией (температура тела не выше 38—38,5 °С) и диареей (стул до 6—7 раз в сутки без больших потерь жидкости). Эти формы обычно наблюдают при малой вирулентности возбудителя у детей с хорошей иммунной защитой.

Среднетяжёлые — наиболее частые и благоприятные для развития постинфекционного иммунитета формы. Они проявляются выраженными интоксикацией (температура тела до 39—39,5 °С, головной болью, головокружением, вялостью) и местным синдромом (боли в животе, метеоризм, стул до 10—12 раз в сутки, потеря жидкости со стулом, эксикоз степени I—II).

		<p>Тяжёлые формы развиваются при большой вирулентности возбудителя, массивном поступлении патологического агента при заражении, у детей, относимых к группе риска, со сниженным иммунитетом. Путь инфицирования обычно пищевой. Часто заражение происходит при вторичной термической обработке (подогревании) пищи, когда в ней образуется (при размножении микроорганизмов) большое количество бактериальных токсинов. В клинической картине резко выражен местный синдром (многократный стул или очень большая потеря жидкости), может возникнуть необходимость неотложной терапии. Лечение таких состояний, как инфекционно-токсический шок, нейротоксикоз, эксикоз II—III степени, острая почечная недостаточность, ге- молитико-уремический синдром проводят в отделении интенсивной терапии. Клинические проявления местного синдрома при ОКИ во многом зависят от особенностей возбудителя (его тропности, способности выделять экзотоксины, степени инвазивности), путей инфицирования и места наибольшего поражения ЖКТ (желудок, тонкая или толстая кишка).</p> <p>Пюитрит. При локализации патологического процесса преимущественно в желудке возникает острый гастрит. Чаще это бывает при ПТИ любой этиологии и ротавирусной инфекции. Гастрит сопровождается тошнотой, рвотой, болью и ощущением тяжести в эпигастральной области. Энтерит проявляется болью в околопупочной области, метеоризмом, обильным жидким стулом без патологических примесей или с небольшой примесью прозрачной слизи, часто сочетается с гастритом.</p> <p>Гастроэнтерит — ведущий синдром при ротавирусной инфекции, эшерихи- озах, ПТИ разной этиологии.</p> <p>Энтероколит сопровождается болью в животе и обильным стулом зелёного цвета с примесью мутной слизи, иногда крови. При пальпации выявляют разлитую болезненность всей области живота, по ходу толстой кишки можно выслушать шумы кишечной перистальтики. Этот синдром наиболее часто встречаются у детей раннего возраста при сальмонеллёзе, шигеллёзе, иер- синиозе.</p> <p>Гастроэнтероколит сочетает повторную рвоту и боли в эпигастральной области с признаками энтероколита, чаще развивается при сальмонеллёзе, шигеллёзе, иерсиниозе в случае пищевого пути инфицирования.</p> <p>Синдром дистального колита патогномоничен для дизентерии. Он проявляется схваткообразными болями в животе, чаще возникающими в левой подвздошной области, тенезмами и частым скудным стулом с большим количеством слизи и крови (стул по типу «ректального плевка»). При обследовании выявляют спазм и болезненность сигмовидной</p>	
--	--	--	--

		<p>кишки, податливость заднепроходного сфинктера. У детей раннего возраста судить о наличии тенезмов можно по таким проявлениям, как беспокойство, крик, «сучение» ножками и покраснение лица при акте дефекации. Кроме дизентерии, синдром дистального колита бывает при некоторых видах сальмонеллёза и эшерихиоза. Для заболеваний, протекающих с поражением толстой кишки, свойственны воспалительные изменения в крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ) и копрограмме (слизь, лейкоциты, эритроциты).</p> <p>Отличительная особенность течения ОКИ у детей, особенно грудных и ослабленных, — развитие не только локализованных, но и генерализованных форм с распространением возбудителя за пределы кишечника (например, при сальмонеллёзе, иерсиниозе, дизентерии Григорьева—Шига, кампилобактериозе).</p> <p>По течению ОКИ принято выделять abortивную, острую (до 1,5 мес), затяжную (более 1,5 мес) и хроническую (более 5—6 мес) формы. В последние годы в России стали шире употреблять термин «длительные диареи», принятый за рубежом для обозначения нарушения функций кишечника в течение 2—2,5 мес и более.</p> <p>Дифференциальная диагностика: дифференциальную диагностику острых кишечных инфекций проводят с обострениями хронического гастрита, гастродуоденита, язвой желудка, двенадцатиперстной кишки, болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, раком кишечника и желудка.</p> <p>Лечение</p> <p>Антибиотики и другие антибактериальные препараты Учитывая, что в большинстве случаев острые кишечные инфекции вызываются грамотрицательными микроорганизмами, целесообразно будет привести перечень антибактериальных средств, действующих на них бактерицидно или бактериостатически. Наиболее распространенными препаратами являются аминопенициллины, цефалоспорины, монобактамы, карбапенемы, аминогликозиды, тетрациклины, хлорамфеникол, полимиксины, хинолоны, фторхинолоны, нитрофураны, комбинированные препараты сульфаниламидов с триметопримом. При неосложненном течении острых кишечных инфекций нешигеллезной и нехолерной этиологии лечение должно быть только патогенетическим. В тяжелых случаях (особенно при наличии тяжелых фоновых и сопутствующих заболеваний) целесообразно использование кишечных антисептиков. К сожалению, для лечения острых кишечных инфекций широко применяются антибиотики, что способствует развитию дисбактериоза и более медленному восстановлению слизистой оболочки кишечника. Нет единства взглядов и в отношении сальмонеллеза. Наша точка зрения,</p>	
--	--	---	--

основанная на многолетнем опыте лечения острых кишечных инфекций, заключается в том, что должна проводиться только патогенетическая терапия. Это относится и к гастроинтестинальной форме сальмонеллеза. Единственным исключением является его генерализованная форма, при которой показана антибиотикотерапия. Мы также резко отрицательно относимся к использованию антибиотиков для лечения носительства при острых кишечных инфекциях. Кишечные антисептики В настоящее время применяются 3 препарата этой группы: интестопан, интетрикс и энтероседив. В последние годы для лечения диарейных заболеваний используется эрсефурил (нифураксазид), являющийся производным нитрофурана. Этот препарат действует преимущественно в просвете кишечника и показан при лечении диареи бактериального происхождения. По данным исследователей, он активен в отношении кампилобактерий, эшерихий (энтеротоксигенных, энтеропатогенных и энтероинвазивных), сальмонелл, шигелл, холерного вибриона и иерсиний. Популярным препаратом этой группы является фуразолидон. Он активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, лямблий и трихомонад. Среди возбудителей острых кишечных инфекций наиболее чувствительны к нему бактерии дизентерии, брюшного тифа, паратифов А и В, а устойчивость микроорганизмов к нему развивается крайне медленно. Фуразолидон был рекомендован к применению как препарат выбора для лечения острой дизентерии. Эффективность лечения острых кишечных инфекций вышеуказанными лекарственными средствами различна. Следует также знать, что терапия кишечными антисептиками всегда носит вспомогательный характер. Хинолоны Эта группа ЛС находит все большее применение в лечении острых кишечных инфекций, вытесняя традиционно используемые антибиотики. Хинолоны делятся на 2 типа: I поколение – налидиксовая, оксолиниевая, пипемединовая кислоты; II поколение – фторхинолоны: норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, ломефлоксацин. Среди препаратов I поколения для лечения острых кишечных инфекций (дизентерии) используется налидиксовая кислота. Однако чаще всего в этих случаях применяют фторхинолоны. Антибактериальный спектр этих препаратов весьма широк и охватывает грамотрицательные энтеробактерии, в том числе шигеллы, сальмонеллы и эшерихии, а также грамположительные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки), синегнойную палочку, хламидии, кампилобактерии, микоплазмы. Было отмечено, что при использовании фторхинолонов дисбактериоз развивается достаточно редко. Золотым стандартом этой группы препаратов является цiproфлоксацин. Он обладает высокой антимикробной активностью и хорошо всасывается в желудочно-кишечном тракте. Препарат назначают взрослым по 500 мг 2 раза в день. При тяжелом течении болезни его можно вводить внутривенно капельно по 200–400 мг 2 раза в день. Бактериофаги При

получении результатов бактериологического обследования в качестве терапии ОКИ могут применяться специфические бактериофаги (сальмонеллезный, дизентерийный, стафилококковый, коли-протейный и др.). Фаготерапия показана: – при стертых и легких формах острой кишечной инфекции как монотерапия; – при среднетяжелых формах заболевания в острой фазе в сочетании с антибактериальными препаратами; – для лечения бактерионосительства и дисбактериоза кишечника. Бактериофаги назначают 2 раза в день за 1–1,5 часа до еды в сочетании с ректальным введением 1 раз в день после опорожнения кишечника. Курс лечения составляет 5–7 дней. Симптоматическое лечение

Дезинтоксикационная и регидратационная (направленная против обезвоживания) терапия в 85–95% случаев может осуществляться орально и лишь в 5–15% – внутривенно. Для внутривенной регидратации используют трисоль, квартасоль или хлосоль. Объем вводимой жидкости зависит от степени обезвоживания и веса тела больного и составляет при тяжелом течении болезни 60–120 мл/кг веса тела, при среднетяжелом – 55–75 мл/кг веса тела. Скорость введения растворов – 70–90 и 60–80 мл/мин соответственно. Различают следующие этапы внутривенной регидратации: 1. Первичная регидратация для купирования признаков обезвоживания и интоксикации. 2. Поддерживающая терапия для купирования продолжающихся потерь жидкости. Оральная регидратационная терапия осуществляется также в два этапа. Для этого применяют растворы оральных регидратационных солей двух поколений: I – глюкосалан, цитроглюкосалан, регидрон и II – препараты на злаковой основе. Объем используемых жидкостей также зависит от степени обезвоживания и веса тела больного, а скорость введения составляет 1–1,5 л/ч.

Универсальные компетенции:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Профессиональные компетенции.

Профилактическая деятельность:

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

		<p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Общие вопросы инфекционных болезней• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и	
--	--	---	--

			<p>профилактике</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов• Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Собрать полный медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть пациента состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой медицинской помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных • инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека 	
--	--	--	--	--

и основы радиационной безопасности;

Необходимые умения (уметь)

- Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.).

Трудовые действия (владеть)

- Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.).

Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

Необходимые знания (знать):

- методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;
- методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп;
- методы анализа и синтеза статистической информации;
- методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков;
- методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций

Необходимые умения (уметь)

- анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека;
- устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны;
- оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей;

			<ul style="list-style-type: none"> • оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. • Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; • Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний; • Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра. 	
--	--	--	--	--

		<p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра. • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение 	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.3	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Воздушно-капельные инфекции	<p>Этиология: Воздушно-капельные инфекции представляют собой группу острых воспалительных заболеваний с поражением разных органов и тканей, определяющих их особенности. Основными возбудителями являются : семейства Orthomyxoviridae, Paramyxoviridae, Paramyxoviridae, Adenoviridae, коринебактерий, Streptococcus , Neiseria и т.д. Материалом для исследования будут служить мазок из слизистой носоглотки, мокрота.</p> <p>Эпидемиология. Источником инфекции является больной с клинически выраженной , стертой или бессимптомной формой, а также вирусоноситель или бактерионоситель. Механизм передачи : воздушно-капельный. Профилактика воздушно-капельных инфекций в очаге может быть специфическая (вакцинация, введение иммуноглобулина) и неспецифическая (изоляция больного от остальных членов семьи, выделите ему отдельную посуду, предметы ухода, чаще проводите влажную уборку и проветривание помещений; , при общении с больным человеком следует защищать органы дыхания от проникновения возбудителей капельных инфекций с помощью маски или хотя бы платка; , в периоды, когда заболеваемость гриппом и ОРВИ повышается, лучше избегать посещения мест большого скопления людей; , чаще мыть руки с мылом— доказанный способ снижения заболеваемости не только кишечными, но и капельными инфекциями; . правильная организация режима дня, не требующая материальных затрат, но требующая максимального внимания и времени родителей, – это основа здоровья растущего организма; сбалансированное, здоровое питание, удовлетворяющее потребность в витаминах и микроэлементах; регулярные занятия спортом, закаливание; одежда «по погоде», т.к. переохлаждение понижает иммунитет; частое проветривание помещений, регулярная влажная</p>	Зачет

		<p>уборка;личной гигиены (частое мытье рук с мылом, использование спиртосодержащих средств для обработки рук).Здоровый образ жизни, полноценный сон, рациональное питание повышают защитные силы организма и, соответственно, снижают риск заражения, но если заболевание всё же возникнет, то организм с хорошей иммунной системой быстрее справится.</p> <p>Патогенез Вирус адсорбируется на эпителии верхних дыхательных путей, бронхов и альвеол (а также эндотелии), в котором происходит его первичная репродукция.Возникает первичная вирусемия, сопровождающаяся продромальными явлениями.Вирус вновь внедряется в эпителий дыхательных путей, происходит его вторичная репродукция с последующей вирусемией и развитием проявлений болезни -местных и общих (разгар болезни).</p> <p>Клиника.</p> <p>Клиника воздушно-капельных инфекций определяется в основном конкретным заболеванием. существуют общие синдромы : интоксикационный синдром (лихорадка , слабость , вялость, бледность кожных покровов), катаральный синдром .(заложенность носа, кашель,боль и першение в горле). Течение воздушно-капельных заболеваний бывает легкое, средней степени тяжести, тяжелое.</p> <p>Дифференциальная диагностика воздушно-капельных инфекций проводится с неинфекционной экзантемой. аллергическими реакциями.</p> <p>Лечение. Этиотропная терапия заключается в применении противовирусных и антибактериальных препаратов. Патогенетическая терапия включает в дезинтоксикационной терапии. Симптоматическая терапия в применении противокашлевых, НПВС, антигистаминных, отхаркивающих, иммуномоделирующей терапии.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p>	
--	--	--	--

		<p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Общие вопросы инфекционных болезней• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и	
--	--	---	--

			<p>профилактике</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов• Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Собрать полный медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть пациента состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных • инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека 	
--	--	--	--	--

и основы радиационной безопасности;

Необходимые умения (уметь)

- Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.).

Трудовые действия (владеть)

- Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.).

Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

Необходимые знания (знать):

- методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;
- методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп;
- методы анализа и синтеза статистической информации;
- методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков;
- методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций

Необходимые умения (уметь)

- анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека;
- устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны;
- оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей;

		<ul style="list-style-type: none">• оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения;• применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.• Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни.• Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оформить врачебную документацию;• Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания;• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп;• Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний;• Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуорометра.	
--	--	--	--

		<p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра. • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение 	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.4	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Вирусные гепатиты	<p>Этиология Вирус гепатита А (ВГА) открыли S. Feinstone и сотрудники (1970). Он представляет собой сферическую РНК-содержащую частицу диаметром 27-30 нм. По физико-химическим свойствам ВГА относится к энтеровирусам с порядковым номером 72, локализуется в цитоплазме гепатоцитов. Вирус нечувствителен к эфиру, но быстро инактивируется раствором формалина, хлорамина и ультрафиолетовыми лучами; при температуре 85°С инактивируется в течение 1 мин. Показана возможность репродукции вируса в первичных и перевиваемых монослойных линиях культур клеток человека и обезьян, что открывает источник реагентов для производства диагностикумов, а также для конструирования вакцинальных препаратов. Возбудителем вирусного гепатита Е является вирусоподобная частица сферической формы диаметром 27 нм. Она не имеет антигенной общности с ВГА и не считается его вариантом или подтипом. Вирус обнаруживается в фекалиях лиц с клиникой острого гепатита, классифицированного как гепатит «ни А, ни В», а также у обезьян, зараженных в эксперименте данным видом вируса. Вирусные частицы реагируют с сыворотками тех же больных и экспериментальных животных в стадии реконвалесценции. Возбудитель вирусного гепатита В - ДНК-содержащий вирус из семейства гепаднавирусов (от греч. hepar - печень и англ. DNA - ДНК). Вирусы гепатита В (ВГВ), или частицы Дейна, представляют собой сферические образования диаметром 42 нм, состоящие из электронноплотной сердцевины (нуклеокапсид) диаметром 27 нм и внешней оболочки толщиной 7-8 нм. В центре нуклеокапсида находится геном вируса, представленный двунитчатой ДНК. В составе вируса содержатся 3 антигена, имеющих важнейшее значение для лабораторной диагностики заболевания: НВсАг - ядерный, сердцевинный антиген, имеющий белковую природу; НВеАг - трансформированный</p>	Зачет

		<p>HBsAg(антиген инфекциозности); HBsAg - поверхностный (австралийский) антиген, образующий наружную оболочку частицы Дейна. ВГВ весьма устойчив к высоким и низким температурам. При температуре 100° С вирус погибает через 2-10 мин; при комнатной температуре сохраняется 3-6 мес, в холодильнике - 6-12 мес, в замороженном виде - до 20 лет; в высушенной плазме - 25 лет. Вирус чрезвычайно устойчив к воздействию химических факторов: 1-2% раствор хлорамина убивает вирус через 2 ч, 1,5% раствор формалина - через 7 сут. Вирус устойчив к лиофилизации, воздействию эфира, ультрафиолетовым лучам, действию кислот и др. При автоклавировании (120°С) активность вируса полностью подавляется только через 5 мин, а при воздействии сухого жара (160 °С) - через 2 ч. Вирус гепатита дельта (ВГД) - сферическая частица диаметром 35-37 нм, внешняя оболочка которой является поверхностным антигеном ВГВ (HBsAg). В центре частицы находится специфический антиген (AgD), содержащий мелкую РНК (геном). Для репликации и экспрессии ВГД нуждается в облигатной хелперной функции ВГВ, вследствие чего он относится к числу дефектных вирусов с неполнотой генома. Установлено, что антиген-дельта располагается главным образом в ядрах гепатоцитов в виде агрегатов отдельных частиц размером 20-30 нм, локализованных в хроматиновой зоне и изредка в цитоплазме в ассоциации с рибосомами или в гиалоплазме. Антиген-дельта устойчив к нагреванию, к действию кислот, но инактивируется щелочами и протеазами.</p> <p>Экспериментальную инфекцию удается воспроизвести на шимпанзе. Вирус гепатита С (ВГС) относится к семейству флавивирусов. Имеет диаметр от 22 до 60 нм, обнаруживается как в крови, так и в экстрактах печени человека или экспериментально зараженных шимпанзе. В отличие от других вирусов гепатита находится в сыворотке крови больных в чрезвычайно низкой концентрации, а иммунный ответ в виде специфических антител очень слабый и поздний. Вирус чувствителен к хлороформу, формалину, при нагревании до 60°С инактивируется в течение 10 ч, а при кипячении - в течение 2 мин. Эффективна стерилизация препаратов крови с помощью ультрафиолетовых лучей.</p> <p>Эпидемиология: источником инфекции является больной в любом периоде заболевания. Механизм передачи контактный. Пути передачи- парентеральный, половой, вертикальный (от матери плоду) , трансплантационный. Профилактика вирусных гепатитов может быть представлена как специфической, так и неспецифической формами. Специфическая (она же иммунопрофилактика) сводится к проведению соответствующих прививок. Последние выполняются согласно обязательному календарю профилактических прививок. Однако не для всех вирусных гепатитов существует специфическая профилактика, например, против гепатита С вакцины не существует. Неспецифическая профилактика вирусных гепатитов сводится к</p>	
--	--	---	--

		<p>соблюдению правил личной гигиены, а также к предохранению во время половых связей (использование презервативов). Необходимость последнего обусловлена возможностью вирусных частиц проникать через слизистые покровы, микроскопические повреждения эпителия. Осторожность необходимо проявлять при любых повреждениях кожных покровов (от пирсингов и уколов до хирургических операций). Профилактика гепатита В сводится к проведению трёхкратной вакцинации в течение шести месяцев. Кроме того, по прошествии длительного времени, а также при снижении поствакцинального иммунитета проводится ревакцинация. В отличие от В, С и D, вирусный гепатит А является острым заболеванием и протекает в клинически выраженной форме (желтушность кожных покровов и склер). После перенесенного заболевания формируется стойкий иммунитет.</p> <p>Патогенез Механизмы развития заболевания при инфицировании вирусами различного типа отличаются друг от друга. Вирусные гепатиты А и Е характеризуются непосредственным поражающим действием на клетку печени. В организме начинают вырабатываться иммунные факторы защиты, которые способствуют выведению вируса. Благодаря этому больной выздоравливает. При вирусных гепатитах В, D и F иммунная система уничтожает печеночные клетки, зараженные вирусом. Одновременно запускаются иммунные факторы защиты, стимулирующие выведение вируса из организма и обеспечивающие выздоровление. При вирусном гепатите С иммунная система также уничтожает зараженные клетки печени, но из-за изменчивости вируса не вырабатываются защитные факторы, которые способствуют выздоровлению.</p> <p>Клиника Инкубационный период у вирусных гепатитов разный, в среднем составляет от 40 до 80 дней. Продолжительность продромального (преджелтушного) периода при гепатитах в среднем 6 ± 2 дня, редко он удлиняется до 9-12 дней или укорачивается до 1-2 дней. характеризуется астеновегетативным синдромом, синдромом интоксикации. в конце периода кал приобретает светлый цвет, а моча темнеет. Период разгара (<i>желтушный период</i>). Переход в 3-й период обычно совершается при отчетливом улучшении общего состояния при гепатите и уменьшении жалоб при гепатите А и ухудшением общего состояния при гепатите В. С появлением желтухи общее состояние у половины больных можно расценивать как удовлетворительное, у другой половины - как среднетяжелое еще в течение 2-3 дней желтушного периода. Сначала появляется желтушность склер, а затем - кожи лица, туловища, твердого и мягкого неба, позднее - конечностей. Желтуха нарастает быстро, в течение 1-2 дней, часто больной желтеет как бы «за одну ночь». Кроме этого, характерен гемморагический синдром, астеновегетативный синдром, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, синдром</p>	
--	--	---	--

		<p>холестаза. Период реконвалесценции характеризуется уменьшением желтухи, астеновегетативного синдрома, восстановлением цвета кала и мочи. Кроме этого, существуют безжелтушные и стертые формы. По степени тяжести делятся на легкую, среднетяжелую и тяжелую степень тяжести. Кроме этого, по формам бывают острые и хронические.</p> <p>Дифференциальная диагностика Вирусные гепатиты следует дифференцировать с синдромом Жильбера, болезнью Ротора, болезнью Дабина Джонсона, желчекаменной болезнью, раком головки поджелудочной железы,</p> <p>Лечение При назначении терапии учитывается, какой конкретно вирус стал причиной развития болезни. При вирусном гепатите основу лечения, как правило, составляют противовирусные средства, интерфероны, способствующие выработке организмом антител, направленных на борьбу с вирусами, гепатопротекторы, антигистаминные препараты. При тяжелой форме заболевания показано внутривенное вливание Реамберина, назначение гормональных средств, редко – антибиотиков. Лечение вирусного гепатита длительно, проводится в условиях стационара. На протяжении этого времени пациенту запрещается употреблять алкоголь и жирную, нагружающую организм работой пищу. При осложнении заболевания циррозом может потребоваться трансплантация печени.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность: Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие вопросы инфекционных болезней • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины 	
--	--	--	--

			<p>возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none">• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов• Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Собрать полный медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить	
--	--	--	--

			<p>тяжесть пациента состояния пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p>	
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">• Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;• методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп;• методы анализа и синтеза статистической информации;• методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков;• методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека;• устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны;• оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей;• оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения;	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. • Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; • Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний; • Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуметра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (МКБ-10);</p>	
--	--	--	--	--

		<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.• Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оформить врачебную документацию;• Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии;• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра.• Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации.• Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации• Различные методы реабилитации пациентов• Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение• Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.5	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11,12	Карантинные и особо опасные инфекции	<p>Этиология. возбудителями особо опасных инфекций являются <i>Bacillus anthracis</i> (род <i>Bacillaceae</i>), <i>Vibrio cholerae</i>, <i>Variolavirus</i>, <i>Francisella tularensis</i></p> <p>Эпидемиология: источником инфекции является больной или бактерионоситель. Механизмы передачи разнообразные: фекально-оральный, воздушно-капельный, трансмиссивный, контактно-бытовой. Профилактика особо опасных инфекций заключается в проведении наблюдения за численностью грызунов и переносчиков, обследование, их дератизация в наиболее угрожаемых районах, существует вакцинация от некоторых карантинных инфекций. Соблюдение правил личной гигиены: мытье рук перед едой, питье воды из проверенных обеззараженных источников.</p> <p>Патогенез</p> <p>Сибирская язва Передача инфекции происходит тремя путями контактно-бытовым, пищевым и воздушно-капельным. В капсуле этих микроорганизмов имеется полиглутаминовая кислота, которая снижает фагоцитарную активность макрофагов. Тем не менее споры могут быть фагоцитированы тканевыми макрофагами, в которых они способны прорасти. Бактерии размножаются в области проникновения и лимфогенным путем попадают в регионарные лимфатические узлы. Бактерии сибирской язвы в процессе роста синтезируют три белка: отечный фактор, летальный фактор и протективный антиген, последний создает комплексы с отечным и летальным фактором. Эти комплексы называются отечным и летальным токсинами. Действие отечного фактора связано с локальной активацией аденилатциклазы и возникновением отека. Действие летального фактора приводит к развитию некроза тканей. При употреблении мяса, подвергнутого</p>	Зачет

			<p>недостаточной тепловой обработке, споры бактерий могут попадать в ЖКТ и вызывать соответствующую форму заболевания. Ингаляционная форма возникает при попадании спор через дыхательные пути и считается наиболее привлекательной с точки зрения создания биологического оружия.</p> <p>Натуральная оспа. Возбудитель проникает в организм несколькими путями. Аэрозольное заражение происходит при прямом контакте с инфицированными лицами. Контактный путь заражения возникает при прямом контакте слизистых, заболевших со слизистыми здорового человека. При этом вирус переносится инфицированным секретом слизистой или инфицированными клетками десквамированного эпителия. Риск инфицирования резко возрастает при аэрозольном распространении вируса при чихании и кашле. Один пациент может быть источником инфекции для 10-20 здоровых лиц. Инкубационный период составляет от 7 до 17 суток. Вирус проникает через слизистую дыхательных путей и попадает в регионарные лимфатические пути. После репликации в течение 3-4 сут возникает виремия, которая не сопровождается клиническими проявлениями из-за активного клиренса вирусов ретикуло-эндотелиальной системой. В результате продолжающейся репликации вирусов через несколько дней возникает вторая волна виремии, вирусы попадают в кожу и другие органы, у пациентов появляются первые симптомы заболевания.</p> <p>Чума</p> <p>При бубонной форме чумы бактерии из инфицированной области (укус насекомого) попадают в лимфатическую систему, достигают лимфатических узлов, где происходит их размножение. В результате лимфатические узлы увеличиваются и представляют собой бубон сильно напряженный и воспаленный лимфатический узел, ограничивающий движения из-за резкой боли. Поражение органов происходит в результате гематогенной диссеминации.</p> <p>Клиника</p> <p>Симптомы чумы проявляются внезапно через три дня после заражения, при этом наблюдается сильная интоксикация всего организма. На фоне сильного озноба быстро повышается температура до 38—39 °С, появляется сильная головная боль, гиперемия лица, язык покрывается белым налетом. В более тяжелых случаях развиваются бред галлюцинаторного порядка, синюшность и заостренность черт лица с появлением на нем выражения страдания,</p>	
--	--	--	--	--

иногда ужаса. Довольно часто при любой форме чумы наблюдаются многообразные кожные явления: геморрагическое высыпание, пустулезная сыпь и др. При бубонной форме чумы, возникающей, как правило, при укусе зараженных блох, кардинальным симптомом является бубон, представляющий собой воспаление лимфатических узлов. Развитие вторичной септической формы чумы у больного с бубонной формой также может сопровождаться многочисленными осложнениями неспецифического характера. *Первичная легочная форма представляет наиболее опасную* в эпидемическом отношении и очень тяжелую клиническую форму болезни. Начало ее внезапное: быстро повышается температура тела, появляются кашель и обильное выделение мокроты, которая затем становится кровавой. В разгар болезни характерными симптомами являются общее угнетение, а затем возбужденно-бредовое состояние, высокая температура, наличие признаков пневмонии, рвота с примесью крови, синюшность, одышка. Пульс учащается и становится нитевидным. Общее состояние резко ухудшается, силы больного угасают. Болезнь продолжается 3—5 дней и без лечения заканчивается смертью. **Основные симптомы холеры:** внезапный водянистый профузный понос с плавающими хлопьями, напоминающий рисовый отвар, переходящий со временем в кашицеобразный, а затем и в жидкий стул, обильная рвота, уменьшение мочеотделения вследствие потери жидкости, приводящие к состоянию, при котором падает артериальное давление, пульс становится слабым, появляется сильнейшая одышка, синюшность кожных покровов, тонические судороги мышц конечностей. Черты лица больного заостряются, глаза и щеки запавшие, язык и слизистая оболочка рта сухие, голос сиплый, температура тела снижена, кожа холодная на ощупь. **Симптомы сибирской язвы.** Инкубационный период заболевания короткий (2—3 дня). По клиническим формам различают кожную, желудочно-кишечную и легочную сибирскую язву. При кожной форме сибирской язвы сначала образуется пятно, затем папула, везикула, пустула и язва. Болезнь протекает тяжело и в отдельных случаях заканчивается смертельным исходом. При желудочно-кишечной форме преобладающими симптомами являются внезапное начало, быстрый подъем температуры тела до 39—40 °С, острые, режущие боли в животе, кровавая рвота с желчью, кровавый понос. Обычно болезнь продолжается 3—4 дня и чаще всего заканчивается смертью. Легочная форма имеет еще более тяжелое течение. Для нее характерны высокая температура тела, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, сильный кашель с выделением кровавой мокроты.

Дифференциальная диагностика. Карантинные инфекции следует дифференцировать с острыми кишечными инфекциями, кожными заболеваниями, заболеваниями легких.

Лечение. Этиотропная терапия заключается в применении антибактериальных препаратов.

			<p>Патогенетические терапия – дезинтоксикационная терапия. Симптоматическая терапия направлена на уменьшение симптомов заболевания.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность: Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие вопросы инфекционных болезней • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления • Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность • Анализировать медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в 	
--	--	--	--	--

			<p>случаях, требующих неотложной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Оценить тяжесть состояния пациента • Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии • Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению • Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий) • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p>	
--	--	--	--	--

		<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов• Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Собрать полный медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента• Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам• Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений• Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей• Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента• Изучение анамнеза пациента• Установление первых признаков болезни• Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Формирование эпикриза• Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения;• Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций;• Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;• методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп;	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • методы анализа и синтеза статистической информации; • методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; • методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека; • устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны; • оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; • оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; • Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний; • Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуromетра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуromетра. 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p>Необходимые знания (знать)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p>Необходимые умения (уметь)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p>Трудовые действия (владеть)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.6	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Зоонозные инфекции	<p>Этиология бактериальные (бруцеллез, чума, туляремия, кампилобактериоз, лептоспироз, сальмонеллез, сибирская язва, риккетсиозы, хламидиозы, боррелиозы); вирусные (геморрагические лихорадки, бешенство); прионные (скрепи, губчатая энцефалопатия).</p> <p>Эпидемиология Источник инфекции: зараженное животное. Механизм передачи: фекально – оральный, контактно – бытовой. Профилактика заражения работников, занятых убоем и переработкой сырья от больных животных и птицы, состоит из комплекса следующих мер: вакцинация людей, обеспечение работающих санитарно-бытовыми объектами, спецодеждой,</p>	Зачет

		<p>механизация и автоматизация технологических процессов и т. д. В цехах, где перерабатывают туши и сырье от больных животных и птиц, необходимо предусматривать гардероб для отдельного хранения личной и санитарной одежды и обуви работников, душевые установки по типу санпропускников, емкости с дезинфицирующим раствором, умывальники с горячей водой, мыло, полотенца, помещения для приема пищи, аптечки первой помощи. К приему, переработке и уходу за больными животными допускаются лица, прошедшие диспансерное обследование и сделавшие прививку против бруцеллеза, положительно реагирующие на туберкулез (реакции Пирке и Манту), исследованные на сальмонеллезобактерионосительство, обученные правилам личной гигиены и сдавшие санитарный минимум по профилактике заразных болезней. К работе с больными животными и продуктами убоя не допускаются беременные и кормящие женщины, подростки. Все работники, имеющие контакт с больными животными и продуктами убоя, должны перед началом работы тщательно мыть руки, надевать санитарную одежду и пользоваться средствами индивидуальной защиты. Выходить за пределы цеха в санитарной одежде нельзя. После окончания смены рабочее место сдают мастеру цеха, дезинфицируют руки 1%-ным раствором хлорамина в течение 5 мин, а затем водой с мылом, после чего принимают душ. Халаты, комбинезоны и полотенца после работы переносят в плотных мешочках в прачечную, где их предварительно замачивают в 1%-ном растворе едкого натра или 2%-ном растворе кальцинированной соды в течение 2 ч, затем кипятят 30 мин и стирают в мыльном растворе. Фартуки, нарукавники, резиновые перчатки и обувь ежедневно после работы сначала тщательно моют осветленным раствором хлорной извести, содержащим 2 % активного хлора, затем водой с мылом. Устранение неприятных запахов, возникающих в результате разложения органических веществ, для дезодорации применяют: хлорные препараты, марганцовокислый калий, формальдегид, бикарбонат натрия; эффективная приточно-вытяжная вентиляция - в колбасных цехах; использование растворов хлорамина - для поверхности объектов и т.д. Ветеринарно-санитарный контроль за санитарным состоянием оборудования и посуды (по количеству санитарно-показательных микроорганизмов).</p> <p>Патогенез зоонозных инфекций различен и зависит от возбудителя, проникающего в организм.</p> <p>Клиника: Организм человека плохо адаптирован к возбудителям зоонозных инфекций, то клинически все зоонозы протекают очень тяжело, с высокой летальностью. Клиническая картина зависит не столько от возбудителя, сколько от пораженного органа.</p> <p>Дифференциальная диагностика. в первую очередь зоонозные инфекции необходимо дифференцировать с особо опасными инфекциями, кишечными инфекциями.</p> <p>Лечение: Лечение больных проводится по нозологиям. Лечение больных бруцеллезом в острый</p>	
--	--	--	--

		<p>период и в период обострения хронического процесса должно проводиться в стационарных условиях. При острой форме бруцеллеза, а также при рецидивах назначают антибиотики. Левомецетин применяют по схеме: 0,5 г каждые 4 часа, т. е. 3 г в сутки в течение всего периода повышения температуры. Затем дозу снижают до 0,25 г 6 раз в сутки в течение 10 дней. Курс повторяют 2--3 раза с интервалом в 10--15 дней. По такой же схеме может быть назначен тетрациклин в дозе 3 г каждые 6 часов, до снижения температуры тела. Эффективен тетрациклин в сочетании со стрептомицином. Обязательна госпитализация больных ящуром сроком не менее 14 дней. Больной нуждается в тщательном уходе, симптоматическом и местном лечении. Показаны щадящая диета (назначение полужидкой, легкоусвояемой пищи, небольшими порциями, 5-6 раз в сутки), обильное питье. Перед приемом пищи больному дают 0,1 г анестезина. Иногда прибегают к кормлению через зонд. Особо важное значение приобретает соблюдение гигиены полости рта. С первых дней заболевания необходимо проводить местную противовирусную терапию. С этой целью могут быть использованы 0,25-0,5%-ная оксалиновая, 0,25-0,5%-ная флореналева, 0,25--0,5%-ная теброфеновая, 4%-ная гелиомициновая, 0,25%-ная риодоксолевая, 50%-ная интерфероновая и другие мази. Применяют растворы лейкоцитарного интерферона и 0,1--1%-ный раствор РНКазы. Указанные препараты наносят на пораженные участки слизистых оболочек и кожи 3-5 раз в день. Лечение листериоза заключается в назначении антибактериальной терапии. При локализованной (железистой, гастроэнтеритической) форме используется один из следующих препаратов: ампициллин, амоксициллин, ко-тримоксазол, эритромицин, тетрациклин, доксициклин, хлорамфеникол в средних терапевтических дозах внутрь. При генерализации инфекции (нервная, септическая формы), листериозе новорожденных рекомендуется сочетание ампициллина (взрослым 8–12 г/сут; детям 200 мг/кг/сут) или амоксициллина с гентамицином (5 мг/кг/сут) или амикацином в течение всего лихорадочного периода и еще 3–5 дней, а в тяжелых случаях до 2–3 недель с момента нормализации температуры. В случае неэффективности такой терапии необходимо произвести смену антибиотика с учетом чувствительности штамма листерий, выделенного от больного. В последние годы появились сообщения об эффективности ванкомицина и меропенема. При необходимости проводится инфузионная дезинтоксикационная, а также десенсибилизирующая и симптоматическая терапия, лечение сопутствующих заболеваний</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, 	
--	--	---	--

			<p>этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);</p> <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность: Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Общие вопросы инфекционных болезней• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии • Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний • Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению • Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и 	
--	--	--	---	--

			<p>клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none"> • Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов • Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Собрать полный медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть пациента состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p>	
--	--	--	---	--

		<p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методами оказания экстренной помощи при ургентных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; • методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; • методы анализа и синтеза статистической информации; • методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; • методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских 	
--	--	---	--

организаций

Необходимые умения (уметь)

- анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека;
- устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны;
- оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей;
- оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения;
- применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений

Трудовые действия (владеть)

- методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков

Диагностическая деятельность:

Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

Необходимые знания (знать)

- Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а также вероятность осложнений, хронизации.
- Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни.
- Методологию проведения диагностических инструментальных исследований.

Необходимые умения (уметь)

- Оформить врачебную документацию;
- Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания;

		<ul style="list-style-type: none">• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп;• Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний;• Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульксиметра, тонометра, пикфлоуорометра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.• Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Оформить врачебную документацию;• Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии;• Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.• Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.• Техникой использования пульксиметра, тонометра, пикфлоуорометра.• Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p>	
--	--	--	--

			<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.7	УК 1, 2; ПК 1-6, 8- 11,12	Трансмиссивные и раневые инфекции	<p>Этиология: Основными возбудителями раневых инфекций являются <i>Cl.perfringes, Cl.oedematiens, Cl.hystoliticus, Cl.septicum</i> Трансмиссивные заболевания вызываются различными инфекционными агентами: бактериями и вирусами, простейшими и риккетсиями, и даже гельминтами.</p> <p>Эпидемиология: Основная локализация возбудителя в организме человека в крови . Для сохранения возбудителя как биологического вида (II закон эпидемиологии передача его от одного индивидуума к другому может быть только при помощи переносчика, в организме которого он не только сохраняется, но и проходит определенный цикл своего развития. Механизм передачи трансмиссивный. Трансмиссивный механизм передачи: антропонозы передача от человека к человеку (сыпной тиф, возвратный тиф, малярия), II зоонозы (туляремия, клещевой энцефалит,</p>	Зачет

боррелиоз, геморрагические лихорадки), III источником возбудителя может быть и человек, и животное, чаще грызуны (чума, геморрагические лихорадки, сибирская язва) Переносчики трансмиссивных заболеваний: вши платяная, головная, лобковая. сыпной тиф, возвратный тиф, волынская лихорадка, комары Anopheles (самки), малярия Aedes желтая лихорадка, блохи, чума, клещи (нимфа, личинка, половозрелый клещ) каждая стадия питается на своем хозяине. Трансовариальная передача возбудителя (не только переносчик, но и природный резервуар. Естественный резервуар и источник возбудителя раневой инфекции — почва. Механизм передачи — контактный, путь — раневой Восприимчивость — высокая; заболеваемость значительно возрастает во время военных действий у раненых; основная группа риск в мирное время — работники сельского хозяйства, дорожные и строительные рабочие, шахтеры. В мирное время заболеваемость возрастает при стихийных бедствиях, таких как землетрясения; часто сопровождается краш-синдром. Профилактика [раневой инфекции](#) сводится к максимальному предотвращению обсеменения раны микроорганизмами, в то время как лечение сосредотачивается на кардинальном уменьшении имеющейся в ране микрофлоры и на уничтожении проникших бактерий. При этом практические мероприятия по профилактике и лечению следует рассматривать не изолированно, а в рамках целостной концепции, требующей координированных действий от всех, кто участвует в обработке раны. Приоритетным мероприятием является строгое поддержание асептики. Оно является необходимой предпосылкой предоперационной подготовки, самой операции и послеоперационных мероприятий, а также обработки открытых ран при всех острых и хронических ранах. Профилактика трансмиссивных инфекций: [Вакцинация](#) и прием профилактических препаратов (химиопрофилактика) перед выездом в местность, эндемичную к данному заболеванию; использование репеллентов, защитных сеток на дверные проемы и окна, пологов над спальными местами; выбор одежды, предупреждающей доступ насекомых к телу (особое значение имеют плотная ткань и застёжки – предпочтительнее плотные: молнии или липучки); ограничивать прогулки в вечернее и ночное время в местах распространения насекомых, а также прогулки вблизи водоемов (рек, озер, прудов, обширных резервуаров со стоячей водой); принимать к сведению сообщения санитарно – эпидемиологической службы в сезоны с высоким уровнем распространения насекомых – переносчиков; использование питьевой воды только из разрешенных санитарной службой источников.

Патогенез Общие черты патогенеза трансмиссивных инфекций: на месте укуса москита часто возникает болезненная воспалительная реакция кожи в виде зудящих папул, окруженных зоной гиперемии. После репликации инокулированного вируса в клетках системы макрофагов

		<p>развивается вирусемия, определяющая начальные проявления болезни. Вирус флеботомной лихорадки фиксируется в клетках ЦНС, вегетативных симпатических ганглиях, вызывая нарушение функции и церебральную гипертензию. Фиксация вируса в костном мозге приводит к лейкопении с относительным лимфоцитозом. Изменения внутренних органов не изучены. Патогенез раневой инфекции. Различают несколько фаз раневой инфекции: фазу воспаления, разделяющуюся на два периода: сосудистых изменений и очищения раны от некротических тканей; фазу регенерации, образования и созревания грануляционной ткани; фазу организации рубца и эпителизации.</p> <p>Клиника Клинические симптомы раневой инфекции достаточно ярко выражены. Поэтому даже на их основании проводится диагностика подобного состояния. Основными признаками являются следующие: Покраснение кожи или слизистой вокруг раны Локальное повышение температуры Боль при пальпации раны и области вокруг нее Отечность Наличие отделяемого из раны различного характера. Другими клиническими признаками, которые присутствуют не всегда, но при их наличии всегда указывают на раневую инфекцию, являются следующие: Образование абсцесса – гнойной полости Медленно заживающие раны Изменение цвета по краю раны Грануляции бледного цвета, которые кровоточат при малейшем прикосновении Боли «распирающего» характера в ране Появление неприятного запаха из раны Появление фибриновых пленок в любом участке. клиника трансмиссивных заболеваний . Общие черты клиники заключаются в повышении температуры, наличия астеновегетативного синдрома, сыпи различного характера, гепатоспленомегалии, нарушении сознания.</p> <p>Дифференциальная диагностика Дифференциальная диагностика трансмиссивных заболеваний проводится с ВИЧ-инфекцией, с брюшным тифом, кожными заболеваниями и т.д.</p> <p>Лечение трансмиссивных заболеваний заключается в применении этиотропной терапии: противовирусные, противопротозойные, антибактериальные препараты. патогенетическая терапия трансмиссивных заболеваний будет заключаться в дезинтоксикационной терапии, симптоматическая терапия будет применена в зависимости от тех или иных симптомов заболевания. Лечение раневой инфекции сводится к применению антибактериальных препаратов. Препарат подбирают индивидуально в зависимости от типа возбудителя и состояния раны. Чаще всего прибегают к цефалоспорином. Такие антибиотики отличаются широким спектром действия. При неэффективности цефалоспоринов либо стафилококковой инфекции назначают Ванкомицин или Линезолид. Если возбудителем является синегнойная палочка, то прибегают к пенициллинам – Тазоцину, Тиментину, Карбенициллину. Если воспаление рожистое, то показаны пенициллины, Азитромицин (азалид) и антибиотики</p>	
--	--	--	--

		<p>группы линкозамидов. В комплексную терапию включают также прием иммуномодуляторов. Это может быть Иммуномакс и Гепон. Из числа синтетических иммуномодуляторов применяютПолиоксидоний.</p> <p>В некоторых случаях требуется специфическая иммунокорректирующая терапия, то есть применение вакцины или сыворотки. Чаще потребность возникает в столбнячноанатоксине, противостолбнячной сыворотке или гамма-глобулине, противогангренозной сыворотке. Для местной обработки пораженного места применяют мази – тетрациклиновую, гентамициновую, фурацилиновую, ихтиоловую или линимент Вишневского. Для антисептической обработки и ускорения регенерация применяют гиалуронат цинка (гель).Если воспаление проявляется системно, то необходима детоксикация. Ее выполняют с помощью инфузий солевых растворов, детоксицирующих растворов и форсированного диуреза – ввода большого объема жидкости и диуретиков. Если случай тяжелый, то прибегают к экстракорпоральной детоксикации. Такая мера обязательна при сепсисе.При тяжелом состоянии пациента необходимо также симптоматическое лечение. Основная его цель – снижение болевого синдрома. При обширном повреждении либо сразу после операции могут применяться наркотические вещества, но к ним прибегают в крайних случаях. Жаропонижающие средства назначают, если температура тела превысила 39°С. Необходимы такие препараты также при лихорадке, если у пациента имеется тяжелое заболевание дыхательной либо сердечно-сосудистой системы.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие вопросы инфекционных болезней • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины 	
--	--	--	--

			<p>возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none">• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий) • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления • Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов • Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Собрать полный медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить 	
--	--	--	---	--

			<p>тяжесть пациента состояния пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; • методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; • методы анализа и синтеза статистической информации; • методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; • методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека; • устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны; • оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; • оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. • Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; • Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний; • Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуметра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (МКБ-10);</p>	
--	--	--	--	--

		<p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра. • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.8	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых	<p>Этиология. Вирус иммунодефицита человека относится к семейству РНК-содержащих ретровирусов и классифицирован на сегодня в подсемейство лентивирусов, т. е. вирусов медленных инфекций. ВИЧ генетически и антигенно неоднороден — описаны ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Зрелый вирион ВИЧ — это сферическая частица диаметром около 100 им, состоящая из сердцевины и оболочки. Геном ВИЧ содержит 3 основных структурных гена — gag, кодирующий образование внутренних белков (p17/18, 24/26, 55/56); env, кодирующий гликопротеины оболочки (gp41/36, 120/105, 160/140) и pol, кодирующий ферментные системы, включая обратную транскриптазу (p31, 51, 66/68). Кроме того, известны регуляторные гены возбудителя (tat, rev, nef), которые обеспечивают контроль за его репликацией. ВИЧ не стоек во внешней среде. Он инактивируется при температуре 56°C за 30 мин, при кипячении — через 1 мин, погибает под воздействием химических агентов, допущенных для проведения дезинфекции. Вирус относительно устойчив к ионизирующей радиации, ультрафиолетовому облучению и замораживанию при минус 70°C.</p> <p>Эпидемиология. Источником инфекции являются инфицированные люди — больные со всеми клиническими формами и вирусоносители, в крови которых циркулирует вирус. Ведущее значение в передаче ВИЧ имеет контактный механизм передачи возбудителя. Он включает половой (наиболее частый) и контактно-кровяной (трансфузионный, парентеральный и при контакте с кровью) пути передачи вируса. Особенно интенсивная передача ВИЧ наблюдается при гомосексуальных половых контактах. Другим, менее значимым, является вертикальный механизм передачи возбудителя, который реализуется в организме беременной женщины, когда плод заражается в матке (трансплацентарный путь). При этом наиболее часто контактное заражение ребенка происходит при родах. Также возможно инфицирование через грудное молоко. Выявлены случаи заражения матерей от инфицированных грудных детей при вскармливании грудью. Основным методом профилактики ВИЧ-инфекции является обучение</p>	Зачет

населения (начиная со школьного возраста) правильному половому поведению, ограничению числа половых партнеров и правилам безопасного секса (использованию презервативов). В качестве противоэпидемических мероприятий применяют обследование доноров крови, спермы, органов; выявление источников инфекции (обследование иностранцев, приезжающих на срок более 3 мес, российских граждан, вернувшихся из-за рубежа, где они пробыли более 1 мес, больных венерическими заболеваниями, гомосексуалистов, наркоманов, проституток), а также обследование, проводимое по клиническим показаниям, и обследование беременных.

Патогенез. Заражение человека ВИЧ происходит при попадании вирусосодержащего материала непосредственно в кровь или на слизистые оболочки. Проникнув в организм человека, возбудитель способен прямо инфицировать довольно много разных типов дифференцированных клеток: прежде всего CD4-лимфоциты (*хелперы*), а также моноциты/макрофаги, альвеолярные макрофаги легких, клетки Лангерганса, фолликулярные дендритные клетки лимфатических узлов, клетки олигодендроглии и астроциты мозга, эпителиальные клетки кишки, клетки шейки матки. Основным способом попадания ВИЧ внутрь клетки является его связывание со специфическим рецептором клеточной оболочки (молекулой CD4) с последующей пенетрацией путем эндоцитоза или через плазматическую мембрану. После проникновения вирусного генома в цитоплазму информация с вирусной РНК с помощью обратной транскриптазы переписывается на ДНК. Затем к образовавшейся одонитевой структуре ДНК с помощью того же фермента достраивается вторая нить ДНК, а линейная промежуточная форма ДНК транспортируется в ядро, где приобретает кольцевую форму, интегрируется с ДНК клетки, превращаясь в ДНК-провирус. Активирующими факторами для превращения ДНК-провируса могут выступать различные антигены, цитокины, клеточные транскрипционные факторы, собственные и гетерологическиетрансактиваторы и др. Процессы активации транскрипции и синтез белков-предшественников иногда принимают взрывообразный характер. Завершающим этапом морфогенеза ВИЧ является сборка вирусных частиц и выход их из клетки. Инфицированная клетка, в которой прошел цикл активной репликации вируса, подвергается прямой деструкции и цитолизу. Этот процесс, называемый еще цито-некрозом, есть один из основных феноменов цитопатогенного действия ВИЧ. Другими его компонентами являются образование синцитиев (в синцитий вовлекаются, с одной стороны, клетки, инфицированные ВИЧ и экспрессирующие на наружной мембране вирусные белки gp120 и gp41, и, с другой, — клетки, необязательно инфицированные ВИЧ, но имеющие на наружной мембране молекулы CD4), патогенные эффекты отдельных белков вируса (gp120, секретлируемый во внеклеточную среду в виде растворимых отдельных молекул), хроническая инфекция клеток без скоростного цитолиза

		<p>(моноциты/макрофаги). ВИЧ по своей природе в первую очередь является иммуотропным, поэтому иммунная система начинает играть все более активную роль в общем патогенезе заболевания. Постепенно нарастает процесс физического разрушения Т-хелперов (главная клетка-мишень для ВИЧ), соответственно возрастает количество СДС-лимфоцитов (супрессоров), причем уже в ранние периоды от начала инфекционного процесса, нарушается функциональное состояние Т-лимфоцитов, проявляющееся существенным снижением их способности реагировать на различные митогены и антигены еще задолго до очевидного падения Т-хелперов, достоверно уменьшается активность нормальных киллеров, отмечается не только нарушение морфологии макрофагально-моноцитарных клеток, а также выраженные изменения их функций.</p> <p><u>В России считается основной и рекомендуется для практического использования классификация, предложенная академиком В. И. Покровским в 1989 году:</u></p> <p>I. Стадия инкубации.</p> <p>II. Стадия первичных проявлений: А — острая лихорадочная фаза; Б — бессимптомная фаза; В - персистирующая генерализованная лимфаденопатия.</p> <p>III. Стадия вторичных заболеваний:</p> <p>А - потеря массы тела менее 10%; поверхностные грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы;</p> <p>Б - прогрессирующая потеря массы тела более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более 1 мес; волосатая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши;</p> <p>В - генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода; внелегочный и атипичный туберкулез; кахексия; диссеминированная саркома Капоши; поражения ЦНС различной этиологии.</p> <p>IV. Терминальная стадия.</p> <p>Инкубационный период (от момента инфицирования до первых клинических проявлений или сероконверсии) продолжается от 2—3 нед до 1—2 мес., а по некоторым данным и до 3—5 лет Стадия первичных проявлений начинается с периода сероконверсии, который в самом начале может проявляться острой лихорадочной фазой. Необходимо отметить, что фаза ПА нередко</p>	
--	--	--	--

		<p>может предшествовать наступлению сероконверсии. Клинические признаки острой фазы часто имеют неспецифический характер и определяются выраженной интоксикацией, слабостью, лихорадкой, болью в мышцах и суставах, катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей, тонзиллитом, полиаденитом, иногда этим явлениям сопутствует сыпь на коже. могут регистрироваться преходящие нарушения деятельности центральной нервной системы — от головных болей до острой обратимой энцефалопатии с потерей ориентации, памяти и сдвигами в сознании. В сыворотке крови начинают обнаруживаться специфические антитела к ВИЧ, но не постоянно. Нередко их выявляют не в начале, а по завершению острой фазы. Бессимптомная фаза (ПБ) наступает либо сразу после острой лихорадочной фазы, либо начинается стадию первичных проявлений. Она характеризуется положительными серологическими реакциями на ВИЧ-инфекцию в иммуноферментном анализе (ИФА) и иммуноблотинге (ИБ) при отсутствии клинических признаков заболевания. Длительность сроков инфицирования в этой фазе от 1—3 мес до нескольких лет, но чаще всего — до 1,5-2 лет. Фаза бессимптомного вирусоносительства переходит в фазу персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ, ИВ), при которой длительность инфекционного процесса в среднем составляет от 6 мес. до 5 лет. Единственным стопроцентным клиническим проявлением болезни в данном периоде может быть генерализованная лимфаденопатия. Определение этого синдрома таково — увеличенные лимфатические узлы не менее 1 см в диаметре в двух или более несоприкасающихся внепаховых локусах, сохраняющие свой вид по меньшей мере 3 мес. в отсутствие какого-либо текущего заболевания или лечения, которое могло бы вызывать такой эффект. Помимо генерализованной лимфаденопатии в конце этой фазы могут наблюдаться увеличение печени, селезенки, астенический синдром.</p> <p>Стадия вторичных заболеваний характеризуется развитием на фоне нарушенного иммунитета бактериальных, вирусных, грибковых, протозойных инфекций и (или) опухолевых процессов. Фазу IIIA (слабовыраженную, ранние признаки болезни) можно рассматривать как переходную от ПГЛ к СПИД-ассоциированному комплексу (САК). При этом длительность инфекционного процесса составляет от 3 до 7 лет. Обнаруживаются более выраженный астенический синдром, снижение умственной и физической работоспособности, ночная потливость, периодический подъем температуры до субфебрильных цифр, неустойчивый стул, потеря массы тела менее 10%. Данная фаза заболевания протекает без выраженных оппортунистических инфекций и инвазий, а также без развития саркомы Капоши и других злокачественных опухолей. Могут наблюдаться небольшие изменения (иногда это обострившиеся прежние болезни, но чаще — новые) на коже в виде грибковых (онихомикоз, дерматомикоз стоп, кистей, голеней и других</p>	
--	--	---	--

		<p>участков тела), вирусных (простой герпес, herpeszoster, остроконечные кандиломы, контагиозный моллюск, вульгарные бородавки), бактериальных (стафилококковые и стрептококковые фолликулиты, импетиго, эктима) поражений, себорейного и аллергического дерматитов, псориаза, папулезной сыпи; а также на слизистых оболочках — афтозные, герпетические, бактериальные изъязвления, ангулярный хейлит, гингивит, зубной кариес, зубные абсцессы и др. Кроме того, нередко встречаются рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей, включая бактериальные синуситы.</p> <p>Фаза П1Б (умеренно выраженная, «промежуточные» признаки) по клиническим проявлениям болезни близка понятию САК. При этом имеются какие-либо общие симптомы или признаки СПИДа без генерализации оппортунистических инфекций или опухолей, встречающихся на более поздних стадиях заболевания. Характерны необъяснимая пролонгированная лихорадка перемежающегося или постоянного типа более 1 мес, необъяснимая хроническая диарея более 1 мес, потеря более 10% массы тела. Отмечаются более выраженные изменения на коже и слизистых оболочках микотического (кандидоз полости рта, реже генитальной и перианальной областей), вирусного (оральная «волосатая» лейкоплакия, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай), бактериального (вегетирующая, диффузная и шанкриформная формы хронических пиодермитов, целлюлит, пиомиозит, пиогенная гранулема, фурункул, абсцесс), сосудистого (телеангиэктазии, геморрагические высыпания, лейкопластический васкулит, гиперальгезивный псевдо-тромбофлебитический синдром), опухолевого (локализованная форма саркомы Капоши) генеза. Могут отмечаться бактериальные (в том числе легочный туберкулез), вирусные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, но без диссеминации.</p> <p>Определяется тенденция к анемии, тромбоцитопении и лейкопении, которая обусловлена главным образом лимфопенией и лишь в незначительной степени нейтропенией. Фаза П1В болезни (выраженная, поздние признаки) соответствует стадии развернутого СПИДа. Как правило, она развивается при длительности инфекционного процесса более 5 лет. Нарастающая несостоятельность иммунной системы приводит к развитию двух основных клинических проявлений СПИДа - оппортунистических инфекций, вызванных условно-патогенной флорой, и новообразований. Кроме этого, необходимо помнить, что любые патогенные микроорганизмы вызывают необычно тяжелые клинические состояния.</p> <p>Данный период характеризуется развитием следующих осложнений. Основными среди протозойных инфекций являются пневмония, вызванная <i>Pneumocystiscarinii</i> - РС; токсоплазмоз головного мозга, протекающий в форме энцефалита; криптоспоридиоз, проявляющийся энтероколитом с диареей более 1 мес. Изредка отмечаются изоспоридиоз, микро-споридиоз,</p>	
--	--	--	--

		<p>висцеральный лейшманиоз, лямблиоз и амебиаз.</p> <p>Группу грибковых инфекций составляют кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких; экстрапульмональный криптококкоз, проявляющийся чаще всего менингитом или менингоэнцефалитом и диссеминированным поражением (вплоть до сепсиса); какой-нибудь диссеминированный эндемичный микоз — гистоплазмоз, кокцидиоидоз, аспергиллез.</p> <p>Дифференциальная диагностика дифференциальная диагностика ВИЧ-инфекции проводится с иерсиниозом, инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией и другими ОРЗ.</p> <p>Лечение: Антиретровирусная терапия: Группы антиретровирусных препаратов: ингибиторы обратной транскриптазы (нуклеозидные и нуклеозидные) и ингибиторы протеазы. К нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы относятся: зидовудин — AZT (азидотимидин, ретровир, тимозид) 600 мг/сут; диданозин — ddi (видекс) 250—400 мг/сут; зальцитабин — ddc (хивид) 2,25 мг/сут; ламивудин — ЗТС (эпивир) 300 мг/сут; ставудин — d4T (зерит) 60—80 мг/сут. К нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы относятся: невирапин (вирамун) 400 мг/сут; делавирдин (реск-риптор) 1200 мг/сут. К ингибиторам протеазы относятся: индинавир (криксиван) 2400 мг/сут; саквинавир (инвираза) 1800 мг/сут; нельфина-вир (вирасепт) 2250 мг/сут; ритонавир (норвир) 1200 мг/сут.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); • готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие вопросы инфекционных болезней • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и 	
--	--	---	--

		<p>клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none">• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления • Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов • Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Собрать полный медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с 	
--	--	--	--	--

			<p>острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.).</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методами оказания экстренной помощи при ургентных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; • методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; • методы анализа и синтеза статистической информации; • методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; • методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека; • устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны; • оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; • оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и 	
--	--	--	--	--

оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений

Трудовые действия (владеть)

- методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков

Диагностическая деятельность:

Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);

Необходимые знания (знать)

- Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.
- Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни.
- Методологию проведения диагностических инструментальных исследований.

Необходимые умения (уметь)

- Оформить врачебную документацию;
- Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания;
- Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп;
- Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний;
- Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований

Трудовые действия (владеть)

- Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации.
- Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции.
- Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра.

Лечебная деятельность:

Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (МКБ-10);

Необходимые знания (знать)

			<ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульксиметра, тонометра, пикфлоуорометра. • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
ФТД 1.9	УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Нейроинфекции	<p>Этиология <i>Neisseriameningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i> (тип В), <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (у лиц с иммунодефицитными состояниями), энтеровирусы Коксаки и ЕСНО.</p> <p>Эпидемиология: Источником инфекции является больной с клинически выраженной, стертой и бессимптомной формой болезни. Механизм передачи: воздушно-капельный. Профилактика нейроинфекций заключается в изоляции больных, соблюдение правил личной гигиены, ношение масок в очаге поражения.</p> <p>Патогенез: Механизм развития болезни определяет форма нейроинфекции. Чаще всего в центральную нервную систему возбудитель проникает через кровь, лимбу или по периневральным пространствам. В большинстве случаев на нейрон действует как непосредственно инфекционный агент, так и токсины, которые он выделяет.</p> <p>Поражая периферическую нервную систему, возбудитель первоначально воздействует на миелиновую оболочку нервного волокна. Длительно текущие тяжелые нейроинфекции способны в последующем травмировать и аксон нерва.</p> <p>Клиника: Клиническая картина заболевания будет различаться в зависимости от формы нейроинфекции, основного возбудителя, тяжести процесса. Однако существует ряд характерных черт, свойственных всем инфекциям. К таким признакам относятся общеинфекционный и общемозговой синдромы, которые проявляются: повышением температуры; увеличение СОЭ; лейкоцитозом, головными болями, головокружениями, общей слабостью, разбитостью, гиперэстезией кожных покровов, неприятным восприятием звуковых и зрительных раздражителей.</p> <p>Дифференциальная диагностика дифференциальную диагностику стоит проводить с кровоизлияниями в головной мозг, тромбоз сосудов мозга, эмболия сосудов мозга.</p> <p>Лечение. Лечение пациентов с нейроинфекцией проводится с учетом этиологии.</p>	Зачет

		<p>Антибактериальная, противовирусная или противомикозная терапия могут быть начаты еще до установления инфекционного агента. Специфическое лечение продолжают до полной санации организма от инфекционного агента. Однако восстановительная терапия продолжается и после. Пациенты, перенесшие нейроинфекции, нуждаются в обязательных дополнительных мерах реабилитации. К ним относят: медикаментозное воздействие; физиолечение; массаж; лечебная гимнастика; БОС-терапия.</p> <p><u>Универсальные компетенции:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);• готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); <p><u>Профессиональные компетенции.</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Общие вопросы инфекционных болезней• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Принципы, приемы и методы лечения инфекционных заболеваний и их осложнений <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none">• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения инфекционных заболеваний• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий труда и быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Основные вопросы патологической физиологии при различных инфекционных заболеваниях • Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления • Основы водно-электролитного обмена: кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения у взрослых пациентов • Стратификация групп риска пациентов с инфекционной патологией <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Собрать полный медицинский анамнез пациента • Провести опрос пациента, его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) • Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента • Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам • Владеть методами диагностики и лечения ССЗ и их осложнений • Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Получение первичной информации от пациента или его родственников/законных представителей • Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента • Изучение анамнеза пациента 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Установление первых признаков болезни • Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий • Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ • Формирование эпикриза • Проведение диспансеризации <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения; • Основы клиники, ранней диагностики и терапии инфекционных болезней, в т.ч. карантинных инфекций, ВИЧ-инфекций; • Основы дозиметрии ионизирующих излучений, основные источники облучения человека и основы радиационной безопасности; <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту с острым кровотечением, переломах, ДТП, радиационном поражении и т.д. (в стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.). <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Методами оказания экстренной помощи при urgentных состояниях (при кардиогенном шоке, потере сознания, анафилактическом шоке и пр.). <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методику исследования здоровья взрослого и детского населения с целью его 	
--	--	--	--	--

			<p>сохранения, укрепления и восстановления;</p> <ul style="list-style-type: none"> • методики определения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения или отдельных его групп; • методы анализа и синтеза статистической информации; • методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков; • методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • анализировать значение различных факторов в формировании индивидуального здоровья человека и населения страны, города, села, объяснять влияние различных факторов на здоровье человека; • устанавливать взаимосвязь между индивидуальным здоровьем человека и здоровьем населения города, страны; • оценить результаты деятельности медицинской организации на основе медико-статистических показателей; • оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; • применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков <p>Диагностическая деятельность: Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Клинические варианты течения заболеваний с формулировкой диагноза по МКБ-10, 	
--	--	--	---	--

			<p>оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тактику лабораторного обследования пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. • Методологию проведения диагностических инструментальных исследований. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; • Выявлять синдромы, характеризующие клинику инфекционных заболеваний; • Оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, аускультации. • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоуометра. <p>Лечебная деятельность: Готовность к ведению и лечению пациентов, с инфекционными заболеваниями (ПК-6);</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оптимальные сроки выздоровления, а так же вероятность осложнений, хронизации. • Тактику лечения пациентов с различными формами заболевания на разных сроках болезни. <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Оформить врачебную документацию; • Проводить динамическое наблюдение с целью прогноза текущего заболевания, для возможности коррекции терапии; • Выявлять специфические изменения у детей различных возрастных групп; <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Техникой осмотра больного и использованием методов перкуссии, пальпации, 	
--	--	--	---	--

			<p>аускультации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Технологией проведения венопункции и люмбальной пункции. • Техникой использования пульсоксиметра, тонометра, пикфлоурометра. • Реабилитационная деятельность <p>Реабилитационная деятельность: Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Правила выписки больных из стационара с рекомендациями по дальнейшей реабилитации. • Принципы ведения пациентов на этапе выздоровления и реабилитации • Различные методы реабилитации пациентов • Показания для направления пациента на реабилитацию и санаторно-курортное лечение <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить осмотры перед отправкой на санаторно-курортное лечение • Корректировать назначенную терапию в зависимости от срока и формы заболевания <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Реабилитационная деятельность <p>Психолого-педагогическая деятельность: Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>Организационно-управленческая деятельность: Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	
--	--	--	---	--

5.2 Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздела п/п	Год обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства ¹			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
ФТД1.1	1	Общие вопросы инфекционных болезней. Генерализованные инфекции. Сепсис.	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	30	12	6
ФТД1.2	1	Кишечные инфекции и гельминтозы	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	40	28	6
ФТД1.3	1	Воздушно- капельные инфекции	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	40	32	6
ФТД1.4	1	Вирусные гепатиты	Контроль СРО,	Опрос с использованием	30	24	6

			контроль освоения раздела, зачет	вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач			
ФТД1.5	1	Карантинные и особо опасные инфекции	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	20	18	6
ФТД1.6	1	Зоонозные инфекции	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	30	28	6
ФТД1.7	2	Трансмиссивные и раневые инфекции	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	20	17	6
ФТД1.8	2	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные	Контроль СРО, контроль	Опрос с использованием вопросов для устного	20	12	4

		заболевания у детей и взрослых	освоения раздела, зачет	контроля, тестирование, решение ситуационных задач			
ФТД1.9	2	Нейроинфекции	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	20	16	4

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольная работы, собеседование по вопросам, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
	РАЗДЕЛ 1: Общие вопросы инфекционных болезней. Сепсис».	0,4	
1	Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты		
2	Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний		
3	Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса		
	РАЗДЕЛ 2: «Кишечные инфекции и инвазии»	0,4	
4	Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов		
5	Шигеллезы. Вирусные гастроэнтериты		
6	Тифопаратифозные заболевания Сальмонеллез. Иерсинеоз		
7	Холера. Пищевые токсикоинфекции и ботулизм.		
	РАЗДЕЛ 3: «Воздушно-капельные инфекции. Острые нейроинфекции».	0,4	
8	Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)		
9	Корь. Краснуха Ветряная оспа и опоясывающий герпес		
10	Менингококковая инфекция.		
11	Грипп		
	РАЗДЕЛ 4: «Вирусные гепатиты».	0,4	
12	Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)		
13	Вирусный гепатит В (ВГВ).		
14	Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D Клиника гепатита G.		
	РАЗДЕЛ 5: «Карантинные и особо опасные инфекции»	0,4	
15	Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия.		
16	Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляриемия.		
	РАЗДЕЛ 6: «Зоонозные инфекции»	0,4	
17	Общие вопросы проблемы зоонозов		
18	ГЛПС и другие геморрагические лихорадки.		
19	Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз.		
	РАЗДЕЛ 7: «Трансмиссивные и раневые инфекции»	0,4	
20	Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку.		
21	Малярия Лейшманиозы.		
	РАЗДЕЛ 8: «ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых	0,4	
22	Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ- инфекции.		

23	Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания		
	РАЗДЕЛ 9«Инфекции наружных покровов»	0,4	
24	Рожа. Эризепилоид		
25	Бешенство. Столбняк.		

5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	период обучения	
		1 год	2 год
1	2	50	
	РАЗДЕЛ 1: «Вирусные гепатиты».		
1.	Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ). Клинический обход с разбором больных.	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
2.	Вирусный гепатит В (ВГВ).	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
3.	Вирусный гепатит С (ВГС).	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
4.	Вирусный гепатит D Клиника гепатита G.	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
5.	Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи.	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
6.	Хронические гепатиты.	2	
	Клинический обход с разбором больных.	2	
7.	Циррозы печени.	2	
	РАЗДЕЛ 2: «ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых		
1.	Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом.	2	
	Клинический обход с разбором больных. Манифестная форма: Распространенный мононуклеозоподобный синдром.	2	
2.	Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление.	2	
	Клинический обход с разбором больных. Манифестная форма: Саркома Капоши.	2	
3.	Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Лечение ВИЧ- инфекции.	2	
	Клинический обход с разбором больных. Манифестная форма: Пневмоцистная пневмония. Криптококковый менингит.	2	
4.	Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.	2	
	Клинический обход с разбором больных. Оportunистическая форма: Туберкулез. Особенности диагностики и лечения.	2	
5.	Клиника. Стадии болезни. Клиническая классификация.	2	
	Клинический обход с разбором больных. Оportunистическая форма: Генерализованные инфекции. Особенности диагностики и лечения.	2	
6.	Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания.	2	

	Клинический обход с разбором больных. Оportunистическая форма: Генерализованная герпетическая инфекция. Вирусные гепатиты. Диагностика и лечение.	2	
--	---	---	--

Проведение лабораторных работ/лабораторного практикума не предусмотрено.

5.5. Тематический план семинаров с распределением часов по годам обучения
Не предусмотрено

5.6. Самостоятельная работа обучающегося (СРО) с указанием часов и распределением по годам обучения:

Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	18	Собеседование
2	Работа с учебной и научной литературой		Собеседование
3	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом		Тестирование
4	Подготовка и написание рефератов		Проверка рефератов, защита реферата на семинарском занятии
5	Подготовка и написание докладов, обзоров научной литературы на заданные темы		Проверка докладов и обзоров научной литературы
6	Участие в заседаниях научных профессиональных сообществ		Обсуждение тематики на семинарских занятиях
7	Участие в научно-исследовательской работе кафедры, научно-практических конференциях		Проверка планируемых докладов и публикаций
8	Работа с тестами и вопросами для самопроверки		Тестирование, собеседование

Самостоятельная работа обучающегося по освоению разделов учебной дисциплины и методическое обеспечение

№ п/п	Количество часов по годам обучения		Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
	1-й	2-й				
1.	18		Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп.	Опрос

					2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
2.		Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
3.		Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
4.		Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств Бактериологическое исследование, правила взятия	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К.	Опрос	

			материала и оценка результатов		– 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
5.			Дизентерия Вирусные гастроэнтериты	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
6.			Тифо-паратифозные заболевания Сальмонеллез. Иерсинеоз	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
7.			Холера. Пищевые токсикоинфекции и ботулизм	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г.,	Опрос

					Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
8.		Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
9.		Корь. Краснуха Ветряная оспа и опоясывающий герпес	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
10.		Менингококковая инфекция.	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие	Опрос	

					/Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
11.		Грипп	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
12.		Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
13.		Вирусный гепатит В (ВГВ).	Подготовка к	Инфекционные болезни и	Опрос	

				аудиторны м занятиям	эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
14.		Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D Клиника гепатита G.		Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
15.		Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия.		Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос

16.		Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляримия.	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
17.		Общие вопросы проблемы зоонозов	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
18.		ГЛПС и другие геморрагические лихорадки.	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при	Опрос

				данных заболеваниях	
19.		Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерияоз.	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
20.		Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку.	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос
21.		Малярия Лейшманиозы.	Подготовка к аудиторны м занятиям	Инфекционны е болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания	Опрос

					медицинской помощи при данных заболеваниях	
22.		Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ-инфекции.	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
23.		Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос	
24.		Рожа. Эризепилоид	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил.	Опрос	

					Порядки оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	
25.			Бешенство. Столбняк.	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни и эпидемиология учеб. пособие /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – 2-е изд., испр. и доп. 2009.-816 с.: ил. Порядок оказания медицинской помощи при данных заболеваниях	Опрос

НАПИСАНИЕ КУРСОВЫХ РАБОТ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО

6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Инфекционные болезни»

Приведено в соответствующем дополнении (приложении) **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРОВ**

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАЧЕТА

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ЗАЧЕТА:

Для иммунотерапии при ВИЧ-инфекции у детей целесообразно применять:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Т-активин	+
Б	Реаферон	
В	Декарис	
Г	Интерферон	
Д	Неовир	

Какие препараты для иммунопрофилактики разрешены ВИЧ-инфицированным детям?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

а	Только живые вакцины	
б	Только анатоксины	
в	Убитые вакцины и анатоксины	+
г	Только убитые вакцины	
д	Живые вакцины и анатоксины	

Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ-инфекции являются все перечисленные кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Микроцефалии	+
б	Задержки развития	
в	Общей мышечной слабости	
г	Лицевого дисморфогенеза	
д	Паратрофии	

К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Вирусы иммунодефицита человека	
б	Вирус Т-клеточной лимфомы человека	
в	Вирус иммунодефицита обезьян	
г	Вирус ящура	+
д	Вирус иммунодефицита кошек	

8.Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
Основная литература		
1.	Дифференциальная диагностика инфекционных болезней : рук. для врачей / А. П. Казанцев, В. А. Казанцев. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 493[1] с. - Библиогр.: с. 491-493.	2
Дополнительная литература		
1.	Инфекционные болезни у детей : учебник / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 790[2] с. : ил. - Предм. указ.: с. 787-790.	101
2.	Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней : учебное пособие / Н. В. Медуницын, В. И. Покровский. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. - 528 с.	10
3.	Микробиологическая диагностика инфекционных болезней : учеб. пособие / Э. Г.-А. Донецкая [и др.]. - Саратов : Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2009. - 58[1] с. : ил. - Библиогр.: с. 58	10
4.	Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с лимфаденопатией : учеб. пособие для врачей / А. А. Шульдяков [и др.] ; под ред.: Е. П. Ляпиной, А. А. Шульдякова. - Саратов : Изд-	43

	во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. - 116[1] с. - Библиогр.: с. 115-116	
5.	Инфекционные болезни у детей : учеб. пособие / под ред. Э. Н. Симованьян. - Изд. 2-е, доп. и перераб. - Ростов н/Д : Феникс, 2011. - 768 с. - (Медицина). - (Высшее медицинское образование). - (Высшее образование). - Библиогр.: с. 759-765.	3

8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
<i>Основные источники</i>	
1.	Инфекционные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Аликеева Г. К. и др.; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436219.html .
2.	Инфекционные болезни: синдромальная диагностика [Электронный ресурс] / под ред. Н.Д. Ющука, Е.А. Климовой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440452.html .
3.	Атлас инфекционных болезней [Электронный ресурс] / Под ред. В. И. Лучшева, С. Н. Жарова, В. В. Никифорова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428771.html .
4.	Инфекционные болезни. Курс лекций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Лучшев В.И., 2014. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970429372.html
<i>Дополнительные источники</i>	
1.	Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Прилепская В.Н., 2014. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427521.html
2.	Атлас инфекционных заболеваний : [Электронный ресурс] / Эмонд Р.Т. ; Уэлсби Ф.Д., Роуланд Х.А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - с. - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2367.html .
3.	Инфекционные болезни: атлас-руководство [Электронный ресурс] : учебное пособие / Учайкин В.Ф., 2010. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418109.html
4.	Лихорадка неясного генеза. Определение, рекомендации, диагностические подходы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хандрик В., 2008. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408971.html
5.	Медицинская паразитология и паразитарные болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ходжаян А.Б., 2014. - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428221.html
6.	Тропические болезни и медицина болезней путешественников : [Электронный ресурс] : руководство / Бронштейн А.М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427309.html .
7.	Инфекционные болезни : национальное руководство : [Электронный ресурс] / Ющук Н.Д. ; Венгеров Ю.Я. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с. - (Серия "Национальные руководства"). - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449127.html .
8.	Рациональная фармакотерапия инфекционных болезней детского возраста : [Электронный ресурс] / Романцов М.Г. ; Сологуб Т.В., Ершов Ф.И. - Москва : Литтерра, 2009. - 664 с. - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785904090180.html .
9.	Инфекционные болезни у детей : [Электронный ресурс] : учебник / Учайкин В.Ф.

	; Шамшева О.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431658.html .
10.	Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей : [Электронный ресурс] / Бегайдарова Р.Х. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 140 с. - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431139.html .
11.	Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики : [Электронный ресурс] / Емельянова Г.А. ; Мякенькая Т.А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - с. - Режим доступа: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411353.html .

8.3 Перечень периодических изданий:

Инфекционные болезни

Инфекционные болезни и эпидемиология

Инфекционные болезни и вакцинация

Тер.архив (Терапевтический архив)

Педиатрия

Журнал им. Г.Н. Сперанского

Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение

Экспериментальная клиническая фармакология

Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы

Детские инфекции

Антибиотики и химиотерапия

Эпидемиология и вакцинопрофилактика

Клиническая медицина

Пульмонология

TheLancet

TheLancetInfectious diseases

AIDS Reviews

Drugs

NewEnglandJournalofMedicine

Antiviral Therapy

Journal of Antimicrobial Chemo therapy

Journal of Pharmacy technology

Clinical Infectious Diseases

FutureVirology

Retrovirology

8.4. Перечень электронных образовательных, научно-образовательных ресурсов и информационно-справочных систем по учебной дисциплине «Инфекционные болезни»

№ п/п	Официальные инфекционного сообщества	Интернет – страница
Отечественные		
1.	Национальное научное общество инфекционистов	http://nnoi.ru/
2.	Антиретровирусная терапия	http://arvt.ru/
Зарубежные		

1.	IntechOpen	https://www.intechopen.com/
2.	European AIDS Clinical Society	http://www.eacsociety.org/
3.	EASL	http://www.easl.eu/
Научно-образовательные медицинские порталы		
1.	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2.	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3.	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4.	Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики	www.rasfd.com
5.	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
6.	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
7.	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
8.	Электронная библиотека диссертаций disserCat	www.dissercat.ru
9.	Центральная Научная Медицинская библиотека (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова)	www.scsmi.rssi.ru
10.	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
11.	Национальная медицинская библиотека (США)	www.ncbi.nlm.nih.gov
12.	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
13.	Модульная объектно-ориентированная обучающая среда	www.moodle.org
Информационно-справочные системы		
1.	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2.	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

8.5. Нормативные правовые акты

1. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
4. Трудовой кодекс Российской Федерации
5. Конвенция ООН «О правах инвалидов» от 13.12.2006
6. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
7. Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1045 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.03 Токсикология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.10.2014 N 34486)
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015

- №707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015, регистрационный № 39438)
9. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014, регистрационный №31136)
 10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.09.2013 г. N 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования»
 11. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.11.2015 №1383 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 18.12.2015, регистрационный № 40168)
 12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 №435н «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2016 №43353)
 13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2016 №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научнопедагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте РФ 11.04.2016 г., регистрационный №41754)
 14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010, регистрационный №18247)
 15. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 №1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 14.10.2013. №30163)
 16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.04.2011 №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых

проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»

17. Устав вуза Федерального Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени академика В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

18. Иные федеральные и локальные акты, регламентирующие в Университете организацию и обеспечение образовательного процесса.

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», медицинская помощь по профилю «Токсикология» организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению	Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н
Порядок оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях	Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 N 69н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)	Приказ Минздрава России от 08.11.2012 N 689н

Порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда	Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н

Иные порядки, утвержденные в соответствии с Законом N 323-ФЗ

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации	Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186
Правила оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также приглашения для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций при невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы	Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 N 1466
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы	Приказ Минюста России от 28.12.2017 N 285
Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н
Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы	Приказ Минздрава России от 29.12.2014 N 930н
Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н
Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н
Порядок организации санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 279н
Порядок организации медицинской реабилитации	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н
Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 281н
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить	Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н

нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"	
--	--

Стандарты медицинской помощи

Стандарты первичной медико-санитарной помощи

Наименование стандарта	Код МКБ	Возраст. к/я	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
Инфекционные заболевания (A00-B99)			
Стандарт первичной медико-санитарской помощи при некротическом язвенном гингивите	A69.1 Другие инфекции Венсана	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1496н
Стандарт оказания первичной медико-санитарской помощи при контагиозном моллюске	B08.1 Контагиозный моллюск	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1617н
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)	B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней B21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований B22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других уточненных болезней B23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний B24 Болезнь,	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1511н

	вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]		
Стандарт первичной медико-санитарной помощи при кандидозе кожи и ногтей	V37.2 Кандидоз кожи и ногтей	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1586н

Стандарты специализированной медицинской помощи

Наименование стандарта	Код МКБ	Возраст. к/я	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
Инфекционные болезни (A00-B99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе легкого течения	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	Взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 622н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе тяжелой степени тяжести	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	Взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 625н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе средне-тяжелой степени тяжести	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	Взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 630н
Стандарт специализированной медицинской помощи при шигеллезе легкой степени тяжести	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1559н
Стандарт специализированной медицинской помощи	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N

при средне-тяжелых формах шигеллеза			1582н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах шигеллеза	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 N 1580н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии легкой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 731н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии средне-тяжелой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 730н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии тяжелой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 732н
Стандарт специализированной медицинской помощи при лепре, активная стадия	A30 Лепра [болезнь Гансена]	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1681н
Стандарт специализированной медицинской помощи при вирусном энцефалите, миелите	A85 Другие вирусные энцефалиты, не классифицированные в других рубриках A85.0 Энтеровирусный энцефалит (G05.1*) A85.1 Аденовирусный энцефалит (G05.1*) A85.8 Другие уточненные вирусные энцефалиты A86 Вирусный энцефалит неуточненный	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1536н

	G05.1 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках		
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите А легкой степени тяжести	B15.9 Острый гепатит А	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 679н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите А средне-тяжелой степени тяжести	B15 Острый гепатит А	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 680н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите А тяжелой степени тяжести	B15.9 Гепатит А без печеночной комы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 747н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В легкой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 681н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В средне-тяжелой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 682н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В тяжелой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 729н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром гепатите С	B17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 728н

легкой степени тяжести			
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С средней степени тяжести	V17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 733н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С тяжелой степени тяжести	V17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 678н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите В	V18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 786н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С	V18.2 Хронический вирусный гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 685н
Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)	<p>V20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней</p> <p>V21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокачественных новообразований</p> <p>V22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде уточненных болезней</p> <p>V23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний</p> <p>V24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная</p> <p>Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]</p>	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 758н

* - Код диагнозов указан, согласно МКБ-10

1) Распоряжение Правительства РФ от 15.10.2021 № 2900-р «Об утверждении плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) на территории Российской Федерации на 2021 - 2024 годы». <http://ips.pravo.gov.ru:8080/default.aspx?pn=0001202110190004> (доступ от 04.03.2022 г.)

2) МКБ-11 Implementation or Transition Guide, Geneva: World Health Organization; 2019; License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Эл. адрес: https://icd.who.int/ru/docs/192190_ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide-ru.pdf.

3) International Classification of Diseases 11th Revision <https://icd.who.int/en>

Экспертиза качества медицинской помощи

Критерии качества	Нормативный правовой акт, утвердивший критерии
Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности.	Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152
Критерии оценки качества медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н
Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями	Приказ Минздрава России от 28.11.2014 N 787н
Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н
Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании	Приказ Минздрава России от 16.05.2017 N 226н

Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Период действия	Нормативные правовые акты, установившие Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505
на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299
2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов	Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610

2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов	Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506
---	---

9. Информационные технологии:

9.1. ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНЫЕ СИСТЕМ

1. Интернет-адрес страницы кафедры: <http://www.sgmu.ru/info/str/depts/infepid/index.html>

2. Образовательный портал СГМУ: www.el.sgmu.ru

3. Электронно-библиотечные системы, рекомендованные обучающимся для использования в учебном процессе:

1. ЭБС «Консультант студента» ВО+ СПО <http://www.studentlibrary.ru/> ООО «Политехресурс» Контракт №328СЛ/10-2021/469 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свидетельство о гос. регистр. базы данных №2013621110 от 6.09.2013г.
2. ЭБС «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/> ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг» Контракт №633КВ/10-2021/468 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 17.10.2011+ Изменение в свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 4.06.2019г.
3. ЭБС IPRbooks <http://www.iprbookshop.ru/> ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа» Лицензионный договор № 9193/22К/247 от 11.07.2022г., срок доступа до 14.07.2023г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2010620708 от 30.11.2010 + Изменение в свид. о гос. рег. базы данных №2010620708 от 17.12.2018г.
4. Национальный цифровой ресурс «Рукопт» <http://www.rucont.lib.ru.> ООО Центральный коллектор библиотек "БИБКОМ" Договор №470 от 30.12.2021, срок доступа с 01.01.2022 по 31.12.2022г. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2011620249 от 31 марта 2011г.

9.2. Программное обеспечение:

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2В1Е-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2023-02-20, количество объектов 3500.
CentOS Linux	Свободное программное обеспечение – срок действия

	лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Разрабатываются на основании документа «Методические рекомендации по разработке и составлению учебно-методической документации по освоению дисциплины».

11. Материально-техническое обеспечение

12. Кадровое обеспечение

13. Иные учебно-методические материалы

Конспекты лекций

Представлены в виде перечня лекций и мультимедийных файлов/конспектов лекций.

Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине.

Методические разработки прилагаются в виде разработок для преподавателей.

Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Шульдяков А.А.	Профессор, д.м.н.	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	Михайлова Е.В.	Профессор, д.м.н.	Заведующая кафедрой инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Ляпина Е.П	Профессор, д.м.н	Профессор кафедры инфекционных болезней	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Кузнецов В.И.	Доцент, д.м.н	Доцент кафедры инфекционных болезней	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава

				России
5.	Сатарова С.А.	Доцент,к.м.н	Доцент кафедры инфекционных болезней	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	Железников П.А.	ассистент	Заместитель начальника отдела подготовки кадров высшей квалификации, ассистент кафедры инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н.Р. Иванова	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

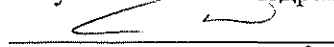



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 »  2022_г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

ФТД, факультативы, ФТД1

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

31.08.03 ТОКСИКОЛОГИЯ

ФГОС ВО утвержден приказом 1045
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация
Врач-токсиколог
Форма обучения
ОЧНАЯ

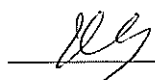
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
инфекционных болезней

Протокол от 21.06.22 г. № 7

Заведующий кафедрой:

 А.А. Шульдяков

ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим и семинарским занятиям
3.	Решение ситуационных задача	Комплект типовых ситуационных задач
4.	Проверка реферата	Перечень тем рефератов

РАЗДЕЛ 1: Общие вопросы инфекционных болезней. Сепсис».

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 1 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты»)

1. К облигатно-трансмиссивным заболеваниям относятся:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	чума	
Б	холера	
В	лейшманиозы	+
Г	сальмонеллез	
Д	амебиаз	

2. Возбудителями медленных вирусных инфекций являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	вирус гепатита А	
Б	вирус парагриппа	
В	вирус гепатита В	
Г	вирус гриппа	
Д	вирус иммунодефицита	+

3. Природными продуцентами антибиотиков являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	стафилококки	
Б	грибы	+
В	клостридии	
Г	риккетсии	
Д	энтеробактерии	

4. Для послабляющей лихорадки характерно всё, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Суточное колебание температуры 1-2 град., не достигая нормы	
Б	Познабливания	

В	Потоотделение	
Г	Типично для бруцеллёза	
Д	Температура в течение суток снижается до нормы	+

5. Для возвратной лихорадки характерно всё, кроме::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Чередование высокой постоянной лихорадки до недели с нормальной температурой до 5-7 дней	
Б	Температура снижается критически	
В	При снижении температуры обильное потоотделение	
Г	При снижении температуры нет потоотделения	+

6. Розеолезная сыпь может встречаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Брюшного тифа	
Б	Паратифа А и Б	
В	Сыпного тифа	
Г	Гриппа	+
Д	Псевдотуберкулез.	

7. Определение бацилл:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Спорообразующие аэробы	+
Б	Факультативные анаэробы	
В	Условно-патогенные кокки	
Г	Патогенные кишечные палочки	
Д	Непатогенные кишечные палочки	

8. Причинами энцефалопатии у инфекционных больных являются::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Воспаление головного мозга и (или) оболочек	
Б	Нарушение кровотока и метаболизма	
В	Интоксикация микробного происхождения	
Г	Ничего из перечисленного	
Д	Все перечисленное	+

9.. Для состояния сопора не характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Угнетенное сознание с отсутствием словесного контакта	
Б	Сохранение реакции на боль	

В	Отсутствие зрачковых, корнеальных рефлексов	+
Г	Часто возбуждение, тремор	
Д	Бред	

10. Основные направления и принципы лечения инфекционных болезней направлены на::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Воздействие на возбудителя	
Б	Нейтрализацию токсинов	
В	Воздействие на макроорганизм	
Г	Детоксикацию	
Д	Все выше перечисленное	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 2с указанием правильного ответа (тема «Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний»)

1. В-лимфоциты – ключевые клеточные элементы гуморального иммунитета способны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	к антителообразованию	+
Б	к фагоцитозу	
В	к представлению антигена	
Г	к реакции гиперчувствительности замедленного типа	
Д	к реакции гиперчувствительности немедленного типа	

2. С целью иммунокоррекции при тимусзависимом иммунодефиците применяют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	таквитин	+
Б	иммуноглобулины для внутривенного введения	
В	гидрокортизон	
Г	циклоспорин А	
Д	интерферон	

3. Медиаторами воспаления, образующимися из фосфолипидов клеточных мембран, являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	простагландины	+
Б	гистамин	
В	брадикинин	
Г	серотонин	
Д	ЦАМФ	

4. В Какой класс иммуноглобулинов появляется сразу после первичной антигенной стимуляции::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Ig M	+
Б	Ig G	
В	Ig A	
Г	Ig D	
Д	Ig E	

5. К средствам специфического воздействия на возбудителя относится все вышеперечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны	
Б	Интерфероны	
В	Бактериофаги	
Г	Сыворотки, иммуноглобулин	
Д	Жаропонижающих	+

6. К неспецифическим методам лечения инфекционных болезней относятся:.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Дезинтоксикационная терапия.	
Б	Препараты крови и кровезаменители.	
В	Кортикостероидная терапия.	
Г	Гемодиализ. Плазмоферез	
Д	Все перечисленное	+

7. Для пассивно приобретенного иммунитета характерно все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Антибактерический	
Б	Антитоксический	
В	Антигельминтозный	+
Г	Антивирусный	
Д	Трансплантационный	

8. Генерализованная лимфаденопатия характерна при всех заболеваниях, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Инфекционный мононуклеоз	
Б	Бруцеллёз	
В	ВИЧ-инфекция	
Г	Дифиллоботриоз	+
Д	Краснуха	

9. Патогномичный симптом при менингококкемии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Лихорадка	
Б	Рвота	
В	Головная боль	
Г	Жидкий стул	
Д	Звездчатая геморрагическая сыпь появляется в первые сутки болезни	+

10. Ведущая жалоба при острой кишечной диарее являются все кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Боли в животе	
Б	Рвота	
В	Лихорадка	
Г	Нарушение остроты зрения	+
Д	Частый жидкий стул	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 3с указанием правильного ответа (тема «Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса»)

Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса

1. Сепсис может вызываться следующими возбудителями:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Синегнойной палочкой и протеем	
Б	Анаэробной флорой и бактероидами	
В	Условно-патогенной и грибковой флорой	
Г	Все ответы правильные	+
Д	Синегнойной палочкой и протеем	

2. Ведущим механизмом в развитии граммотрицательного сепсиса является все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Действия эндотоксина	
Б	Преморбидного фона	
В	Действия экзотоксина	+
Г	Сопутствующие заболевания	
Д	Действия эндотоксина	

3. В развитии сепсиса играют роль следующие факторы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Количество проникших в организм микроорганизмов	
Б	Пути проникновения возбудителя в организм	
В	Состояние макроорганизма	
Г	Все выше перечисленное	+
Д	Количество проникших в организм микроорганизмов	

4. Основные формы поражения нервной системы при сепсисе в периоде разгара: 1) гнойный менингит 2) гнойный менингоэнцефалит 3) абсцесс головного мозга 4) арахноидит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Верно 1), 2), 3)	+
Б	Верно 1), 3)	
В	Верно 2), 4)	
Г	Верно 4)	
Д	Верно 1), 2), 3), 4)	

5. Наиболее часто при септической пневмонии отмечаются следующие поражения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Деструкция легочной ткани	
Б	Буллезные изменения в легких	
В	Застойные изменения в легких	
Г	Деструкция легочной ткани, буллезные изменения в легких	+
Д	Буллезные и застойные изменения в легких	

6. Поражение мочевыводящей системы при сепсисе может протекать в виде::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Пиелита	
Б	Пиелонефрита	
В	Гнойного нефрита	
Г	Всего перечисленного	+
Д	Все перечисленное не соответствует истине	

7. Дифференциальную диагностику сепсиса проводят с::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	Туберкулезом	
Б	Коллагенозами	
В	Злокачественными новообразованиями	
Г	Лимфопролиферативными заболеваниями	
Д	Всем перечисленным	+

8. Длительность антибактериальной терапии при лечении септического эндокардита составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ
А	До 6 недель нормальной температуры	+

Б	До 10 недель нормальной температуры	
В	В течение месяца нормальной температуры	
Г	6 месяцев	
Д	В течение года	

9. При молниеносном сепсисе применяется следующая патогенетическая терапия::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Коррекция кислотно-основного состояния	
Б	Коррекция электролитного дисбаланса	
В	Дезинтоксикационная терапия	
Г	Кортикостероидная терапия	
Д	Все перечисленное	+

10. При грамотрицительном септическом шоке показано все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Кортикостероидной терапии	
Б	Дезинтоксикационной терапии	
В	Антибиотиков-бактериолитиков	+
Г	Ингибиторов протеолитических ферментов	
Д	Управляемой гипокоагуляции	

РАЗДЕЛ 2: « Кишечные инфекции и инвазии»

Комплект тестовых заданий практического занятия № 4с указанием правильного ответа (тема «Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов»)

1. При брюшном тифе отмечаются все перечисленные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Повышение артериального давления	+
Б	Относительная брадикардия	-
В	Дикротии пульса	-
Г	Приглушенность или глухость тонов сердца	-
Д	Гипотония, систолический шум на верхушке	-

2. При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Бледность кожных покровов	-
Б	Желтоватый оттенок стоп и ладоней	-

В	Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностей грудной клетки	+
Г	Розеолезно-петехиальная сыпь при тяжелых формах	-
Д	Все перечисленное	-

3. При брюшном тифе гепатолиенальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Увеличения размеров селезёнки, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания	-
Б	Увеличения размеров печени, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания	-
В	Наличия гепатолиенального синдрома у всех больных с типичным течением болезни	-
Г	Гепатомегалии, сопровождающейся желтухой	+
Д	Увеличение размеров печени и селезенки сохраняется в течение всего периода заболевания	-

4. Для брюшного тифа характерны все перечисленные изменения в периферической крови, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Лейкопении	-
Б	Нейтопении со сдвигом в формуле влево	-
В	Относительного лимфоцитоза	-
Г	Увеличения количества тромбоцитов	+
Д	Анэозинофилия	-

5. При сальмонеллезе отмечаются все перечисленные изменения стула, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Жидкого водянистого с сохранением калового характера	-
Б	Типа "болотной тины"	-
В	Слизисто-кровянистого	-
Г	Типа "малинового желе"	+
Д	Типа "мясных помоев"	-

6. Принципы лечения больных генерализованными формами сальмонеллеза включают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Антибактериальную терапию	-
Б	Дезинтоксикацию	-
В	Симптоматическую терапию	-
Г	Все перечисленное	+
Д	Десенсибилизирующую терапию	-

7. Для внутривенной регидратации при пищевой токсикоинфекции применяют все перечисленные растворы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Трисоля	-
Б	Хлосоля, квартосоля	-
В	Лактосоля	-
Г	Реополиглюкина	+
Д	Дисоля	-

Для пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии характерны следующие особенности течения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	1) протекает кратковременно	+
Б	2) наступает быстрое улучшение состояния больного после промывания желудка	-
В	3) благоприятный прогноз исхода заболевания	-
Г	4) отсутствие характерных изменений со стороны периферической крови	-
Д	5) характер стула не меняется	-

8. Для пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии характерны следующие особенности течения:

- 1) протекает кратковременно
- 2) наступает быстрое улучшение состояния больного после промывания желудка
- 3) благоприятный прогноз исхода заболевания
- 4) отсутствие характерных изменений со стороны периферической крови
- 5) характер стула не меняется
- 6) быстро развивается головокружение, коллапс

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Все ответы правильные	-
Б	Все ответы правильные, кроме 1), 3)	-
В	Все ответы правильные, кроме 2), 4)	-
Г	Все ответы правильные, кроме 5), 6)	+
Д	Все ответы правильные, кроме 1), 6)	-

9. Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Тошнота, рвота, частый жидкий стул	-
Б	Водно-электролитные нарушения	-
В	Боли в животе	-

Г	Раннее увеличение и болезненность печени, желтуха	+
Д	Головная боль, головокружение, слабость, гипотония	-

10. Для лечения пищевых токсикоинфекции применяют все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Промывания желудка	-
Б	Антибиотиков	+
В	Оральной регидратации, внутривенного введения солевых растворов.	-
Г	Средств, купирующих синдром гастроэнтерита	-
Д	Ферментных препаратов и вяжущих средств	-

Комплект тестовых заданий практического занятия № 5с указанием правильного ответа (тема «Дизентерия. Вирусные гастроэнтериты»)

Возбудитель бактериальной дизентерии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	сальмонелла	
Б	амеба	
В	эшерихия	
Г	шигелла	
Д	риккетсия	

Возбудитель дизентерии Флекснера:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	грамположительный	
Б	анаэроб	
В	выделяет экзотоксин	
Г	термостабилен	
Д	при разрушении выделяет эндотоксин	+

Наиболее часто при типичном течении шигеллезов поражаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	тонкая кишка;	
Б	12-перстная кишка;	
В	правые отделы толстой кишки;	
Г	сигмовидная и прямая кишки;	
Д	аппендикулярная область	

.....

Возбудитель шигеллеза

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
А	Относится к роду шигелл	-
Б	Капсул и спор не образует	-
В	В канализационных водах может сохранять жизнеспособность до 25-30 суток	-
Г	В настоящее время заболевание чаще вызывают бактерии Флекснера и Зонне	-
Д	Все ответы правильные	+

.....

Основной путь передачи шигеллеза Зонне:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Водный	-
Б	Пищевой	-
В	Контактно-бытовой	-
Г	Правильные ответы (А,Б,В)	+
Д	Нет правильного ответа	-

Критериями тяжести колитического варианта шигеллеза является все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Высоты и продолжительности лихорадки	-
Б	Гемодинамических расстройств	-
В	Обезвоживания	+
Г	Степени интоксикации	-
Д	Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита	-

Основные патогенетические механизмы при шигеллезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Токсемия	
Б	Воздействие токсина на центральную и периферическую нервную систему	
В	Поражение токсинами нервно-сосудистого аппарата кишечника, нарушение микроциркуляции в кишечной стенке, развитие воспалительных и деструктивных изменений	
Г	Непосредственное повреждение бактериями эпителия кишечника	
Д	Все перечисленное	+

Повреждение клеток эпителия толстой кишки шигеллами включает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Внедрение в клетку эпителия	

Б	Размножение шигелл внутри клетки	
В	Дегенерацию эпителия	
Г	Разрушение и отторжение эпителия	
Д	Все перечисленное	+

Критериями тяжести колитического варианта шигеллеза является все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Высоты и продолжительности лихорадки	-
Б	Гемодинамических расстройств	-
В	Обезвоживания	+
Г	Степени интоксикации	-
Д	Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита	-

Характерными клиническими особенностями хронического шигеллеза является все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Протекает в виде двух форм: рецидивирующей и непрерывной	-
Б	Характерно наличие тенезмов и ложных позывов	-
В	Стул учащенный, скудный, обычно кашицеобразный со значительной примесью слизи, часто и крови	-
Г	Характерны стойкие гемодинамические нарушения	+
Д	При пальпации определяется уплотненная, болезненная, ограничено подвижная сигмовидная кишка	-

Комплект тестовых заданий практического занятия № 6с указанием правильного ответа (тема «Тифопаратифозные заболевания. Сальмонеллез. Иерсиниоз»)

1. Для паратифозных бактерий характерно все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Содержат эндотоксин	
Б	Относятся к сальмонеллам группы Д	+
В	Хорошо сохраняются во внешней среде	
Г	Образуют ферментативно-токсические вещества	
Д	Содержат эндотоксин	

2. Для брюшнотифозной палочки характерно все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Относится к сальмонеллам группы Д	
Б	Относится к сальмонеллам группы В	+

В	Патогенна только для человека	
Г	Спор и капсул не образует	
Д	Относится к сальмонеллам группы Д	

3. Звенья патогенеза при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Развитие лимфаденита мезентериальных лимфоузлов	
Б	- Бактериемия, паренхиматозная диффузия	
В	- Выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета	
Г	+ Все перечисленное	+
Д	- Развитие лимфаденита мезентериальных лимфоузлов	

4. Сезонность заболевания при современном брюшном тифе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Отсутствует	+
Б	Осенне-летняя	
В	Весенне-летняя	
Г	Весенне-зимняя	
Д	Осенне-зимняя	

5. В патогенезе брюшного тифа участвуют все следующие факторы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Непосредственного поражения клеток эпителия кишечника	+
Б	Бактериемии, эндотоксинемии	
В	Лимфогенного и гематогенного пути распространения возбудителя	
Г	Поражения сердечно-сосудистой и нервной системы.	
Д	Трофические и сосудистые нарушения в слизистой тонкой кишки	

6. Миграция брюшнотифозных палочек в организме возможна всеми перечисленными путями, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Непосредственного проникновения из эпителия кишечника в кровеносную систему	+
Б	Внедрения в лимфатические фолликулы стенки кишки	
В	Проникновения по лимфатическим путям в мезентериальные и забрюшинные лимфоузлы	
Г	Проникновения в грудной лимфатический проток	
Д	Бактериемии после накопления возбудителя в лимфатической системе	

7. Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
Б	Непосредственно из крови	
В	Из лимфатических образований кишечника	
Г	Из клеток эпителия кишечника	
Д	Из розеол	

8. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет всё, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Вирулентность возбудителя	+
Б	Наличие рецидивов заболевания	
В	Индивидуальное несовершенство иммунитета	
Г	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии	
Д	Наличие хронических заболеваний	

9. К ранним признакам брюшного тифа относятся все перечисленные кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Кишечного кровотечения	+
Б	Головной боли	
В	Бессонницы	
Г	Лихорадки	
Д	Интоксикации	

10. Признаками "Тифозного статуса" являются все перечисленные, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Эйфория	+
Б	Апатия, адинамия	
В	Бред	
Г	Потеря сознания	
Д	Заторможенность	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 7с указанием правильного ответа (тема «Холера. Пищевые токсикоинфекции и ботулизм»)

1. Характерными симптомами пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии являются все перечисленные, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Сильных болей в эпигастрии	
б	Отсутствия лихорадки	+
в	Выраженной интоксикации	

г	Длительной диареи	
д	Сильных болей в эпигастрии	

2. Заболевание ботулизмом чаще возникает после употребления всех перечисленных продуктов, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Грибов домашнего консервирования и соления	
б	Молока и молочных продуктов	+
в	Овощей, фруктов домашнего консервирования	
г	Домашней ветчины, сала, колбасы	
д	Грибов домашнего консервирования и соления	

3. Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Раннее увеличение и болезненность печени, желтуха	+
б	Тошнота, рвота, частый жидкий стул	
в	Водно-электролитные нарушения	
г	Боли в животе	
д	Головная боль, головокружение, слабость, гипотония	

4. Для лечения пищевых токсикоинфекции применяют все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Антибиотиков	+
б	Промывания желудка	
в	Оральной регидратации, внутривенного введения солевых растворов.	
г	Средств, купирующих синдром гастроэнтерита	
д	Ферментных препаратов и вяжущих средств	

5. Для внутривенной регидратации при пищевой токсикоинфекции применяют все перечисленные растворы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Реополиглюкина	+
б	Трисоль	
в	Хлосоль	
г	Квартосоль	
д	Ацесоль	

6. Заболевание ботулизмом чаще возникает после употребления всех перечисленных продуктов, кроме:?

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
а	Молока и молочных продуктов	+
б	Грибов домашнего консервирования и соления	
в	Овощей, фруктов домашнего консервирования	
г	Домашней ветчины, сала, колбасы	
д	Соленой и копченой рыбы домашнего приготовления	

7. При ботулизме развивается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Гипотоксическая гипоксия	+
б	Гипоксическая гипоксия	
в	Циркуляторная гипоксия	
г	Гемическая гипоксия	
д	Все ответы правильные	

8. Признаками глоссофарингоневрологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Затруднения при открывании рта, боли при жевании	+
б	Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос	
в	Речи с носовым оттенком, дизартрии	
г	Осиплости голоса, афонии	
д	Сухости во рту	

9. Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Нарушением кожной чувствительности	+
б	Резкой общей слабости	
в	Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей	
г	Недостаточности дыхательных мышц	
д	Нарушения походки	

10. Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Резкой головной боли	+
б	Слабости	
в	Нарушения зрения	
г	Сухости во рту	
д	Нарушения глотания	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 8с указанием правильного ответа (тема «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)»)

1. Острая респираторно-вирусная инфекция характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Быстротой и массовостью распространения	
б	Высокой чувствительностью возбудителя к действию дезинфицирующих средств	
в	Широким распространением среди детей	
г	Все перечисленным	+
д	Быстротой и массовостью распространения	

2. Общими закономерностями различных форм острых респираторно-вирусных инфекций являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Путь передачи - воздушно-капельный	
б	Высокая восприимчивость людей	
в	Заболееваемость среди детей занимает ведущее место	
г	Все перечисленные	+
д	Путь передачи - воздушно-капельный	

3. Основным симптомом риновирусной инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Высокая лихорадка	
б	Головная боль	
в	Обильные водянистые выделения из носа	+
г	Выраженные воспалительные изменения в зеве	
д	Высокая лихорадка	

4. Сезонность заболевания при эпидемии гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Летняя	
б	Зимняя	+
в	Весенняя	
г	Осенняя	
д	Отсутствует	

5. Для токсикоинфекционного шока при гриппе характерно все перечисленное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Диареи	+
б	Снижения артериального давления	
в	Одышки	
г	Анурии	+
д	Тахикардии	

6. Острая респираторно-вирусная инфекция характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Этиологически разнородными болезнями	
б	Быстротой и массовостью распространения	
в	Высокой чувствительностью возбудителя к действию дезинфицирующих средств	
г	Широким распространением среди детей	
д	Всем перечисленным	+

7. Наиболее частое осложнение парагриппа::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Миокардит	
б	Пиелонефрит	
в	Пневмония	
г	Отит	
д	Ложный круп	+

8. При аденовирусной инфекции наиболее часто встречаются: 1) ринофаринготонзиллит 2) конъюнктивит 3) пленчатая ангина 4) пневмония

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	1), 2), 3)	+
б	1), 3)	
в	2), 4)	
г	4)	
д	1), 2), 3),4)	

9. Респираторно-синцитиальная инфекция вызывается::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Ротавирусами	
б	Пикорнавирусами	
в	Энтеровирусами	
г	Герпесвирусами	
д	Парамиксовирусами	+

10. Для клиники респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно все перечисленное, кроме::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острого начала	
б	Бронхоспазма	
в	Одышки	
г	Лихорадки	
д	Желудочно-кишечных расстройств	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 9с указанием правильного ответа (тема «Корь. Краснуха Ветряная оспа и опоясывающий герпес»)

Наиболее типичные осложнения кори у детей первых трех лет жизни:

- 1) отит
- 2) гайморит
- 3) пневмония
- 4) менингит, энцефалит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	
б	- Верно 1), 3)	
в	- Верно 2), 4)	
г	- Верно 4)	
д	Верно 1), 2), 3), 4)	+

2. Наиболее типичные осложнения кори у детей школьного возраста:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Отит	+
б	- Фронтит	
в	- Гайморит	
г	- Гнойный менингит	
д	- Менингоэнцефалит	

3. Противокоревой иммуноглобулин по контакту с коревым больным вводится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Всем детям до 3 лет	
б	- Детям, которые перенесли митигированную корь	
в	- Детям, старше 3 лет, не болевшим корью и не привитым ранее	
г	- Детям всех возрастных групп при отсутствии у них специфических антител в сыворотке крови	
д	Всем перечисленным группам	+

4. Осложнением краснухи у детей является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Отит	
б	Энцефалит, энцефаломиелит	+
в	- Полиартралгии и полиартрит преимущественно мелких суставов кисти	

г	- Инфекционно-токсический шок	
д	- Все перечисленное	

5. Варицелла-зостер вирус:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Малоустойчив во внешней среде	+
б	- Устойчив во внешней среде в течение недели	
в	- Сохраняется во внешней среде в течение месяца	
г	- Сохраняется во внешней среде в течение года	
д	- Ни одно из перечисленных свойств не характерно	

6. Варицелла-зостер вирус первоначально попадает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	В клетках слизистой оболочки рото- и носоглотки	+
б	В лимфатические узлы	
в	В кровь	
г	В эпителиальные клетки желудочно-кишечного тракта	
д	В эпителиальные клетки кожи	

7.: Причиной диссеминации ветряночных высыпаний и генерализации инфекционного процесса, вызванного вирусом варицелл-зостер, может быть

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	- Угнетение Т-клеточного звена иммунитета	
б	- Применение до или во время заболевания гормональных препаратов	
в	- Применение до или во время заболевания цитостатических препаратов	
г	- Наличие длительно текущих хронических заболеваний	
д	Любая из выше перечисленных	+

8. Характерной особенностью ветряной оспы у детей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острое начало	+
б	- Длительный продромальный период	
в	- Лихорадка длится до 2-х недель	
г	- Позднее появление сыпи	
д	- Гепато-лиенальный синдром	

9. Характерными чертами сыпи при ветряной оспе являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Пузырьковая сгруппированная сыпь преимущественно на лице, волосистой части головы и туловище	
б	- Возможно появление афтозных элементов на видимых слизистых оболочках	
в	- Ложный и истинный полиморфизм	
г	- Везикулы имеют вдавление в центре	
д	Все перечисленные	+

10. Температурная кривая типичного случая ветряной оспы показывает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	- Максимальную температуру за 24 часа до появления первых высыпаний	
б	- Максимальную температуру за 48 часов до появления первых высыпаний	
в	Высота и длительность температуры коррелируют с тяжестью синдрома сыпи	+
г	- Высокая температура не характерна	
д	- При появлении сыпи температура нормализуется	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 10с указанием правильного ответа (тема «Менингококковая инфекция.»)

1. Менингококковой инфекцией болеют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Дети первых 4 лет жизни	
б	- От 5 до 14 лет	
в	- От 15 до 30 лет	
г	- От 31 года и старше	
д	Все перечисленные группы	+

2. Основной путь распространения менингококка в организме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Лимфогенный	
б	- Неврогенный	
в	- Гематогенный	
г	- Лимфогенно-гематогенный	
д	Все перечисленное	+

3. К локализованным формам менингококковой инфекции относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острый назофарингит	+
б	- Острый менингит	
в	-Менингококковый сепсис	
г	- Иридоциклит	
д	- Артрит	

4. К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Менингококкцемии	
б	- Менингококкового менингита	
в	- Менингоэнцефалита	
г	- Смешанного варианта менингококкце-мии с гнойным менингитом	
д	Менингококкового носительства	+

5. Для менингококкового назофарингита характерны следующие клинические признаки:

1. субфебрильная температура
2. головная боль
3. першение в горле и боль при глотании
4. заложенность носа
5. задняя стенка глотки ярко гиперемирована, отечна, с множественными фолликулами
6. продолжительность лихорадки до 7 дней

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Все ответы правильные	
б	Все ответы правильные, кроме 2), 4)	
в	Все ответы правильные, кроме 1), 2), 3)	
г	Все ответы правильные, кроме 6)	+
д	Все ответы неверны	

6. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Мазок из ротоглотки и носа на менингококк	
б	- Посев крови на менингококк	
в	- Бактериоскопия толстой капли крови	
г	- Бактериоскопия ликвора	
д	Посев ликвора на менингококк	+

7. Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острое развитие заболевания	

б	- Высокая лихорадка	
в	- Головная боль, озноб, слабость	
г	- В первые два дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь	
д	Все перечисленное	+

8. Сыпь при менингококкцемии носит типичный характер

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	- Розеолезный	
б	- Петехиальный	
в	- Папулезный	
г	Геморрагический	+
д	- Полиморфный	

9. Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры	
б	- На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии	
в	Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток	+
г	- Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный	
д	- Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр	

10. Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39-40°C	
б	- Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы	
в	- Появление рвоты с 1-го дня болезни	
г	- Появление ригидности мышц затылка	
д	Нарушение зрения в виде двоения перед глазами	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 11с указанием правильного ответа (тема «Грипп»)

Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Ротавирусам	
б	- Пикорнавирусам	
в	- Энтеровирусам	

г	Ортомиксовирусам	+
д	- Арбовирусам	

Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Больной человек	+
б	Реконвалесцент	
в	Животные — резервуар вируса	
г	Птицы — резервуар вируса	
д	Все перечисленные	

Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Воздушно-капельные	+
б	Контактный	
в	Фекально-оральный	
г	Трансмиссивный	
д	Любой из перечисленных	

Сезонность заболевания при гриппе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Летняя	
б	Зимняя	+
в	- Весенняя	
г	- Осенняя	
д	- Отсутствует	

Основными звеньями патогенеза гриппа являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса	
б	- Вирусемия, токсемия	
в	- Поражение центральной и вегетативной нервной системы	
г	- Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры	
д	Все перечисленное	+

В патогенезе гриппа имеют значение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

а	Вирулентность вируса	
б	- Общий токсикоз	
в	- Состояние защитных сил организма	
г	- Резорбция гриппозного токсина	
д	Все перечисленное	+

Ведущие клинические синдромы гриппа:

- 1) Геморрагический
- 2) интоксикационный
- 3) астенический
- 4) катаральный

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	1, 2,3	
б	- 1,3	
в	- 2, 4	
г	- 4	
д	1, 2, 3, 4	+

Основные клинические симптомы гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Лихорадка, гиперемия лица	
б	Катаральные явления	
в	Боли в глазных яблоках, боли в мышцах	
г	Озноб, недомогание	
д	Все перечисленные	+

Лабораторная диагностика гриппа осуществляется всеми перечисленными методами, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Культивации вируса в культурах ткани	
б	- Реакции связывания комплимента (РСК)	
в	- РИГА	
г	- Иммунофлюоресценции	
д	Кожно-аллергической пробы	+

Инкубационный период при гриппе чаще::

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	До 2 –х лет	+
б	3-4 дня	

в	5-6 дней	
г	2-3 недели	
д	Больше месяца	

РАЗДЕЛ 4: «Вирусные гепатиты».

Комплект тестовых заданий практического занятия № 12с указанием правильного ответа (тема «Общие вопросы гепатологии. Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)»)

Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Повышение уровня билирубина сыворотки крови	
Б	- Повышение активности АЛАТ и АсАТ	
В	- Гипоальбуминемия	
Г	- Гипопротромбинемия	
Д	+ Все перечисленное	+

Вирус гепатита А относится к:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Энтеровирусам (пикорнавирусам)	+
Б	- Гепаднавирусам	
В	- Арбовирусам	
Г	- Флавивирусам	
Д	- Ретровирусам	+

Наибольшую эпидемиологическую опасность при вирусном гепатите А представляют: 1 больные в желтушном периоде 2 больные в конце инкубационного и в преджелтушном периоде 3 реконвалесценты 4 больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1), 2), 3), 4)	

характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Устойчив к воздействию низких температур	
Б	- Устойчив к воздействию высоких температур	
В	+ Быстро погибает под воздействием консервантов крови	+
Г	- Устойчив к действию дезинфекционных средств	
Д	- Устойчив к высушиванию	

Клиническим критерием повышенного риска хронизации вирусного гепатита В является:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Тяжелое течение болезни	
Б	- Острый гепатит В циклического течения	
В	+ Прогрессирующее течение острого гепатита В	+
Г	- Холестатическая форма острого вирусного гепатита В	
Д	- Все перечисленное	

Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита Е:?:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Снижение протромбинового индекса	
Б	- Билирубин-ферментная диссоциация	
В	+ Гемоглинурия и развитие острой почечной недостаточности	+
Г	- Снижение сулемового теста	
Д	- Повышение тимоловой пробы	

Основные формы клинического течения хронического гепатита В: 1) с выраженной клинической симптоматикой 2) бессимптомное течение 3) отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей 4) клинически сглаженное малосимптомное течение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	+ Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1),2),3),4)	+

Для острого гепатита С наиболее характерно течение:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Острое циклическое	
Б	+ Субклиническое, безжелтушное	
В	- Острое фульминантное	
Г	- Затяжное	
Д	- Рецидивирующее	+

Для вирусного гепатита А при беременности характерны все перечисленные особенности, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Большой частоты анемий	
Б	+ Вертикальной передачи инфекции от больной матери плоду	+
В	- Увеличения СОЭ, чаще лейкоцитоз, нейтрофилез	

Г	- Меньшей выраженности гипертрансфераземии	
Д	- Большой частоты и выраженности холестатических явлений	+

Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника	
Б	- Портальная бактериемия	
В	+ Нарушение питания, нарушение желчевыделения	+
Г	- Изменения печеночной гемодинамики	
Д	- Все перечисленное	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 13 с указанием правильного ответа (тема «Вирусный гепатит В (ВГВ)»)

Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Повышение уровня билирубина сыворотки крови	
Б	- Повышение активности АЛАТ и АсАТ	
В	- Гипоальбуминемия	
Г	- Гипопротромбинемия	
Д	+ Все перечисленное	+

Вирус гепатита А относится к:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Энтеровирусам (пикорнавирусам)	+
Б	- Гепаднавирусам	
В	- Арбовирусам	
Г	- Флавивирусам	
Д	- Ретровирусам	+

Наибольшую эпидемиологическую опасность при вирусном гепатите А представляют: 1 больные в желтушном периоде 2 больные в конце инкубационного и в преджелтушном периоде 3 реконвалесценты 4 больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1), 2), 3), 4)	

характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Устойчив к воздействию низких температур	
Б	- Устойчив к воздействию высоких температур	
В	+ Быстро погибает под воздействием консервантов крови	+
Г	- Устойчив к действию дезинфекционных средств	
Д	- Устойчив к высушиванию	

Клиническим критерием повышенного риска хронизации вирусного гепатита В является:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Тяжелое течение болезни	
Б	- Острый гепатит В циклического течения	
В	+ Прогрессирующее течение острого гепатита В	+
Г	- Холестатическая форма острого вирусного гепатита В	
Д	- Все перечисленное	

Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита Е:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Снижение протромбинового индекса	
Б	- Билирубин-ферментная диссоциация	
В	+ Гемоглинурия и развитие острой почечной недостаточности	+
Г	- Снижение сулемового теста	
Д	- Повышение тимоловой пробы	

Основные формы клинического течения хронического гепатита В: 1) с выраженной клинической симптоматикой 2) бессимптомное течение 3) отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей 4) клинически сглаженное малосимптомное течение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	+ Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1),2),3),4)	+

Для острого гепатита С наиболее характерно течение:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Острое циклическое	
Б	+ Субклиническое, безжелтушное	
В	- Острое фульминантное	
Г	- Затяжное	

Д	- Рецидивирующее	+
---	------------------	---

Для вирусного гепатита А при беременности характерны все перечисленные особенности, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Большей частоты анемий	
Б	+ Вертикальной передачи инфекции от больной матери плоду	+
В	- Увеличения СОЭ, чаще лейкоцитоз, нейтрофилез	
Г	- Меньшей выраженности гипертрансфераземии	
Д	- Большой частоты и выраженности холестатических явлений	+

Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника	
Б	- Портальная бактериемия	
В	+ Нарушение питания, нарушение желчевыделения	+
Г	- Изменения печеночной гемодинамики	
Д	- Все перечисленное	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 14с указанием правильного ответа (тема «Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D. Клиника гепатита G.»)

Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Повышение уровня билирубина сыворотки крови	
Б	- Повышение активности АЛАТ и АсАТ	
В	- Гипоальбуминемия	
Г	- Гипопротромбинемия	
Д	+ Все перечисленное	+

Вирус гепатита А относится к:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Энтеровирусам (пикорнавирусам)	+
Б	- Гепаднавирусам	
В	- Арбовирусам	
Г	- Флавивирусам	
Д	- Ретровирусам	+

Наибольшую эпидемиологическую опасность при вирусном гепатите А представляют: 1 больные в желтушном периоде 2 больные в конце инкубационного и в преджелтушном

периоде 3 реконвалесценты 4 больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1), 2), 3), 4)	

характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Устойчив к воздействию низких температур	
Б	- Устойчив к воздействию высоких температур	
В	+ Быстро погибает под воздействием консервантов крови	+
Г	- Устойчив к действию дезинфекционных средств	
Д	- Устойчив к высушиванию	

Клиническим критерием повышенного риска хронизации вирусного гепатита В является:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Тяжелое течение болезни	
Б	- Острый гепатит В циклического течения	
В	+ Прогрессирующее течение острого гепатита В	+
Г	- Холестатическая форма острого вирусного гепатита В	
Д	- Все перечисленное	

Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита Е:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Снижение протромбинового индекса	
Б	- Билирубин-ферментная диссоциация	
В	+ Гемоглинурия и развитие острой почечной недостаточности	+
Г	- Снижение сулемового теста	
Д	- Повышение тимоловой пробы	

Основные формы клинического течения хронического гепатита В: 1) с выраженной клинической симптоматикой 2) бессимптомное течение 3) отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей 4) клинически сглаженное малосимптомное течение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Верно 1), 2), 3)	

Б	- Верно 1), 3)	
В	+ Верно 2), 4)	+
Г	- Верно 4)	
Д	- Верно 1),2),3),4)	+

Для острого гепатита С наиболее характерно течение:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Острое циклическое	
Б	+ Субклиническое, безжелтушное	
В	- Острое фульминантное	
Г	- Затяжное	
Д	- Рецидивирующее	+

Для вирусного гепатита А при беременности характерны все перечисленные особенности, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Большой частоты анемий	
Б	+ Вертикальной передачи инфекции от больной матери плоду	+
В	- Увеличения СОЭ, чаще лейкоцитоз, нейтрофилез	
Г	- Меньшей выраженности гипертрансфераземии	
Д	- Большой частоты и выраженности холестатических явлений	+

Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника	
Б	- Портальная бактериемия	
В	+ Нарушение питания, нарушение желчевыделения	+
Г	- Изменения печеночной гемодинамики	
Д	- Все перечисленное	+

РАЗДЕЛ 5: «Карантинные и особо опасные инфекции»

Комплект тестовых заданий практического занятия № 15с указанием правильного ответа (тема «Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия.»)

При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Трансмиссивного	

Б	- Контактного	
В	+ Парентерального	+
Г	- Алиментарного	
Д	- Воздушно-капельного	

Для первично-септической формы чумы наиболее характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	+
Б	- Быстрое поражение сосудов	
В	- Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
Г	- Образование множественных очагов инфекции	
Д	- Отек мозга	

Для кишечной формы чумы наиболее типично: 1) обильный жидкий стул со слизью и кровью 2) тошнота, рвота с примесью крови 3) резкие боли в подложечной области 4) наличие в фекалиях чистой культуры возбудителя:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Верно 1), 2), 3)	
Б	- Верно 1), 3)	
В	- Верно 2), 4)	
Г	- Верно 4)	
Д	+ Верно 1), 2), 3), 4)	+

Для патогенетической терапии чумы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Кристаллоидные и коллоидные растворы	
Б	- Стероидные гормоны	
В	- Сердечно-сосудистые препараты	
Г	+ Все перечисленное	+
Д	- Антикоагулянты	

Различают следующие клинические варианты сибирской язвы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Локализованную (кожную и висцеральную)	
Б	- Генерализованную вторичную	
В	- Сибирезвенный сепсис	
Г	+ Все перечисленные	+
Д	- Ни одной из перечисленных	

Буллезная разновидность кожной формы сибирской язвы сопровождается

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
А	Появлением в областях входных ворот возбудителя больших пузырей, наполненных геморрагическим содержимым	+
Б	- Формированием обширных язвенно-некротических поверхностей	
В	- Развитием вторичного инфильтрата	
Г	- Болью	
Д	- Всем перечисленным	

Важнейшим отличительным признаком легочной формы чумы и септической формы сибирской язвы является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Наличие катаральных симптомов в начале заболевания	+
Б	- Характерный эпидемиологический анамнез	
В	- Тяжелая форма интоксикации в первые дни болезни, не соответствующая физикальным изменениям в легких	
Г	- Кровохарканье	
Д	- Боль в грудной клетке	

Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Банальным карбункулом	+
Б	- Рожей	
В	- Кожной формой чумы	
Г	- Язвенно-бубонной формой туляремии	
Д	- Кожной формой чумы и язвенно-бубонной формой туляремии	

Для рожи в отличие от сибирской язвы характерны:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Четкие контуры воспалительной зоны	
Б	- Болезненность кожи по периферии воспаления	
В	- Наличие лимфаденита	
Г	- Отсутствие струпа	
Д	+ Все перечисленное	+

К средствам патогенетической терапии при сибирской язве относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	Стероидные гормоны	
Б	- Дезинтоксикационные растворы	
В	- Свежезамороженная плазма и кровь	
Г	- Гепарин	
Д	+ Все перечисленное	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 16с указанием правильного ответа (тема «Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляридия.»)

Что В патогенезе локализованной чумы имеют значение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумный карбункул	
б	Поражение лимфатических желез с образованием первичного бубона первого, второго и т. д. порядков	
в	Поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации сосудистых стенок	
г	Все перечисленное	+

Для возбудителя сибирской язвы характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Грамположительная окраска бактерии	
б	Аэроб, во внешней среде образует споры	
в	Вирулентность возбудителя связана с способностью образовывать капсулу в организме и выделять экзотоксин	
г	Все перечисленное	+

Иммунитет при сибирской язве:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Стойкий	+
б	Нестойкий	
в	Отсутствует	
г	Не изучен	

Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	От 8 до 12 часов	
б	От 2 до 3 дней	+
в	От 5 до 7 дней	
г	От 8 до 10 дней	
д	Более 2-х недель	

Туляремийные язвы отличаются от сибиреязвенных всем перечисленным, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Поверхностного расположения	

б	Отсутствия черного струпа в центре поражения	
в	Отечности мягких тканей по периферии	
г	Болезненности при пальпации	+
д	Выраженного лимфаденита	

К средствам патогенетической терапии при сибирской язве относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Стероидные гормоны	
б	Дезинтоксикационные растворы	
в	Свежезамороженная плазма и кровь	
г	Гепарин	
д	Все перечисленное	+

В патогенезе желтой лихорадки наибольшее значение имеют все перечисленные фазы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Внедрения вируса при укусе комара через кожу	
б	Лимфогенного заноса вируса в регионарные лимфоузлы	
в	Вирусемии	
г	Поражения эндотелия капилляров внутренних органов и развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови	
д	Токсинемии	+

Геморрагический синдром при желтой лихорадке представлен всеми перечисленными изменениями, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Геморрагической сыпи на коже и слизистых разной величины	
б	Желудочно-кишечных кровотечений	
в	Кровотечения из вен пищевода	+
г	Носовых кровотечений	
д	Тромбоцитопении	

Причины летальности при желтой лихорадке: 1) почечная недостаточность 2) печеночная недостаточность 3) геморрагический шок 4) дыхательная недостаточность

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	+
б	Верно 1), 3)	
в	Верно 2), 4)	

г	Верно 4)	
д	Верно 1), 2), 3), 4)	

Наиболее достоверным методом лабораторной диагностики желтой лихорадки является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Выделение вируса из крови больного, печени и мозга умершего	+
б	Реакция связывания комплемента в титре 1:16 и выше	
в	Реакция нейтрализации вируса	
г	Реакция торможения гемагглютинации	
д	Гистологическая картина биопсии печени	

РАЗДЕЛ 6: «Зоонозные инфекции»

Комплект тестовых заданий практического занятия № 17с указанием правильного ответа (тема «Общие вопросы проблемы зоонозов»)

Основные пути передачи геморрагической лихорадки с почечным синдромом: 1) алиментарный. 2) трансмиссивный. 3) аспирационный. 4) контактный

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	
б	Верно 1), 3)	+
в	Верно 2), 4)	
г	Верно 4)	
д	Верно 1), 2), 3), 4)	

При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Повышение мочевины	
б	Повышение креатинина и мочевины	
в	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
г	Повышение калия редко	
д	Повышение креатинина и мочевины и редко повышение калия	

Выписка из стационара при геморрагической лихорадке производится после:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Исчезновения клинических проявлений болезни	
б	Нормализации морфологических и биохимических показателей крови, мочи	
в	Не ранее 3-4 недель от начала заболевания при тяжелых формах болезни	
г	Низкие цифры удельного веса не являются	

	противопоказанием для выписки	
д	Все ответы правильны	+

Сенсибилизация при бруцеллезе проявляется через:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	1 неделю	+
б	2 недели	
в	3 недели	
г	4 недели	
д	Более 4 недель	+

Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острой форме	
б	Острой и подострой форме	
в	Острой, подострой и обострение хронической формы заболевания	
г	Все перечисленное	+

Источником инфекции при туляремии является все перечисленные, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Грызунов	
б	Крупного и мелкого рогатого скота	
в	Эктопаразитов	
г	Больного человека	+

Для желтушной формы лептоспироза характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Повышение содержания ферментов	
б	Повышение содержания холестерина	
в	Повышение содержания билирубина за счет непрямого	
г	Повышение содержания билирубина за счёт прямого и повышение содержания ферментов	+

При токсоплазмозе возможно вовлечение в процесс и поражение всех перечисленных органов и систем, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Нервной системы	
б	Внутренних органов	
в	Гениталий	
г	Глаз	

д	Кожи	+
---	------	---

Условием для внутриутробного поражения плода токсоплазмами является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Паразитемия у беременных	+
б	Наличие токсоплазм в тканях и органах беременной в виде цист	
в	Высокие титры антител в серологических реакциях	
г	Положительная кожная проба	

Рецидивы при псевдотуберкулезе: 1) возникают через 1-3 недели после выздоровления 2) обычно бывают 1-2 рецидива 3) возможно 3 и более рецидива 4) обычно протекают тяжелее первичного заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	+
б	Верно 1), 3)	
в	Верно 2), 4)	
г	Верно 4)	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 18с указанием правильного ответа (тема «ГЛПС и другие геморрагические лихорадки.»)

Основные пути передачи геморрагической лихорадки с почечным синдромом: 1) алиментарный. 2) трансмиссивный. 3) аспирационный. 4) контактный?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	
б	Верно 1), 3)	+
в	Верно 2), 4)	
г	Верно 4)	
д	Верно 1), 2), 3), 4)	

Ведущие звенья патогенеза для геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других геморрагических лихорадок: 1) внедрение возбудителя, вирусемия, интоксикация 2) гемодинамические нарушения 3) острая почечная недостаточность 4) формирование иммунитета?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Верно 1), 2), 3)	
б	Верно 1), 3)	
в	Верно 2), 4)	
г	Верно 4)	

д	Верно все	+
---	-----------	---

Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота	
б	Боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век	
в	Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения	
г	Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков	
д	Все перечисленное	+

Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Менингоэнцефалитический	
б	Абдоминальный	
в	Геморрагический	+
г	Общелихорадочный	
д	Все перечисленные	

Отличительной особенностью Крымской геморрагической лихорадки от других лихорадок является:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	+
б	Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом	
в	Острая почечная недостаточность	
г	Суставной синдром	
д	Синдром желтухи	

Отличительной особенностью Омской геморрагической лихорадки от, других лихорадок является:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Преобладание геморрагического синдрома над острой почечной недостаточностью	
б	Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС	
в	Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом	+

г	Суставной синдром	
д	Наличие печеночной недостаточности	

Отдаленным исходом геморрагических лихорадок может быть все перечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Постинфекционной анемии	
б	Хронической тубулоинтерстициальной нефропатии	
в	Постинфекционной миокардиодистрофии	
г	Хронического пиелонефрита	
д	Токсико-инфекционного шока	+

Основные лабораторные методы диагностики при геморрагических лихорадках:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Вирусологические	
б	Серологические	+
в	Бактериологические	
г	Биологические	
д	Общий анализ мочи	

При исследовании периферической крови у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в разгар заболевания отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Увеличение количества эозинофилов	
б	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
в	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
г	Все перечисленное верно	
д	Все перечисленное не соответствует истине	

При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Повышение мочевины	
б	Повышение креатинина и мочевины	
в	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
г	Повышение калия редко	
д	Повышение креатинина и мочевины и редко повышение калия	

Комплект тестовых заданий практического занятия № 19с указанием правильного ответа (тема «Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерия».)

Возбудитель бруцеллеза относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	вирусам	
б	бактериям	+
в	простейшим	
г	риккетсиям	

Источник инфекции при бруцеллезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	человек	
б	крупный и мелкий рогатый скот	
в	грызуны	
г	птицы	

Сыпь при лептоспирозе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	везикулы	
б	б) папулы	
в	в) геморрагии	
г	г) розеола	

Для лептоспироза и желтой лихорадки характерны общие признаки, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Желтухи	
б	Оба заболевания вызваны вирусом	+
в	Геморрагического синдрома	
г	Поражение почек	
д	Поражение печени	

Возбудитель токсоплазмоза относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Простейшим	+
б	Вирусам	
в	Бактериям	
г	Грибам	
д	Микоплазмам	

Окончательным хозяином токсоплазмы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Кошка	+
б	Собака	
в	Человек	
г	Птица	
д	Грызуны	

Этиологические особенности при листериозе характеризуются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Возбудитель — листерия в виде палочки	
б	- Возбудитель— листерия в виде кокко-бактерии	+
в	- Листерия-грамположительная	+
г	- Листерия-аэроб, способна вызывать гемолиз, устойчива во внешней среде	
д	Все перечисленное	+

Возможны следующие клинические формы листериоза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Ангинозно-септическая	
б	- Глазожелезистая и железистая	
в	- Нервная форма (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, психозы), тифоподобная форма	
г	- Листериоз беременных и новорожденных	
д	Все перечисленные	+

По течению возможны все следующие формы листериоза, кроме?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Острой	
б	- Подострой	
в	- Хронической	
г	Латентной	+
д	- Абортивной	

Основные клинические симптомы листериоза новорожденных?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Лихорадка, одышка, заложенность носа, цианоз	
б	- Бронхопневмония, гнойный плеврит	
в	- Желтуха, гепатомегалия, реже увеличение селезенки	
г	- Экзантема, фарингит, конъюнктивит, понос,	

	менингеальные симптомы, судороги, параличи	
д	Все перечисленно	+

РАЗДЕЛ 7: «Трансмиссивные и раневые инфекции»

Комплект тестовых заданий практического занятия № 20с указанием правильного ответа (тема «Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку.»)

Возбудителем болезни Брилла является риккетсия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Провачека	+
б	- Музера	
в	- Конори	
г	- Бернета	

В начальный период заболевания при болезни Брилла характерны следующие клинические проявления:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Головная боль	
Б	- Энантема на мягком небе	
В	- Симптом Киари-Авцына	
г	Все перечисленное	+

Фазы патогенеза при лихорадке Ку:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А	- Риккетсемиа	
Б	- Токсинемия	
В	- Аллергические реакции	
г	Все перечисленные	+

Продолжительность инкубационного периода лихорадки Ку:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	До 3-х дней	
б	От 3 до 30 дней	+
в	-От 30 до 45 дней	
г	- От 45 до 60 дней	
д	- От 60 до 180 дней	

Для лечения лихорадки Ку используют:

Поле для	Варианты ответов	Правильный
----------	------------------	------------

выбора ответа		ответ (+)
а	Тетрациклины, левомицетин	+
б	- Аминогликозиды	
в	- Пенициллины	
г	- Сульфаниламид	
д	- Нитрофураны	

Патологоанатомические изменения при сыпном тифе характеризуются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Наличием специфических сыпнотифозных гранул в органах	
б	- Увеличением селезенки	
в	- Кровоизлияниями в органах	
г	- Менингоэнцефалитом	
д	+Всем перечисленным	+

Для тифозного статуса при сыпном тифе характерно все перечисленное, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Беспокойства	
б	Бреда	
в	Зрительных и слуховых галлюцинаций	
г	Снижения температуры тела	+
д	Расстройство сна	

Для этиотропной терапии сыпного тифа применяют все перечисленные препараты, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Тетрациклинов	
б	- Левомицетина	
в	+Пенициллина	+
г	- Доксициклин	
д	- Окситетрациклин	

В период разгара заболевания болезнью Брилла характерны все следующие симптомы, за исключением:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Розеолезно-петехиальной сыпи	
б	- Лихорадки	
в	- Снижения АД	
г	- Умеренной гепатоспленомегалии	

д	+Энтероколитического синдрома	+
---	-------------------------------	---

При тяжелом течении болезни Брилля можно выявить все перечисленные симптомы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Симптома Говорова-Годелье	
б	- Менингизма	
в	- Неврита слуховых нервов	
г	Отека мозга	+
д	- Дифтерии	

Путь передачи Ку- лихорадки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Алиментарный	
б	- Воздушно-капельный	
в	- Трансмиссивный	
г	- Контактный	
д	Все перечисленное	+

Комплект тестовых заданий практического занятия № 21с указанием правильного ответа (тема «Малярия Лейшманиозы.»)

Тропическая малярия вызывается возбудителем вида:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Фальципарум	
б	- Овале	
в	- Вивакс	
г	Малярия	+
д	- Всеми перечисленными	

К малярии, имеющей рецидивирующее течение, относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Трехдневная малярия	
б	Овале-малярия	
в	Тропическая малярия	
г	Четырехдневная малярия	
д	Все перечисленные	+

Тропическая малярия характеризуется следующими клиническими признаками:

Поле для	Варианты ответов	Правильный
----------	------------------	------------

выбора ответа		ответ (+)
а	Энцефалопатия и нефропатия	
б	ДВС-синдром	
в	Гемолиз	
г	Диарея	
д	Все перечисленное	+

Для тропической малярии характерны все следующие осложнения, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Комы	
б	-Гемоглобинурийной лихорадки	
в	Гемолитической анемии	
г	Инфекционно-токсического шока	
д	Паралитического синдрома	+

Специфическое лечение малярии заключается в воздействии препаратов на все перечисленные формы возбудителя, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Тканевых форм	
б	Эритроцитарных форм	
в	Половых форм	
г	Спорозонтов	+
д	Тканевые и эритроцитарные формы	

Механизм заражения лейшманиозом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Алиментарный	
б	Контактно-бытовой	
в	Трансмиссивный	+
г	Капельный	
д	Все перечисленные	

Переносчиками лейшманиоза являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Комары	
б	Москиты	+
в	Мухи	
г	Клещи	
д	Все перечисленные	

Основными звеньями патогенеза кожных форм лейшманиоза является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Проникновение и размножение возбудителя в месте входных ворот	
б	Образование специфической гранулемы	
в	Развитие некротических процессов в гранулеме	
г	Образование и рубцевание язв	
д	Все перечисленное	+

Основные звенья патогенеза висцеральных форм лейшманиоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Проникновение и размножение возбудителя в клетки ретикулоэндотелиальной системы и развитие системного паразитарного ретикулоэндотелиоза	
б	Возникновение тяжелых обменных расстройств под влиянием продуктов метаболизма возбудителя	
в	Развитие специфической сенсибилизации организма больного	
г	Развитие некротических дегенеративных процессов в органах	
д	Все перечисленные	+

У человека наблюдаются все следующие клинические формы лейшманиоза, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Бубонной	+
б	Висцеральной	
в	Кожной	
г	Кожно-слизистой	
д	Хронический	

**РАЗДЕЛ 8: «ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых
Комплект тестовых заданий практического занятия № 22-23с указанием правильного ответа (тема «Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ-инфекции. Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания»**

Источником инфекции при ВИЧ являются больные:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	В инкубационном периоде	
б	Острой ВИЧ-инфекцией	

в	Хронической персистирующей лимфаденопатией	
г	Вирусоносители	
д	Все перечисленные	+

Основные пути передачи ВИЧ-инфекции:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Половой	
б	Парентеральный	
в	От матери плоду	
г	При грудном вскармливании новорожденного	
д	Всё вышеперечисленное	+

Биологические жидкости, являющиеся основными факторами передачи ВИЧ:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Слезы	
б	Грудное молоко	
в	Вагинальный секрет	
г	Слюна	
д	Семенная жидкость, кровь	+

Вирус в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Кровь, моча	
б	Сперма, вагинальная слизь	+
в	Слюна, ликвор	
г	Грудное молоко	
д	Во всех вышеперечисленных	

ВИЧ чувствителен ко всем перечисленным дезинфекционным средствам, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	0,5% раствор гипохлорида кальция	
б	50-70% раствор этилового спирта	
в	Ультрафиолетового и рентгеновского излучения	+
г	0,5% раствор гипохлорида натрия	
д	3% хлорамин	

Причинами формирования иммунодефицита при ВИЧ-инфекции является все вышеперечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Цитопатологического действия вируса	
б	Атрофии тимуса	+

в	Формирования синцитиев	
г	Образования аутоантител к иммунокомпетентным клеткам	
д	Нарушения функции макрофагов	

Основные методы диагностики ВИЧ-инфекции:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Выявление специфических антител	
б	Выявление вирусных антигенов	
в	Выделение провирусной ДНК, геномной РНК	
г	Выделение вируса	
д	Все перечисленное	+

Для иммунотерапии при ВИЧ-инфекции у детей целесообразно применять:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Т-активин	+
б	Реаферон	
в	Декарис	
г	Интерферон	
д	Неовир	

Какие препараты для иммунопрофилактики разрешены ВИЧ-инфицированным детям?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Только живые вакцины	
б	Только анатоксины	
в	Убитые вакцины и анатоксины	+
г	Только убитые вакцины	
д	Живые вакцины и анатоксины	

Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ-инфекции являются все перечисленные кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Микроцефалии	+
б	Задержки развития	
в	Общей мышечной слабости	
г	Лицевого дисморфогенеза	
д	Паратрофии	

К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Вирусы иммунодефицита человека	
б	Вирус Т-клеточной лимфомы человека	

в	Вирус иммунодефицита обезьян	
г	Вирус ящура	+
д	Вирус иммунодефицита кошек	

Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Внешний белок мембраны	
б	Белки сердцевинки вириона	
в	Обратная транскриптаза	+
г	Трансмембранный белок	
д	Все верно	

Какой белок наиболее подвержен антигенным вариациям:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	p24	
б	p7	
в	p9	
г	gp41	
д	gp120	+

Источником инфекции при ВИЧ являются больные:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	В инкубационном периоде	
б	Острой ВИЧ-инфекцией	
в	Хронической персистирующей лимфаденопатией	
г	Вирусоносители	
д	Все перечисленные	+

Для персистирующей генерализованной лимфаденопатии характерны:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Различные типы температурных кривых, ознобы, проливные ночные поты	
б	Увеличивающиеся периферические и глубокие лимфоузлы до 1-5 и более см	
в	Периферические лимфоузлы обычно пальпируются в 2-3 регионарных зонах	
г	Гистологически - неспецифическая очаговая гиперплазия фолликулов	
д	Все перечисленное	+

Основные проявления терминальной стадии ВИЧ-инфекции:?

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
а	Опportunистические и, безусловно, патогенные инфекции	
б	Кахексия	
в	Онкологические заболевания	
г	Поражения ЦНС	
д	Все перечисленные	+

Поражения желудочно-кишечного тракта в терминальной стадии ВИЧ-инфекции наблюдаются при:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Кандидозе, криптоспориidioзе, изоспорозе	
б	Цитомегаловирусной и герпетической инфекциях	
в	Саркоме Калози и лимфоме	
г	Микобактериозах	
д	Всем перечисленным	+

Основные методы диагностики ВИЧ-инфекции:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Выявление специфических антител	
б	Выявление вирусных антигенов	
в	Выделение провирусной ДНК, геномной РНК	
г	Выделение вируса	
д	Все перечисленное	+

У детей первого года жизни при ВИЧ-инфекции отмечается все перечисленное, кроме:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Лимфаденопатии	
б	Продолжительной лихорадки	
в	Прогрессирующей потери веса	
г	Орального кандидоза	
д	Саркомы Капоши	+

Частое опportunистическое заболевание у детей при ВИЧ-инфекции:?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Пневмоцистоз	
б	Цитомегаловирусная инфекция	
в	Токсоплазмоз	
г	Оральный кандидоз	
д	Все перечисленное	+

РАЗДЕЛ 9 «Инфекции наружных покровов»

Комплект тестовых заданий практического занятия № 24с указанием правильного ответа (тема «Рожа. Эризепилоид»)

Возбудитель рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	энтерококк	-
б	пневмококк	-
в	бета-гемолитический стрептококк гр. А	+
г	цитробактер	-
д	клебсиелла	-

Рожа относится к группе инфекций:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	кишечные	-
б	кровяные	-
в	воздушно-капельные	-
г	с различными путями передач	-
д	наружных покровов	+

Предрасположенность к роже имеется у:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	детей	-
б	Лиц молодого возраста	-
в	Лиц страдающих алкоголизмом	-
г	Лиц, имеющих сенсibilизацию а антигенам стрептококка	+
д	Лиц, перенесших инфаркт миокарда	-

Формы рожи по характеру поражения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	карбункулезная	-
б	эритематозно-геморрагическая	+
в	эризепилоидная	-
г	бессимптомная	-
д	эдематозная	+

Наиболее частая локализация рецидивирующей рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	спина	-
б	ягодицы	-
в	грудная клетка	-
г	нижние конечности	+

д	лицо	-
---	------	---

Местные проявления эритематозной формы рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	образование пузырей в очаге поражения	-
б	нагноение в месте воспалительного очага	-
в	геморрагии в месте воспалительного очага	-
г	локальная гиперемия и отечность с четкими границами в месте поражения	+
д	нечеткость границ очага	-

Местный процесс при роже характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	разлитой гиперемией без четких границ	+
б	отсутствием отека мягких тканей	-
в	резкой местной болезненностью	-
г	наличием регионарного лимфаденита	-
д	сильным зудом	-

Факторы, способствующие развитию рецидивирующей рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	хроническая пневмония	-
б	сотрясение мозга	-
в	лимфостаз	+
г	хронический холецистит	-
д	инфаркт миокарда	-

Профилактика рецидивов рожи проводится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	тетрациклином	-
б	эритромицином	-
в	бициллином	+
г	бисептолом	-
д	метронидазолом	-

Возможные осложнения рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	токсический нефрит	-
б	инфаркт миокарда	-
в	абсцессы, флегмоны	+

г	миелиты	-
д	бронхиты	-

Комплект тестовых заданий практического занятия № 25с указанием правильного ответа (тема «Бешенство. Столбняк.»)

Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Собаки.	-
б	Лисы.	-
в	Волки.	-
г	Сельскохозяйственные животные.	-
д	Все перечисленные животные.	+

В клиническом течении бешенства различают следующие стадии заболевания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Инкубационный период заболевания.	-
б	Период предвестников.	-
в	Стадию возбуждения.	-
г	Стадию параличей.	-
д	Все перечисленное.	+

Для лечения больных бешенством применяют следующие методы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Введение антирабической вакцины.	-
б	Введение антирабического гамма-глобулина	-
в	Использование препаратов интерферона.	-
г	Симптоматическая	-
д	Все перечисленное.	+

В клиническом течении бешенства различают следующие стадии заболевания:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Инкубационный период заболевания.	-
б	Период предвестников.	-
в	Стадию возбуждения.	-
г	Стадию параличей.	-
д	Все перечисленное.	+

Основными звеньями патогенеза при бешенстве являются все перечисленные, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

а	Распространение по периневральным пространствам и нервным волокнам	-
б	Фиксация и репликация вируса в нейронах продолговатого мозга, гиппокампа, узлах основания мозга	-
в	Повышение рефлекторной возбудимости с последующим развитием параличей	-
г	Центробежное распространение вируса с ЦНС в различные органы	-
д	Обнаружение вируса в крови	+

Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	-
б	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
в	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	-
г	Воздействием токсина на сосудодвигательный центр	-
д	Все перечисленное	-

В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Повышения пропускной способности нервно-мышечные синапсов	-
б	Поражения жизненно-важных центров (дыхания и ядер вагуса)	-
в	Гиперактивности симпатической нервной системы	-
г	Метаболического алкалоза	+
д	Метаболического ацидоза	-

Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Тетанических судорог	-
б	Тризма	-
в	"Сардонической улыбки"	-
г	Дисфагии	-
д	Потеря сознания	+

Основные критерии тяжести столбняка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Длительность инкубационного периода и быстрота проявления судорог от начала болезни	-

б	Выраженность судорожного синдрома	-
в	Температурная реакция, состояние сердечно-сосудистой системы	-
г	Наличие осложнений	-
д	Все перечисленное	+

Нарушение дыхания при столбняке обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
а	Тонического напряжения диафрагмы и межреберных мышц	-
б	Уменьшения амплитуды дыхательных движений	-
в	Потери сознания	+
г	Судорожных спазмов дыхательной мускулатуры	-
д	Поражения дыхательного центра	-

.....

Таким образом включаются все комплекты тестовых заданий для проведения практических занятий за семестр.

Методика оценивания компьютерного тестирования или тестирования на бумажных носителях.

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»
- 71-79% - «удовлетворительно»
- 80-89% - «хорошо»
- 90% и выше – «отлично».

РАЗДЕЛ 1: Общие вопросы инфекционных болезней. Сепсис».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 1 (ТЕМА «Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты»)

1. Понятие об инфекционном процессе, понятие об инфекционных болезнях, их классификацию.
2. Отличительные особенности инфекционных болезней.
3. Понятие о персистентной инфекции, аутоинфекции, медленных инфекциях, прионных инфекция.
4. Понятие патогенности, понятие о входных воротах инфекции, об экзо- и эндотоксинах, моноинфекции, микст-инфекции, реинфекции, суперинфекции.
5. Особенности диагностики инфекционных болезней, различные методы, используемые для диагностики инфекционных заболеваний.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 2 (ТЕМА «Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний»)

1. Рассмотрение этиологических факторов инфекционных заболеваний
2. Различные теории инфекционного процесса
3. Рассмотрение микро и макроорганизма в различных концептуальных теориях.

4. Теория лигандов

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 3 (ТЕМА «Клиника и диагностика сепсиса. Лечение и профилактика сепсиса»)

1. клинические симптомы и синдромы сепсиса.
2. лечение и профилактика сепсиса
3. клинико-морфологические симптомы сепсиса

РАЗДЕЛ 2: «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 4 (ТЕМА «Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств. Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов»)

1. Заболевания, протекающие с симптомами гастрита и гастроэнтерита.
2. Заболевания, протекающие с симптомом гастроэнтероколита.
3. Заболевания, протекающие с симптомом энтероколита и гемоколита
4. Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями.
5. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств.
6. Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 5 (ТЕМА «Дизентерия. Вирусные гастроэнтериты»)

1. Заболевания, протекающие с симптомами гастрита и гастроэнтерита.
2. Заболевания, протекающие с симптомом гастроэнтероколита.
3. Заболевания, протекающие с симптомом энтероколита и гемоколита
4. Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями.
5. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств.
6. Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 6 (ТЕМА «Тифопаратифозные заболевания. Сальмонеллез. Иерсиниоз»)

1. Этиология - морфология возбудителя дизентерии, патогенные свойства, культивирование, наличие фермента ревертазы, устойчивость во внешней среде.
2. Эпидемиология - источник инфекции, механизм передачи, пути передачи, вирусоносительство, группы риска.
3. Патогенез дизентерии, вирусных гастроэнтеритов
4. Патологическая анатомия дизентерии, вирусных гастроэнтеритов
5. Клиника - классификация дизентерии, вирусных гастроэнтеритов
6. Лабораторная диагностика
7. Лечение дизентерии, вирусных гастроэнтеритов
9. Профилактика дизентерии, вирусных гастроэнтеритов

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 7 (ТЕМА «Холера. Пищевые токсикоинфекции и ботулизм»)

1. Этиология - морфология, патогенные свойства, антигенная структура, термостойкость спор.

2. Эпидемиология - постоянная циркуляция возбудителя в природе, условия размножения возбудителя в пищевых продуктах.
3. Патогенез - его основные звенья и ведущая роль токсина.
4. Клиника - классификация (форма, тяжесть заболевания), основные клинические симптомы и синдромы, осложнения, прогноз.
5. Диагностика - клинико-эпидемиологическая и лабораторная, дифференциальная диагностика.
6. Лечение - специфическая, этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия.
7. Профилактика и мероприятия в очаге.

РАЗДЕЛ 3: «ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ. ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 8 (ТЕМА «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)»

1. Этиология - возбудители острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и их свойства - морфология, физиологические особенности, особенности культивирования антигенное строение, факторы патогенности.
2. Эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, факторы передачи, значение сезонности, эпидемические пики, заболеваемость, летальность, специфическая и неспецифическая профилактика.
3. Патогенез и патанатомия - общие и локальные изменения - нервная система, пищеварительная система, легочная системы. Патоморфология.
4. Клиника - с учетом многообразия клинических форм, степени тяжести, особенности ОРВИ от вида возбудителя и возможные осложнения.
5. Лабораторная диагностика - вирусологический метод - (исследуемый материал, правила забора, условия транспортировки и посева материала, среды, сроки получения положительных и отрицательных ответов), серологические, иммунологические и общеклинические, инструментальные методы.
6. Дифференциальная диагностика ОРВИ и заболеваний, протекающих со сходной клинической симптоматикой
7. Лечение - принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии с учётом степени тяжести болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 9(ТЕМА «Корь. Краснуха. Ветряная оспа и опоясывающий герпес»)»

1. Этиология - возбудитель кори, краснухи, ветряная оспа и опоясывающего герпеса и их свойств - морфология, физиологические особенности и условия культивирования, культуральные варианты, серологические варианты, факторы патогенности.
2. Эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, условия распространения, периодичность к сезонность, заболеваемость и летальность, прогноз.
3. Патогенез и патологическая анатомия кори, краснухи, ветряной оспы, опоясывающего герпеса. Патоморфология.
4. Клиника - с учетом многообразия клинических форм
5. Лабораторная диагностика - бактериологический метод: исследуемый материал, правила забора материала, условия транспортировки и посева материала, среды; серологическая диагностика дифтерийного токсина: серологические, иммунохимические, иммунологические методы; оценка состояния антитоксического противодифтерийного иммунитета.
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение - принципы комплексной терапии больных корью, краснухой, ветряной оспой, опоясывающим герпесом с учетом строгой зависимости от клинических форм заболевания; профилактика и лечение осложнений.

8. Профилактика - активная иммунизация населения

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 10 (ТЕМА «Менингококковая инфекция».)

1. Этиология менингококковой инфекции
2. Особенности эпидемиологии. Основные источники и механизм заражения, пути передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость и состояние иммунитета после перенесенного заболевания.
3. Патогенез менингококковой инфекции с указанием механизма возникновения интоксикационного синдрома, водно-электролитных, гемодинамических, метаболических нарушений. Возможные причины смерти.
4. Клиническая картина менингококковой инфекции. Периоды развития клиники. Классификация. Критерии оценки тяжести.
5. Принципы лабораторной диагностики, значение бактериологического и серологического исследования.
6. Дифференциальная диагностика менингококковой инфекции
7. Принципы лечения менингококковой инфекции в зависимости от тяжести заболевания.
8. Условия выписки из стационара.
9. Основные профилактические и противоэпидемические мероприятия по борьбе с менингококковой инфекцией

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 11 (ТЕМА «Грипп».)

1. Этиология гриппа, свойства возбудителя.
2. Эпидемиология-источник инфекции и пути передачи, распространённость заболевания, возрастное распределение. Инкубация.
3. Патогенез заболевания, основные органные поражения, морфологические изменения в месте репликации вируса.
4. Клинические признаки гриппа /цикличность течения, интоксикационный синдром, изменения по органам, гемограмма/. Различные варианты течения заболевания.
5. Осложнения /Ц.Н.С., печень, лёгкие и пр./. Исходы, иммунитет.
6. Дифференциальный диагноз с ОРВИ.
7. Лабораторная диагностика гриппа /значение гемограммы, серологические методы суррогатные и специфические/.
8. Лечение.

РАЗДЕЛ 4: «ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 12 (ТЕМА «Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)»)

1. этиологию и свойства возбудителя;
2. эпидемиологию вирусного гепатита А, Е (ВГЕ)
3. основные звенья патогенеза, клиническую картину заболевания;
4. основы диагностики (анамнестические и клинико-лабораторные данные) вирусного гепатита А, Е (ВГЕ)
5. принципы дифференциальной диагностики заболевания
6. заболевания, имеющие сходную клиническую картину, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику;
7. принципы терапии данной патологии;

8. вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактику данной инфекции.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 13 (ТЕМА «Вирусный гепатит В (ВГВ)»).

1. Этиология вирусного гепатита В (ВГВ). Характеристика вируса(морфология, культуральные свойства, устойчивость во внешней среде).
2. Эпидемиология заболевания. Распространенность в мире. Механизм заражения. Источники инфекции. Эпидемиологическая значимость природных очагов вирусного гепатита В (ВГВ). Сезонность заболевания.
3. Патогенез и патологическая анатомия. В патогенезе отметить органы, наиболее часто поражаемые при вирусном гепатите В (ВГВ)
4. Классификация вирусного гепатита В (ВГВ).
5. Диагностика Изучение преморбидного фона (токсико-аллергические реакции, наличие хронических заболеваний ЖКТ, анемия в анамнезе, иммунодефицитные состояния, наличие ВИЧ-инфекции). Лабораторные методы исследования: (вирусологического, серологического,). Данные общего анализа крови. Основные положения дифференциальной диагностики с заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной
6. Лечение. Показания к госпитализации. Уход. Диета. Режим. Этиотропная терапия (набор препаратов, дозировка и длительность лечения), патогенетическая и симптоматическая терапия.
7. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
8. Профилактика вирусного гепатита В (ВГВ).. Показания для вакцинации. Противоэпидемические мероприятия на участке при выявлении больных вирусным гепатитом В (ВГВ).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 14 (ТЕМА«Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D Клиника гепатита G»)

1. Варианты начального (преджелтушного) периода заболевания;
2. Механизмы взаимодействия вирусов и гепатоцитов;
3. Клиническую симптоматику и лабораторную индикацию синдрома цитолиза и холестаза;
4. Оценка тяжести течения вирусных гепатитов;
5. Основные методы лабораторной диагностики, включая определение вирусных маркеров;
6. Принципы дифференциальной диагностики заболевания
7. Принципы лечения больных вирусными гепатитами, показания и эффективность терапии противовирусными препаратами;
8. Профилактика острых гепатитов С, D, J.

РАЗДЕЛ 5: «КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 15 (ТЕМА««Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия.»)

1. возбудители, их культуральные свойства, антигены и токсины, разновидность возбудителей, устойчивость и нахождение во внешней среде, действие дез. средств;
2. особенности эпидемиологии, очаги (природные, хозяйственные и смешанные), биологический хозяин, наиболее распространенный вид, восприимчивость человека, противоэпидемические мероприятия в очаге;

3. патогенез ООИ, его звенья, поражение отдельных систем и органов,
4. интоксикационный синдром, иммунитет;
5. клинические варианты ООИ
6. принципы лабораторной диагностики (бактериологической, вирусологической, серологической, клинические и биохимические анализы);
7. принципы дифференциальной диагностики заболевания
8. принципы лечения ООИ
9. методы профилактики болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 16 (ТЕМА «Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляремия.»)

1. Этиология - морфология, патогенные свойства, антигенная структура, серологические свойства, особенности культивирования, устойчивости.
2. Эпидемиология - источник инфекции, механизм передачи, восприимчивость, периодичность заболеваний, сезонность, возрастные особенности.
3. Патогенез.
4. Патологическая анатомия
5. Клиника чумы, натуральной оспы, желтой лихорадки, сибирской язвы, туляремии
6. Осложнения
7. Лабораторная диагностика - особенности гемограммы, бактериоскопия,
8. Дифференциальная диагностика заболевания
9. Лечение

РАЗДЕЛ 6: «ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 17 (ТЕМА «Общие вопросы проблемы зоонозов»)

1. Этиология - классификация зоонозов
2. Особенности эпидемиологии зоонозов с указанием распространения зоонозов по регионам и частое поражения ими населения Саратовской области;
3. Состояние иммунитета при зоонозах;
4. Патогенез того или иного зооноза с указанием его основных звеньев;
5. Клиническую картину каждого из этих заболеваний, классификацию различных форм болезни;
6. Принципы лабораторной диагностики /вирусологические и другие методы исследования/;
7. Принципы лечения зоонозов с написанием рецептов;
8. Методы профилактики зоонозов
9. Особенности течения зоонозов у детей, дифференциальная диагностика зоонозов

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 18 (ТЕМА «ГЛПС и другие геморрагические лихорадки.»)

1. Этиология. Особенности строения и устойчивости во внешней среде вируса ГЛПС.
2. Особенности эпидемиологии и эпизоотологии ГЛПС. Основные источники и механизмы заражения, пути передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость и состояние иммунитета после перенесенного заболевания.
3. Патогенез ГЛПС с указанием основной мишени для поражения вирусом и последовательность нарушений, ведущих к развитию геморрагического синдрома и почечной недостаточности. Возможные причины смерти при ГЛПС.
4. Клиническую картину ГЛПС. Периоды в развитии заболевания /инкубационный, продромальный, до олигоурический (лихорадочный), олигоурический,

- полиурический, реконвалесцентный/. Критерии для оценки степени тяжести заболевания. Возможные осложнения в разные периоды ГЛПС.
5. Принципы лабораторной диагностики. Значение серологического исследования, наиболее часто используемый метод, правила взятия материала на исследование.
 6. Дифференциальная диагностика с инфекционными /грипп, сыпной тиф и болезнь Брилла, брюшной тиф, пищевые токсикоинфекции, лептоспироз, серозный вирусный менингит/ и не инфекционными /острый живот - аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь, острый гломерулонефрит/ заболеваниями.
 7. Принципы лечения ГЛПС. Организационные мероприятия, общий уход за больными, диета. Направленность медикаментозной терапии в зависимости от периода заболевания.
 8. Условия выписки из стационара. Исходы ГЛПС. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
 9. Профилактика ГЛПС и организация противоэпидемических мероприятий.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 19 (ТЕМА «Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерия»)»

1. Этиология - возбудители, вызывающие бруцеллез, лептоспироз, токсоплазмоз, хламидийные инфекции, листериоз. Их особенности, распространенность.
 2. Особенности эпидемиологии, бруцеллезные и лептоспирозные очаги (природные, хозяйственные и смешанные), биологический хозяин, наиболее распространенный вид, восприимчивость человека, противоэпидемические мероприятия в очаге;
 3. Патогенез - входные ворота, пути распространения возбудителя по организму.
 4. Патологическая анатомия -- патоморфология острого и хронического бруцеллеза.
 5. Клиника. классификация по Рудневу; общий и частный симптомокомплекс согласно клинической классификации.
- Клинические проявления приобретенного острого и хронического токсоплазмоза. Дифференциальный диагноз. Токсоплазмоз у больных ВИЧ-инфекцией.
6. Патогенез лептоспироза, его звенья, поражение отдельных систем и органов, интоксикационный синдром, иммунитет; клинические варианты лептоспироза, желтушные и безжелтушные формы, поражение почек, центральной нервной системы, тромбгеморрагические проявления, варианты лихорадки, обоснование диагноза и тяжести течения болезни; принципы лабораторной диагностики (бактериологической, серологической, клинические и биохимические анализы)
 7. Принципы лабораторной диагностики (бактериологической, серологической, клинические и биохимические анализы).
 8. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний.
 9. Принципы лечения заболеваний
 10. Профилактические мероприятия

РАЗДЕЛ 7: «Трансмиссивные и раневые инфекции»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 20 (ТЕМА «Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку»)»

1. Этиология - возбудитель сыпного тифа и болезни Брилла-Цинссера, лихорадки Ку их свойства, устойчивость, цикл развития.
2. Эпидемиология - источник и резервуар инфекции. Ведущий механизм заражения, передатчики. Возраст и болезнь Брилла-Цинссера. Распространение сыпного тифа и болезни Брилла-Цинссера и лихорадки Ку.

3. Патогенез - распространение возбудителя по организму, его воздействие на организм, стадии поражения сосудов.
4. Клиника сыпного тифа (болезни Брилла-Цинссера) и лихорадки Ку: цикличность болезни. Длительность инкубации. Особенности начального периода и период разгара болезни: характер температуры, интенсивность головной боли, внешний вид, симптомы Розенберга, Киари-Авцына, Говорова-Годелье, "щипка", "жгута", Кончаловского. Поражение нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, мочеотделения.
5. Осложнения.
6. Лабораторная диагностика сыпного тифа (болезни Брилла-Цинссера) и лихорадки Ку. Серо-иммунологические методы (РСК, РНТА). Изменения периферической крови. Принципы дифференциальной диагностики.
7. Лечение сыпного тифа (болезни Брилла-Цинссера), лихорадки Ку. Выписка реконвалесцентов. ВВЭ Диспансерное наблюдение.
8. Профилактика сыпного тифа и болезни Брилла-Цинссера, лихорадки Ку

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 21 (ТЕМА «Малярия Лейшманиозы»)

1. Этиология - виды возбудителя малярии, стадии развития, свойства, изменчивость.
 Этиология лейшманиозов. Жизненный цикл лейшманий. Характеристика лейшманий (морфология, культуральные свойства, устойчивость во внешней среде).
2. Эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, географическое распространение малярии, сезонность. Длительность гаметоносительства. Механизм заражения лейшманиозом. Источники и резервуар инфекции. Переносчики заболевания. Эпидемиологическая значимость природных очагов кожного лейшманиоза зоонозного типа. Сезонность заболевания.
2. Патогенез - патофизиологические механизмы развития пароксизма малярии. Причины анемии. Осложнения. Выздоровление.
 В патогенезе отметить органы, наиболее часто поражаемые при лейшманиозе, механизм формирования кожных поражений.
3. Патологическая анатомия - ретикулоэндотелиоз, гепато-лиенальный синдром, сосудистые изменения.
4. Клиника - клиническая классификация, варианты течения (по Е.В.Шуваловой), цикличность течения. Продолжительность инкубационного периода в зависимости от вида и штамма возбудителя малярии. Инициальный период. Разгар болезни, приступы пароксизмов при 3-х - 4-х дневной и тропической малярии, лимфаденопатия, гепато и спленомегалия, олигурия, желтуха, анемия, герпетические высыпания. Злокачественное течение малярии. Особенности течения малярии у детей, беременных.
 Классификация лейшманиозов. Подробная клиническая характеристика висцерального и кожного лейшманиозов с рассмотрением последовательности появления тех или иных синдромов и выявлением их совокупности. Отличительные особенности клинических проявлений и течения двух типов кожного лейшманиоза (зоонозного и антропонозного).
5. Осложнения малярии и лейшманиоза. Малярийная кома, ИТШ, гемоглинурийная лихорадка.
7. Лабораторная диагностика.
8. Дифференциальный диагноз - уметь найти сходства и различия малярии и лейшманиоза с такими заболеваниями как бруцеллез, грипп, паратифы, лихорадка, лептоспироз, лимфогранулематоз, сепсис и другие.

9. Лечение малярии и лейшманиоза. Использование стандартной схемы назначения гематошизотропных, гистошизотропных средств, их дозы, курс при лечении малярии. Лечение осложнений. Применение гормонов, антикоагулянтов. Применение комбинированных противомалярийных препаратов. Осложнения при назначении хинина и других средств.

РАЗДЕЛ 8: «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 22 (ТЕМА «Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ- инфекции».)

1. Служба профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом.
2. Основные задачи Центра.
3. Основные статистические показатели, по которым анализируется медицинская деятельность Центров, а также эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции
4. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.
5. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа
6. Лечение - принципы специфической, патогенетической и симптоматической терапии с учетом степени тяжести.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 23 (ТЕМА «Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания».)

1. ВИЧ - инфекция. Источники заражения ВИЧ – инфекции.
2. Патогенез. Классификация по стадиям.
3. Клиническая картина по стадиям.
4. Механизмы передачи ВИЧ инфекции
5. Лабораторные методы подтверждения диагноза ВИЧ\СПИД.
6. Методы (схемы) современного лечения.

РАЗДЕЛ 9 «ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 24 (ТЕМА «Рожа. Эризепилоид»)

1. Этиология - возбудители, вызывающие рожу, эризепилоид. Их особенности, распространенность.
2. Эпидемиология - источники инфекции, механизмы передачи, сезонность, частота возникновения у мужчин и женщин.
3. Патогенез - входные ворота, пути распространения возбудителя по организму, характер поражения кожи.

4. Патологическая анатомия - характер изменений в коже в зависимости от характера воспаления.
5. Клиника. Классификация рожи и эризепилоида в зависимости от характера местных изменений, кратности течения, распространенности местных проявлений.
6. Осложнения рожи, эризепилоида (местные и общие). Последствия.
7. Лабораторные исследования.
8. Принципы дифференциальной диагностики заболевания.
9. Лечение в зависимости от формы заболевания. Различные виды терапии. Местное лечение.
10. Профилактика рожи, эризепилоида. Бициллинопрофилактика рожи.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ № 25 (ТЕМА «Бешенство. Столбняк».)

1. Этиология - возбудитель столбняка, бешенства и их свойства - морфология, особенности культивирования, устойчивость во внешней среде, факторы патогенности (эндоотоксин и его фракции).
2. Эпидемиология - источники инфекции, факторы передачи, сезонность заболевания, летальность, специфическая и не специфическая профилактика.
3. Патогенез - общие и локальные изменения - входные ворота, поражения нервной системы, метаболические нарушения.
4. Клиника - с учетом распространенности процесса, поражением различных групп мышц, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, нервной; с учетом степени тяжести и возможных осложнений.
5. Принципы дифференциальной диагностики заболевания.
6. Лечение - принципы специфической, патогенетической и симптоматической терапии с учетом степени тяжести, методы неотложной терапии

Таким образом включаются все перечни вопросов для проведения устного опроса на практических занятиях за семестр.

РАЗДЕЛ 1: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ. «СЕПСИС».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №

1 (ТЕМА «Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты»)

1. Актуальность инфекций на современном этапе.
2. Терминология в инфекционных болезнях: инфекция, инфекционная болезнь, инфекционный процесс;
3. Осложнения инфекций;
4. Основные звенья патогенеза и факторы патогенности возбудителей;
5. Механизмы защиты организма от инфекций
6. Принципы классификации инфекционных болезней Периоды в развитии инфекционной болезни;
7. Методы диагностики
8. Принципы терапии;
9. Методы профилактики

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №

2 (ТЕМА «Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний»)

1. понятие «инфекционный процесс», «этиология», «патогенез»
2. основные механизмы развития инфекционных заболеваний
3. проводить дифференциальную диагностику между инфекционными болезнями

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №

3 (ТЕМА «Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса»)

1. определение сепсиса.
2. этиология, патогенез клиника сепсиса
3. клинико-морфологические формы сепсиса
4. диагностика и лечение сепсиса

РАЗДЕЛ 2: «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №

4(ТЕМА «Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов»)

1. клинические проявления инфекционных заболеваний, протекающих с диарейным синдромом.
2. принципы лабораторной диагностики и лечения этих заболеваний
3. провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, сопровождающимися этим же синдромом (инфекционными и неинфекционными),
4. выбрать оптимальные методы лабораторного и инструментального обследования, назначить полный объем лечебно-профилактических мероприятий при лечении в стационаре и на дому

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №

5(ТЕМА «Дизентерия. Вирусные гастроэнтериты»)

1. этиология и патогенез современной дизентерии, в частности шигеллеза;
2. классификацию форм и клинических вариантов,
3. возможные пути передачи, инфекции
4. Диагностика, лечение, профилактика шигеллеза

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 6 (ТЕМА «Тифопаратифозные заболевания. Сальмонеллез. Иерсиниоз»)

- 1.этиология (биохимические свойства, антигенная структура, устойчивость во внешней среде);
- 2.эпидемиология (источник и резервуар инфекции, механизм передачи, восприимчивость, распространенность);
- 3.патогенез и патоморфология (внедрение возбудителя в организм, развитие лимфаденита, бактериемия, интоксикация, паренхиматозная диффузия, выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета);
- 4.клиническую картину брюшного тифа и паратифов, возможные осложнения болезни;
- 5.диагностика лабораторная (посевы крови, кала и др. на питательные среды, серологические реакции и др. исследования) и дифференциальная (с лихорадочными состояниями инфекционной и неинфекционной природы);
- 6.лечение, и профилактику брюшного тифа, сальмонеллеза, иерсиниоза

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 7 (ТЕМА «Пищевые токсикоинфекции и ботулизм»)

1. Возбудитель ботулизма
2. Особенности течения пищевых токсикоинфекций
3. Возбудители пищевых токсикоинфекций
4. Холера, особенности клинической картины
5. Особенности симптоматической и этиотропной терапии холеры
6. Особенности симптоматической и этиотропной терапии ботулизма
7. Особенности симптоматической и этиотропной терапии пищевых токсикоинфекций.

РАЗДЕЛ 3: «Воздушно-капельные инфекции. Острые нейроинфекции».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 8 (ТЕМА «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)»)

- 1.Особенности возбудителей;
- 2.Источники заражения и пути передачи;
- 3.Основные звенья патогенеза;
- 4.Клиническую классификацию ОРЗ-вирусов (грипп, парогрипп, аденовирусы, риновирусы, энтеровирусы, RS-вирусы, микоплазмы);
- 5.Клиническую картину каждого из этих заболеваний;
- 6.Принципы лабораторной диагностики (вирусологические и другие методы исследования);
- 7.Принципы лечения ОРВИ;
- 8.Методы профилактики

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 9 (ТЕМА «Корь. Краснуха. Ветряная оспа и опоясывающий герпес»)

1. Этиология - возбудитель кори, краснухи, ветряная оспа и опоясывающего герпеса и их свойств - морфология, физиологические особенности и условия культивирования, культуральные варианты, серологические варианты, факторы патогенности.
2. Эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, условия распространения, периодичность к сезонности, заболеваемость и летальность, прогноз.
3. Патогенез и патологическая анатомия кори, краснухи, ветряной оспы, опоясывающего герпеса. Патоморфология.
4. Клиника - с учетом многообразия клинических форм

5. Лабораторная диагностика - бактериологический метод: исследуемый материал, правила забора материала, условия транспортировки и посева материала, среды; серологическая диагностика дифтерийного токсина: серологические, иммунохимические, иммунологические методы; оценка состояния антитоксического противодифтерийного иммунитета.
6. Дифференциальная диагностика
7. Лечение - принципы комплексной терапии больных корью, краснухой, ветряной оспой, опоясывающим герпесом с учетом строгой зависимости от клинических форм заболевания; профилактика и лечение осложнений.
8. Профилактика - активная иммунизация населения

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 10 (ТЕМА «Менингококковая инфекция.»)

1. Этиология менингококковой инфекции
2. Особенности эпидемиологии. Основные источники и механизм заражения, пути передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость и состояние иммунитета после перенесенного заболевания.
3. Патогенез менингококковой инфекции с указанием механизма возникновения интоксикационного синдрома, водно-электролитных, гемодинамических, метаболических нарушений. Возможные причины смерти.
4. Клиническая картина менингококковой инфекции. Периоды развития клиники. Классификация. Критерии оценки тяжести.
5. Принципы лабораторной диагностики, значение бактериологического и серологического исследования.
6. Дифференциальная диагностика менингококковой инфекции
7. Принципы лечения менингококковой инфекции в зависимости от тяжести заболевания.
8. Условия выписки из стационара.
9. Основные профилактические и противоэпидемические мероприятия по борьбе с менингококковой инфекцией

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 11 (ТЕМА «Грипп»)

1. Этиология – классификация вирусов гриппа, парагриппа;
2. Особенности эпидемиологии Гриппа с указанием распространения вирусов по
 - регионам и частое поражения ими населения Саратовской области;
1. Состояние иммунитета при Гриппе;
2. Патогенез Гриппа с указанием его основных звеньев;
3. Клиническую картину Гриппа, классификацию различных форм болезни;
4. Принципы лабораторной диагностики /вирусологические и другие методы
 - исследования/;
1. Принципы лечения Гриппа с написанием рецептов;
2. Методы профилактики Гриппа;
3. Особенности течения Гриппа у детей, дифференциальная диагностика с ОРВИ и с инфекционными болезнями.

РАЗДЕЛ 4: «ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 12 (ТЕМА «Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)»)

1. Этиология и патогенез вирусного гепатита А и Е
2. Клиническая картина, классификация форм.
3. Принципы диагностики и лечения вирусного гепатита А и Е

4. Профилактика.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 13 (ТЕМА «Вирусный гепатит В (ВГВ)»)

1. Этиология и патогенез вирусного гепатита В
2. Варианты преджелтушного периода
3. Клиническая картина и особенности течения.
4. Принципы диагностики и лечения вирусного гепатита В

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 14 (ТЕМА «Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D Клиника гепатита G»)

1. Этиология и патогенез вирусного гепатита С
2. Клиническая картина и особенности течения.
3. Принципы диагностики и лечения вирусного гепатита С
4. Возможные исходы заболевания

РАЗДЕЛ 5: «КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 15 (ТЕМА «Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия»)

1. Особенности возбудителей особо опасных инфекций;
2. Особенности эпидемиологии различных форм особо опасных и нфекций – источники, пути передачи, переносчики, методы защиты и профилактики;
3. Основные звенья патогенеза различных форм особоопасных инфекций
4. Клиническую классификацию и особенности проявлений различных форм особо опасных инфекций
5. Дифференциальный диагноз междуособо опасными инфекциями, а так же различными формами туляремии и другими проявлениями лимфоаденопатий, пневмонией, сепсисом;
6. Принципы и методы специфической диагностики особоопасных инфекций;
7. Принципы терапии различных форм особо опасных инфекций;
8. Методы профилактики особо опасных инфекций.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 16 (ТЕМА «Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляремия»)

1. Особенности возбудителей особо опасных инфекций;
2. Особенности эпидемиологии различных форм особо опасных и нфекций – источники, пути передачи, переносчики, методы защиты и профилактики;
3. Основные звенья патогенеза различных форм особоопасных инфекций
4. Клиническую классификацию и особенности проявлений различных форм особо опасных инфекций
5. Дифференциальный диагноз междуособо опасными инфекциями, а так же различными формами туляремии и другими проявлениями лимфоаденопатий, пневмонией, сепсисом;
6. Принципы и методы специфической диагностики особоопасных инфекций;
7. Принципы терапии различных форм особо опасных инфекций;
8. Методы профилактики особо опасных инфекций.

РАЗДЕЛ 6: «ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 17 (ТЕМА «Общие вопросы проблемы зоонозов»)

1. Классификация Зоонозов.
2. Разделение возбудителей по характеристикам животных, в которых циркулирует данный возбудитель (домашние животные, синантропные, дикие).

3. Характеристика природных-очагов антропозоонозных инфекций.
4. Меры профилактики
5. Основные принципы диагностики и лечения

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 18 (ТЕМА «ГЛПС и другие геморрагические лихорадки»)

1. Особенности возбудителей ГЛПС;
2. Основные источники заражения и пути передачи;
3. Основные звенья патогенеза;
4. Клиническую картину ГЛПС, дифференцируемые заболевания;
5. Принципы лабораторной диагностики (серологическая, биохимическая, клиническая);
6. Методы терапии различных периодов ГЛПС;
7. Методы профилактики.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 19 (ТЕМА «Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз»)

1. Этиология Особенности эпидемиологии. Основные источники и механизм заражения, пути передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость и состояние иммунитета после перенесенного заболевания
2. Патогенез (Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз) с указанием механизма возникновения интоксикационного синдрома, водно-электролитных, гемодинамических, метаболических нарушений. Возможные причины смерти.
3. Клиническая картина (Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз). Периоды развития клиники. Классификация. Критерии оценки тяжести.
4. Принципы лабораторной диагностики, значение бактериологического и серологического исследования.
5. Дифференциальная диагностика (Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз)
6. Принципы лечения (Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз) в зависимости от тяжести заболевания.
7. Условия выписки из стационара.
8. Основные профилактические и противоэпидемические мероприятия по борьбе с (Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз Хламидийные инфекции. Листерииоз).

РАЗДЕЛ 7: «ТРАНСМИССИВНЫЕ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 20 (ТЕМА «Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку»)

1. характеристика риккетсий,
2. какое положение занимают риккетсии среди возбудителей инфекционных заболеваний (вирусов и бактерий).
3. правила и сроки взятия крови для серологических исследований,
4. реакции иммунитета и их практическое использование – из курса микробиологии.
5. механизмы генерализации инфекции, развития сенсibilизации, возникновения затяжного и хронического течения болезни - из курса патофизиологии.

6. дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся длительной лихорадкой и имеющих симптомы, сходные с лихорадкой Ку – из курса факультетской и госпитальной терапии.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 21 (ТЕМА «Малярия Лейшманиозы»)

1. свойства малярийного возбудителя, пути развития в организме 2-х хозяев (спорогония, шизогония - тканевая и эритроцитарная) - курс инфекционных болезней.
2. патогенез развития ДВС, анемии, ретикулоэндотелиоза, нестерильного иммунитета, малярийной комы, гемоглобинурийной лихорадки.
3. механизм действия противомаларийных средств на различные стадии развития возбудителя. Знать препараты, копирующие коматозное состояние, тромбгеморрагический синдром - курс фармакологии.

РАЗДЕЛ 8: «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 22 (ТЕМА «Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ-инфекции.»)

1. Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом.
2. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление.
3. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа.
4. Организация медико-социальной помощи.
5. Лечение ВИЧ- инфекции.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 23 (ТЕМА «Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания.»)

1. Правила использования химиопрепаратов, знать и уметь пользоваться препаратами, оказывающими положительный эффект при терапии оппортунистических заболеваний.
2. Правила организации проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий.

РАЗДЕЛ 9 «ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 24 (ТЕМА «Рожа. Эризепилоид.»)

1. Этиология - возбудители, вызывающие рожу, эризепилоида. Их особенности, распространенность.
2. Эпидемиология - источники инфекции, механизмы передачи, сезонность, частота возникновения у мужчин и женщин.
3. Патогенез - входные ворота, пути распространения возбудителя по организму, характер поражения кожи.

4. Патологическая анатомия - характер изменений в коже в зависимости от характера воспаления.
5. Клиника. Классификация рожи в зависимости от характера местных изменений, кратности течения, распространенности местных проявлений.
6. Осложнения рожи (местные и общие). Последствия рожи.
7. Лабораторные исследования при роже, эризепилоида
8. Принципы дифференциальной диагностики заболевания.
9. Лечение рожи, эризепилоида в зависимости от формы заболевания. Различные виды терапии. Местное лечение.
10. Профилактика рожи, эризепилоида. Бициллинопрофилактика рожи

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 25 (ТЕМА «Бешенство. Столбняк.»)

1. Особенности возбудителя рожи, эризепилоида;
2. Эпидемиологию – источники, пути передачи различных форм сибирской язвы, методы защиты и профилактики;
3. Основные звенья патогенеза при различных формах рожи, эризепилоида;
4. Клиническую классификацию сибирской язвы и особенности проявлений различных форм сибирской язвы, дифференциальный диагноз различных форм сибирской язвы с рожей, пневмонией, энтеритами, сепсисом;
5. Принципы и методы специфической диагностики сибирской язвы;
6. Принципы терапии различных форм сибирской язвы;
7. Особенности возбудителя рожи;
8. Эпидемиологию рожи – источники, пути передачи, методы защиты и профилактики, контингент угрожаемый по развитию рожи;
9. Основные звенья патогенеза при различных формах рожи, возможность протекания рожи с рецидивами и метастазами;
10. Клиническую классификацию рожи, особенности проявления различных форм болезни, и на фоне сопутствующих заболеваний и иммунодефицитных состояний;
11. Провести дифференциальный диагноз рожи с другими заболеваниями кожных покровов;
12. Принципы и методы диагностики рожи;
13. Принципы терапии различных форм рожи;
14. Методы профилактики сибирской язвы и рожи..

Таким образом включаются все перечни вопросов для проведения устного опроса на семинарских занятиях за семестр.

Ситуационные задачи в качестве контроля обучающихся не предусмотрены.

Ситуационные задачи используются в качестве наглядно-ситуационного обучения.

Методика оценивания результатов устного опроса на практических и семинарских занятиях

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

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

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

9. дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

10. демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

РАЗДЕЛ 1: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ. «СЕПСИС».

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 1 (ТЕМА «Понятие об инфекционном процессе. Эпидемиологические аспекты»)

1. понятие об инфекционных болезнях, их классификацию.
2. Отличительные особенности инфекционных болезней.
3. Понятие о персистентной инфекции, аутоинфекции, медленных инфекциях, прионных инфекция.
4. Понятие патогенности, понятие о входных воротах инфекции, об экзо- и эндотоксинах, моноинфекции, микст-инфекции, реинфекции, суперинфекции.
5. Особенности диагностики инфекционных болезней, различные методы, используемые для диагностики инфекционных заболеваний.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 2 (ТЕМА «Основные патологические механизмы инфекционных заболеваний»)

1. Рассмотрение этиологических факторов инфекционных заболеваний
2. Различные теории инфекционного процесса
3. Рассмотрение микро и макроорганизма в различных концептуальных теориях.
4. Теория лигандов

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 3 (ТЕМА «Клиника и диагностика сепсиса Лечение и профилактика сепсиса»)

1. клинические симптомы и синдромы сепсиса.
2. лечение и профилактика сепсиса

РАЗДЕЛ 2: «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 4 (ТЕМА «Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов»)

1. Заболевания, протекающие с симптомами гастрита и гастроэнтерита.
2. Заболевания, протекающие с симптомом гастроэнтероколита.
3. Заболевания, протекающие с симптомом энтероколита и гемоколита
4. Особенности обследования, диагностики и лечения больных острыми кишечными инфекциями и инвазиями.
5. Диагностическая оценка синдрома кишечных расстройств.
6. Бактериологическое исследование, правила взятия материала и оценка результатов

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 5 (ТЕМА «Дизентерия. Вирусные гастроэнтериты»)

1. особенности современной дизентерии, в частности шигеллеза;
2. классификацию форм и клинических вариантов,
3. возможные пути распространения инфекции,
4. механизм передачи,
5. механизм развития патологического процесса,
6. возможные поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта (особенно кишечника),
7. основные методы лабораторной и инструментальной диагностики,
8. дифференциальную диагностику,
9. принципы терапии больных острой дизентерией,
10. профилактику заболевания.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 6 (ТЕМА «Тифопаратифозные заболевания. Сальмонеллез. Иерсинеоз»)

1. Этиология и патогенез тифопаратифозных заболеваний,
2. Различные типы течения сальмонеллезных заболеваний
3. Особенности течения кишечных иерсинеозов
4. Методика диагностики и лечения данной группы заболеваний

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 7 (ТЕМА «Пищевые токсикоинфекции и ботулизм»)

1. Холера, ее основные отличия от других инфекций
2. Понятие пищевая токсикоинфекция
3. Ботулизм. Пути заражения. Особенности диагностики. Профилактика

РАЗДЕЛ 3: «Воздушно-капельные инфекции. Острые нейроинфекции».

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 8 (ТЕМА «Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)»)

1. Вирусные заболевания респираторного тракта
2. Этиологические факторы
3. Лечение ОРВИ
4. Диагностика ОРВИ
5. Профилактика ОРВИ

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 9 (ТЕМА «Корь. Краснуха. Ветряная оспа и опоясывающий герпес»)

1. Общее понятие заболеваний.
2. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника заболеваний.
3. Современные методы диагностики.
4. Патогенетическая терапия.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 10 (ТЕМА «Менингококковая инфекция.»)

1. Особенности возбудителей менингококковой инфекции;
2. Основные источники заражения и пути передачи;
3. Основные звенья патогенеза;
4. Клиническую классификацию менингококковой инфекции, клиническую картину различных форм болезни, дифференцируемые заболевания;
5. Принципы лабораторной диагностики (бактериологическая, серологическая);
6. Принципы терапии различных форм менингококковой инфекции;
7. Методы профилактики

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 11 (ТЕМА «Грипп»)

1. Особенности возбудителей;
2. Источники заражения и пути передачи;
3. Основные звенья патогенеза;
4. Клиническую классификацию гриппа
5. Клиническую картину каждого из этих заболеваний;
6. Принципы лабораторной диагностики (вирусологические и другие методы исследования);
7. Принципы лечения ОРВИ;
8. Методы профилактики

РАЗДЕЛ 4: «ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ».

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 12(ТЕМА «Общие вопросы гепатологии Вирусный гепатит А. Вирусный гепатит Е (ВГЕ)»)

1. Варианты начального (преджелтушного) периода заболевания;
- 2.Механизмы взаимодействия вирусов и гепатоцитов;
- 3.Клиническую симптоматику и лабораторную индикацию синдрома цитолиза и холестаза;
- 4.Оценку тяжести течения вирусных гепатитов;
- 5.Основные методы лабораторной диагностики, включая определение вирусных маркеров;
- 6.Принципы дифференциальной диагностики заболевания
- 7.Принципы лечения больных вирусными гепатитами, показания и эффективность терапии противовирусными препаратами;
- 8.Противоэпидемические мероприятия при гепатитах А и Е;
- 9.Профилактику острых гепатитов В, С, Д, J

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 13(ТЕМА «Вирусный гепатит В (ВГВ)»)

1. Варианты начального (преджелтушного) периода заболевания гепатита В;
- 2.Механизмы взаимодействия вируса гепатита В и гепатоцитов;
- 3.Клиническую симптоматику и лабораторную индикацию синдрома цитолиза и холестаза;
- 4.Оценку тяжести течения вирусных гепатитов;
- 5.Основные методы лабораторной диагностики, включая определение вирусных маркеров;
- 6.Принципы дифференциальной диагностики заболевания
- 7.Принципы лечения больных вирусными гепатитами, показания и эффективность терапии противовирусными препаратами;
- 8.Противоэпидемические мероприятия при гепатите В;
- 9.Профилактику острого гепатита В,

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 14(ТЕМА «Вирусный гепатит С (ВГС). Вирусный гепатит D Клиника гепатита G»)

1. Варианты начального (преджелтушного) периода заболевания; гепатита С и Д
- 2.Механизмы взаимодействия вирусов гепатита С и Д и гепатоцитов;
- 3.Клиническую симптоматику и лабораторную индикацию синдрома цитолиза и холестаза;
- 4.Оценку тяжести течения вирусных гепатитов;
- 5.Основные методы лабораторной диагностики, включая определение вирусных маркеров;
- 6.Принципы дифференциальной диагностики заболевания
- 7.Принципы лечения больных вирусными гепатитами, показания и эффективность терапии противовирусными препаратами;
- 8.Противоэпидемические мероприятия при гепатитах С и Д;
- 9.Профилактику острых гепатитов С, Д,

РАЗДЕЛ 5: «КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 15 (ТЕМА «Особенности обследования, диагностики, лечения при карантинных и особо опасных инфекциях. Противоэпидемиологические мероприятия»)

1. Этиология
- 2.Эпидемиология
- 3.патогенез,
- 4.клинические проявления,
- 5.лабораторную диагностику,
- 6.принципы лечения,
- 7.профилактику различных форм особоопасных инфекций
- 8.особенности работы с больными различными формами особоопасных инфекций

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 16 (ТЕМА «Чума. Натуральная оспа, желтая лихорадка. Сибирская язва. Туляремия»)

1. Этиология
2. Эпидемиология
3. патогенез
4. клинические проявления
5. лабораторную диагностику
6. принципы лечения
7. профилактику различных форм особоопасных инфекций
8. особенности работы с больными различными формами особоопасных инфекций

РАЗДЕЛ 6: «ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 17 (ТЕМА «Общие вопросы проблемы зоонозов»)

1. Этиология - классификация зоонозов
2. Особенности эпидемиологии зоонозов с указанием распространения зоонозов по регионам и частое поражения ими населения Саратовской области;
3. Состояние иммунитета при зоонозах;
4. Патогенез того или иного зооноза с указанием его основных звеньев;
5. Клиническую картину каждого из этих заболеваний, классификацию различных форм болезни;
6. Принципы лабораторной диагностики /вирусологические и другие методы исследования/;
7. Принципы лечения зоонозов с написанием рецептов;
8. Методы профилактики зоонозов
9. Особенности течения зоонозов у детей, дифференциальная диагностика зоонозов

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 18 (ТЕМА «ГЛПС и другие геморрагические лихорадки»)

1. Этиология. Особенности строения и устойчивости во внешней среде вируса ГЛПС.
2. Особенности эпидемиологии и эпизоотологии ГЛПС. Основные источники и механизмы заражения, пути передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость и состояние иммунитета после перенесенного заболевания.
3. Патогенез ГЛПС с указанием основной мишени для поражения вирусом и последовательность нарушений, ведущих к развитию геморрагического синдрома и почечной недостаточности. Возможные причины смерти при ГЛПС.
4. Клиническую картину ГЛПС. Периоды в развитии заболевания /инкубационный, продромальный, до олигоурический (лихорадочный), олигоурический, полиурический, реконвалесцентный/. Критерии для оценки степени тяжести заболевания. Возможные осложнения в разные периоды ГЛПС.
5. Принципы лабораторной диагностики. Значение серологического исследования, наиболее часто используемый метод, правила взятия материала на исследование.
6. Дифференциальная диагностика с инфекционными /грипп, сыпной тиф и болезнь Брилла, брюшной тиф, пищевые токсикоинфекции, лептоспироз, серозный вирусный менингит/ и не инфекционными /острый живот - аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, мочекаменная болезнь, острый гломерулонефрит/ заболеваниями.
7. Принципы лечения ГЛПС. Организационные мероприятия, общий уход за больными, диета. Направленность медикаментозной терапии в зависимости от периода заболевания.
8. Условия выписки из стационара. Исходы ГЛПС. Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.

9. Профилактика ГЛПС и организация противоэпидемических мероприятий.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 19 (ТЕМА «Бруцеллез. Лептоспироз. Токсоплазмоз. Хламидийные инфекции. Листерииоз»)

1. Этиология - виды, морфология, патогенные свойства, антигенная структура, серологические свойства.
2. эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, восприимчивость.
3. Патогенез - /Руднев/ звенья 1-2-3-4 и т.д.
4. Патологическая анатомия - патоморфология острого и хронического бруцеллеза.
5. Иммунология - иммунитет при бруцеллезе, лептоспирозе, токсоплазмозе, хламидийных инфекциях, листериозе
6. Клиника - классификация по Рудневу; общий и частный симптомокомплекс согласно клинической классификации.
7. Лабораторная диагностика - особенности гемограммы, возможности бактериологического метода обследования, исследуемый материал; серологическое обследование (специфические и неспецифические реакции), аллергодиагностика, информативность.
8. Лечение - показания к госпитализации больных, принципы комплексной терапии больных бруцеллезом с учетом формы и состояния заболевания, ВОЗМОЖНОСТИ и условия реабилитации, санаторно-курортное лечение.
9. Профилактика - среди с/х животных, людей, в пищевой промышленности, химиопрофилактика

РАЗДЕЛ 7: «ТРАНСМИССИВНЫЕ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 20 (ТЕМА «Риккетсиозы. Эпидемический сыпной тиф. Болезнь Брилла. Лихорадка Ку»)

1. этиологию и свойства возбудителя;
- 2.эпидемиологию лихорадки Ку, основные звенья патогенеза, клиническую картину заболевания;
- 3.основы диагностики (анамнестические и клинико-лабораторные данные) лихорадки Ку;
- 4.принципы дифференциальной диагностики заболевания
- 5.заболевания, имеющие сходную клиническую картину, с которыми нужно проводить дифференциальную диагностику;
- 6.принципы терапии данной патологии;
- 7.вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактику данной инфекции

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 21 (ТЕМА «Малярия Лейшманиозы»)

- 1.Этиология - виды возбудителя малярии, лейшманиоза стадии развития, свойства, изменчивость.
2. Эпидемиология - источники инфекции, пути передачи, географическое распространение малярии, сезонность. Длительность гаметоносительства.
- 3.Патогенез - патофизиологические механизмы развития пароксизма малярии. Причины анемии. Осложнения. Выздоровление.
- 4.Патологическая анатомия - ретикулоэндотелиоз, гепато-лиенальный синдром, сосудистые изменения.
- 5.Клиника - клиническая классификация, варианты течения (по Е.В.Шуваловой), цикличность течения. Продолжительность инкубационного периода в зависимости от вида и штамма возбудителя малярии. Инициальный период. Разгар болезни, приступы пароксизмов при 3-х - 4-х дневной и тропической малярии, лимфаденопатия, гепато и спленомегалия, олигурия, желтуха, анемия, герпетические

высыпания. Злокачественное течение малярии. Особенности течения малярии у детей, беременных.

6. Осложнения - малярийная кома, ИТШ, гемоглинурийная лихорадка.
7. Лабораторная диагностика - гемоскопия, исследование толстой капли крови, РИГА. Уточнить время забора материала, сколько и в какие сроки болезни необходимо выполнять исследования.
8. Дифференциальный диагноз - уметь найти сходства и различия малярии с такими заболеваниями как бруцеллез, грипп, паратифы, лихорадка, лейшманиоз, лептоспироз, лимфогранулематоз, сепсис и другие.
9. Лечение - использование стандартной схемы назначения гематошизотропных, гистошизотропных средств, их дозы, курс. Лечение осложнений. Применение гормонов, антикоагулянтов. Применение комбинированных противомаларийных препаратов. Осложнения при назначении хинина и других средств.

РАЗДЕЛ 8: «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 22 (ТЕМА «Организация службы профилактики и борьбы со СПИДом. Профилактика ВИЧ-инфекции/СПИДа как приоритетное направление. Организация стационарной помощи при ВИЧ-инфекции/СПИДа. Организация медико-социальной помощи. Лечение ВИЧ-инфекции.»)

1. Этиология - морфология вируса ВИЧ, патогенные свойства, культивирование, наличие фермента ревертазы, устойчивость во внешней среде.
2. Эпидемиология - источник инфекции, механизм передачи, пути передачи, вирусоносительство, группы риска. Пандемическое распространение.
3. Патогенез - внедрение вируса, лигандные связи с рецепторами клеток, содержащих СДП. Поражение лимфатической системы, дефицит иммунной системы, центральной нервной системы, восприимчивость к вторичным оппортунистическим инфекциям, злокачественным заболеваниям.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 23 (ТЕМА «Нарушения иммунной системы при ВИЧ-инфекции. Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции. Терминальная стадия – СПИД. Системные поражения. Вторичные заболевания.»)

1. Патологическая анатомия - изменения в лимфатической системе, органная патология в значении развития вторичного заболевания.
2. Клиника - классификация по Б.И.Покровскому. Детальное изучение циклического развития ВИЧ-инфекции. Конкретные поражения легких (пневмоцистная пневмония), ЦМВ желудочно-кишечного тракта (диарея более месяца, кахексия), симптомы поражения центральной нервной системы, саркома калози, герпетическая инфекция, кандидоз и др.

РАЗДЕЛ 9 «ИНФЕКЦИИ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ»

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 24 (ТЕМА «Рожа. Эризепилоид.»)

1. Этиология - возбудители, вызывающие рожу, эризепилоида. Их особенности, распространенность.
2. Эпидемиология - источники инфекции, механизмы передачи, сезонность, частота возникновения у мужчин и женщин.
3. Патогенез - входные ворота, пути распространения возбудителя по организму, характер поражения кожи.
4. Патологическая анатомия - характер изменений в коже в зависимости от характера воспаления.

5. Клиника. Классификация рожи в зависимости от характера местных изменений, кратности течения, распространенности местных проявлений.
6. Осложнения рожи (местные и общие). Последствия рожи.
7. Лабораторные исследования при роже, эризепилоида
8. Принципы дифференциальной диагностики заболевания.
9. Лечение рожи, эризепилоида в зависимости от формы заболевания. Различные виды терапии. Местное лечение.
10. Профилактика рожи, эризепилоида. Бициллинопрофилактика рожи

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ № 25 (ТЕМА «Бешенство. Столбняк.»)

1. Этиология - возбудитель столбняка и бешенства и его свойства - морфология, особенности культивирования, устойчивость во внешней среде, факторы патогенности (эндоксин и его фракции).
2. Эпидемиология - источники инфекции, факторы передачи, сезонность заболевания, летальность, специфическая и не специфическая профилактика.
3. Патогенез - общие и локальные изменения - входные ворота, поражения нервной системы, метаболические нарушения.
4. Клиника - с учетом распространенности процесса, поражением различных групп мышц, сердечно-сосудистой, дыхательной систем; с учетом степени тяжести и возможных осложнений.
5. Принципы дифференциальной диагностики заболевания.
6. Лечение - принципы специфической, патогенетической и симптоматической терапии с учетом степени тяжести, методы неотложной терапии
7. Иммунопрофилактика.

Таким образом включаются все темы рефератов для разбора на семинарских занятиях за семестр.

Методические требования к выполнению реферата

Реферат начинается с титульного листа, на котором указывается полное название университета, факультета, кафедры, тема реферата, фамилия автора и руководителя, место (город) и год написания. На следующей странице, которая нумеруется номером «2», обязательно помещается оглавление с точным названием каждой главы и указанием начальных страниц.

Общий объем работы не должен превышать 20 страниц печатного текста. Абзац должен равняться 0,75 см. Поля страницы: левое - 2 см, правое - 1 см, нижнее 2 см, верхнее - 2 см. Текст печатается через 1,5 интервал. Рекомендуется использовать текстовый редактор Microsoft Word, шрифт Times New Roman, размер шрифта - 12 pt. При работе с другими текстовыми редакторами шрифт выбирается самостоятельно, исходя из требований - 60 строк на лист (через 1,5 интервала).

Подготовка реферата предполагает следующие основные этапы:

1. Выбор темы реферативного исследования и определение круга вопросов, решить которые предполагается в ходе исследования.
2. Составление плана реферативной работы.
3. Работа со справочной литературой.

План реферата включает вводную часть (1 страница), основную часть (13-18 страниц) и заключение (1 страница). Во введении определяется цель исследования, задачи, подлежащие рассмотрению, актуальность избранной темы. Основная часть реферата призвана отразить поэтапный ход исследования. Количество глав и параграфов произвольно и определяется тематикой реферата и замыслом автора. В заключении кратко воспроизводится цель исследования и полученные результаты.

Следует помнить, что полученные выводы должны соотноситься с обозначенными во введении задачами.

Список использованной литературы, прилагаемый к реферату, должен содержать не менее 5-6 наименований и, как минимум, один первоисточник. Поскольку анализ источников служит показателем качества проделанной работы, их выбор не должен быть поверхностным и случайным. Ссылки на приводимые в реферате авторские работы должны быть грамотно оформлены. Список литературы составляется по алфавиту с точным указанием выходных данных книги, статьи согласно требованиям ГОСТ-2008 по библиографическому описанию документа. Список литературы - это перечень книг, журналов, статей с указанием основных данных (место и год выхода, издательство и др.).

Титульный лист реферата оформляется в соответствии со стандартом, включая наименование дисциплины, темы реферативной работы, фамилию и инициалы автора. Подготовленный реферат должен быть скреплен и подшит в папку.

Каждый раздел работы начинается с новой страницы, подразделы – с красной строки. Расстояние между главой и следующей за ней текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.

После заголовка, располагаемого посередине строки, не ставится точка. Не допускается подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовка. Страницы работы нумеруются в нарастающем порядке.

Титульный лист включается в общую нумерацию, но номер страницы на нем не проставляется.

Время выступления по теме реферата не должно превышать 15-20 минут.

Шкала оценивания реферата: при грамотном представлении каждого пункта содержания работы, начиная с оформления титульного листа и заканчивая списком литературы, соответствующим требованиям ГОСТ, выставляется оценка «5», при грамотном изложении основной части работы (описание возбудителя) с ошибками в оформлении других частей (содержания, библиографического списка и т.п.) – оценка «4», при смысловых ошибках в основном разделе работы (описание возбудителя) и правильном оформлении других разделов (титульный лист, содержание, список литературы) - оценка «3», при смысловых ошибках в основном разделе работы и неправильном оформлении других разделов - оценка «2».

Комплект ситуационных задач

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Д., 46 лет, поступил на 6-й день болезни. Из анамнеза: заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,5°C, сопровождающегося ознобом, слабостью, интенсивной головной болью, миалгиями. В последующие дни температура достигла 39-40°C. На третий день болезни отметил дискомфорт и болезненность в животе, появились и стали нарастать боли в пояснице, чувство жажды; сухость во рту, было носовое кровотечение, тошнота, рвота 3 раза. На 5-й день заметил уменьшение количества выделяемой мочи (за сутки выделил 600 мл.мочи). При поступлении в стационар: состояние тяжелое, лицо пастозное, гиперемированное, отмечается инъекция сосудов склер, разлитая гиперемия ротоглотки, энантема на твердом небе в виде петехий, икота, рвота дважды желудочным содержимым, кожные покровы сухие; АД=100 и 60мм.рт.ст, PS=ЧСС=100 в мин., приглушенность сердечных тонов; в легких жесткое дыхание, ЧДД=19 в мин., SpO=96 %; живот мягкий, участвует в дыхании, при пальпации отмечается разлитая болезненность, максимально выраженная в области проекции почек, стул был в приемном отделении 2 раза разжиженный, без патологических примесей, диурез снижен. В ОАК: лейкоциты 20x10 ⁹ /л, п/я нейтрофилы 17%, с/я нейтрофилы 52%, лим.19%, мон.10%, эоз.2%, баз.(-), тромбоциты 90x10 ⁹ /л, СОЭ 23 мм/ч. ОАМ: относительная плотность 1005, лейкоцитов 10-15 в п/зр, эритроциты до 100 в п/зр., фибринные цилиндры. Известно, что больной живет в районе лесного массива.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), олигурический период, тяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указан период болезни
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, наличия интоксикационного синдрома, характеризующегося гипертермией, слабостью, головной болью, миалгиями, тошнотой, рвотой; геморрагического синдрома проявляющегося носовым кровотечением и энантемой на твердом

		<p>небе, капилляротоксикоз (инъекция сосудов склер, гиперемия лица); прогрессирующего болевого синдрома в поясничной области; болезненности и дискомфорта в животе; отека; отека синдрома (пастозное лицо); данных физикального осмотра (сухость видимых слизистых оболочек и кожных покровов; тенденция к гипотонии, тахикардия, приглушенность сердечных тонов; в легких жесткое дыхание, ЧД 19 в мин.; болезненность при пальпации живота и в области проекции почек); данных лабораторного обследования: в ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения; в ОАМ обращает на себя внимание снижение удельного веса, выраженная гематурия, цилиндрурия, умеренная лейкоцитурия; данных эпидемиологического анамнеза (проживает в районе лесного массива). За олигурический период свидетельствует уменьшение диуреза в течение суток до 600 мл.</p> <p>Наличие геморрагического синдрома, икоты, выраженная болезненность в области почек, значительное снижение диуреза свидетельствует о тяжести болезни.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, эпидемиологический анамнез, неверно интерпретированы данные лабораторного обследования.
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Составьте план обследования
Э	-	ОАК (с подсчетом тромбоцитов); биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумины, коагулограмма); ОАМ; анализ мочи по Нечипоренко; ПЦР (кровь на РНК хантавируса); ИФА (сыворотка крови для обнаружения иммуноглобулинов классов Ig M и Ig G); анализ крови на АТ к хантавирусу (парные сыворотки: первая в максимально ранние сроки, вторая через 6-7 дней); УЗИ органов брюшной полости, почек (структурные изменения, размеры); рентгенологическое исследование легких (инфильтративные изменения); ЭКГ; ФГДС (для исключения развития эрозивного гастрита).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
V	4	Назначьте лечение
Э	-	Пациенты с ГЛПС обязательно госпитализируются в стационар при тяжелом течении заболевания. Лечение зависит от периода заболевания и тяжести состояния больного. Диета назначается волигурический период с ограничением поваренной соли и продуктов, содержащих калий, а также уменьшением употребления мяса и рыбы (уменьшение белковых продуктов). Необходим постельный режим в остром периоде заболевания, вплоть до момента реконвалесценции. Строгий контроль диуреза (объем жидкости, выпиваемой и вводимой больному, не должен превышать суточный объем выделяемой мочи, рвотных масс, диареи более чем на 500мл). Этиотропная терапия максимально

		<p>эффективна в начальном периоде болезни (лихорадочном) (применяется ступенчатая терапия: сначала вирузол в/в 16 мг/кг 4 р/сут. 3 дня, затем рибавирин внутрь 1000мг 5 дней), в олигурический период назначение этиотропных средств противопоказано. Поскольку в задаче у пациента уже олигурический период, то основная терапия патогенетическая: дезинтоксикационная, борьба с азотемией (острой почечной недостаточностью), геморрагическим синдромом, коррекция водно-электролитного баланса и КЩС, симптоматическая терапия. Назначается введение кристаллоидных растворов, препаратов теофиллинового ряда (эуфиллин 2,4%), диуретики (лазикс/фуросемид под контролем диуреза), витамин С, антиагреганты (дицинон), спазмолитики.</p>
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: не указана этиотропная терапия, патогенетическая – частично.
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Показания и противопоказания к гемодиализу
Э	-	<p>Показания: 1) анурия более суток; 2) токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга и судорожным синдромом, 3) начинающийся отек легких на фоне олигоанурии; 4) азотемия - мочевины более 26-30 ммоль/л, креатинин более 600-700 мкмоль/л; 5) гиперкалиемия - 6,0 ммоль/л и выше в сочетании с ацидозом с ВЕ - 6 ммоль/л и выше и рН 7,25 и ниже; но все-таки определяющими показаниями являются клинические признаки уремии, т.к. даже при выраженной азотемии, но умеренной интоксикации и олигурии, лечение больных с ОПН возможно без гемодиализа. Противопоказания: 1) инфекционно-токсический шок, 2) геморрагический инсульт, 3) геморрагический инфаркт адено-гипофиза, 4) массивное кровотечение, 5) спонтанный разрыв почки.</p>
P2	-	Показания и противопоказания к гемодиализу указаны верно
P1	-	Показания указаны частично, противопоказания - вызвали затруднения и указаны частично
P0	-	Показания и противопоказания к гемодиализу не указаны
Н	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Д., 37 лет, предъявляет жалобы на интенсивную головную боль, рвоту, повышение температуры тела до 38,4°С. Из анамнеза известно, что самочувствие пациента ухудшалось постепенно в течение 6 дней. За медицинской помощью не обращался, принимал анальгетики (без эффекта), продолжал работать. При осмотре: сознание сохранено, больной вялый, заторможенный, рефлексы S=D, патологических рефлексов нет. Умеренно выражены менингеальные симптомы (ригидность мышц</p>

		затылка, двусторонний симптом Кернига).При обследовании: в общем анализе крови 8700 лейкоцитов, лимфоцитоз 50%, СОЭ 25 мм в час; в ликворе (давление 400 мм.вод.ст., цитоз 430 клеток в 1 мкл. (75 % лимфоциты), белок 1,9 г/л, реакция Панди положительная +++, глюкоза 1,2 ммоль/л, выпала фибриновая сеточка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Серозный (асептический) менингит. Вероятно туберкулезной этиологии.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указан механизм развития менингита, не установлена этиология заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз менингита позволило предположить наличие у пациента триады симптомов: прогрессирующая интенсивная головная боль, рвота, фебрильная температура тела, а так же при осмотре положительные менингеальные симптомы. В пользу возможного асептического туберкулезного менингита говорит постепенное развитие патологического процесса с нарастанием интенсивности симптомов в течение 6 дней, сохранение работоспособности (что является признаком туберкулезного менингита, который характеризуется несоответствием общего состояния тяжести патологическому процессу), функциональные нарушения со стороны ЦНС (вялость, заторможенность), наличие умеренно выраженных менингеальных симптомов, а так же данные лабораторно инструментального обследования: в крови верхняя граница нормы лейкоцитов (8700) с умеренным лимфоцитозом (50%) и ускорением СОЭ (25 мм/ч); в ликворе повышение давления в 2 раза, лимфоцитарныйцитоз, увеличение белка практически до 2-х грамм, резко положительная реакция Панди, уменьшение уровня глюкозы и наличие фибриновой сеточки.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, неверно интерпретированы данные лабораторно-инструментального обследования
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Часть обследования уже проведена и данные указаны в задаче. Необходимо провести: посев ликвора на микобактерии туберкулеза, ПЦР ликвора на микобактерии туберкулеза, АТ класса М к микобактериям туберкулеза методом ИФА, реакция Манту, диаскин-тест, посев мокроты на ВК 3 ^х кратно, рентгенологическое исследование легких (для исключения инфильтративных изменений), МРТ головного мозга, консультация окулиста, невролога, ЛОР-врача, кровь на АТ к ВИЧ-инфекции.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно

В	4	Назначьте лечение
Э	-	Лечение: терапия длительная не менее 6 мес., стационарная (в специализированном медицинском учреждении). Необходимо назначение высокобелковой диеты (мясо, рыба), ограничение потребления поваренной соли. Этиологическая терапия: противотуберкулезные препараты назначаются с учетом устойчивости; схемы противотуберкулезной терапии назначаются врачом в зависимости от степени тяжести пациента, преморбидного фона, наличия или отсутствия осложнений. Основные препараты на сегодняшний день: изониазид 0,5-1,0; рифампицин 0,45-0,6; пипразинамид 1,5-2,0; протионамид 0,75; циклосерин 0,75; фторхинолоны (моксифлоксацин 0,4; левофлоксацин 1,0); патогенетическая: дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды назначаются в ранние сроки заболевания с целью уменьшения воспалительных изменений в ЦНС (дексазон 8-20 мг/сут; преднизолон в дозе 90-120 мг/сут); диуретики (фуросемид) применяют при наличии симптомов отека головного мозга; симптоматическая терапия: гепатопротекторы (гептрал 400 2р/сут), противогрибковые препараты (при появлении признаков кандидоза), жаропонижающие.
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: указана частично этиологическая терапия; патогенетическая и симптоматическая – полипрагмазия.
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Дифференциальная диагностика
Э	-	Вирусные менингиты (энтеровирус, Эпштейн-Барр вирус, вирус Коксаки, сифилис, бруцеллез, лептоспироз, листериоз, орнитоз и др.), неспецифические бактериальные гнойные менингиты, менинговаскулярный нейросифилис, метастатическое поражение головного мозга, карциноматоз мозговых оболочек, лимфопролиферативные заболевания, лимфолейкоз.
P2	-	Дифференциальная диагностика указана верно
P1	-	Дифференциально диагностический ряд верный, но частичный
P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Д., 50 лет. Заболел остро, когда стала беспокоить умеренная слабость, тошнота, 3-х кратная рвота, кратковременное повышение температуры тела до 37,5°C, которая самостоятельно нормализовалась, болезненность в эпигастрии, двукратный кашицеобразный стул без патологических примесей. В течение суток отметил ухудшение своего состояния, несмотря на нормализацию температуры тела на фоне сохраняющихся слабости, тошноты и рвоты, присоединились новые жалобы в виде

		двоения предметов, двустороннего птоза, сухости во рту, изменения звучности голоса, невнятности речи, нарушения глотания (испытывал трудности при проглатывании твердой пищи). Находился дома, за медицинской помощью не обращался, не лечился. Тяжесть состояния нарастала: усилилась слабость, появилась шаткость походки. Была вызвана скорая помощь, врач которой зафиксировал повышенные цифры АД -150 и 90, слабость мышц верхних и нижних конечностей, предположил нарушение мозгового кровообращения и больного госпитализировали в неврологический стационар. Состояние тяжелое. В отделении все жалобы сохранялись. При осмотре кожные покровы обычной окраски, сыпи нет, голос с носовым оттенком, сухость слизистых оболочек ротовой полости, парез мягкого неба; приглушенность сердечных тонов, акцент второго тона на аорте, PS=ЧСС=98 в мин., АД= 100 и 70 (медикаментозной терапии на амбулаторном этапе, при фиксации повышенных цифр АД, не проводилось); в легких жесткое дыхание, ЧДД=20 в мин.; живот вздут, запор. Нарушение мозгового кровообращения было исключено (проведена люмбальная пункция, МРТ головного мозга), на электрокардиограмме отмечено незначительное снижение вольтажа зубца Т; рентгенологически в легких инфильтративных, очаговых изменений не выявлено. Из анамнеза было выяснено, что за сутки до заболевания пациент ел вяленую рыбу, маринованные грибы купленные у частного лица.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Ботулизм пищевой, тяжелое течение
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Установлено два диагноза: ботулизм и субарахноидальное кровоизлияние, несмотря на данные в задаче, результаты лабораторно-инструментального обследования
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, наличия умеренного интоксикационного синдрома (кратковременный субфебрилитет, слабость); гастроинтестинального синдрома (тошнота, рвота, болезненность в эпигастрии, метеоризм, диарея, сменившаяся запором), офтальмоплегического синдрома (нарушение зрения в виде двоения предметов, двухсторонний птоз), нарушения саливации (сухость во рту), бульбарного синдрома (нарушение глотания, наличие пареза мягкого неба (изменение звучности голоса, невнятность речи, нарушение глотания), миастении (выраженная общая слабость, слабость мышц верхних и нижних конечностей); данных эпидемиологического анамнеза (употребление накануне заболевания вяленой рыбы, маринованных грибов).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, не выделены основные патологические синдромы с соответствующими симптомами
P0	-	Диагноз обоснован неверно

В	3	Составьте план обследования
Э	-	ОАК; ОАМ; выявление ботулотоксина в крови: биологическая проба на мышах; рентгенологическое исследование легких; ЭКГ в динамике.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте лечение
Э	-	Обязательная госпитализация в стационар; промывание желудка, кишечника (высокая сифонная клизма); установка назогастрального зонда; питание больного осуществляется в зависимости от степени тяжести. При тяжелом течении: зондовое или парентеральное питание. Энтеральное питание - инфузия в течение 16 ч. Предпочтительны питательные смеси с высокой энергетической плотностью («Isocal HCN», «Osmolite HN» и др.). Объем белка в сутки определяют из расчёта 25 ккал/кг массы тела и 1,5 г/кг массы тела. При застойном отделяемом из желудка переходят на парентеральное питание с обязательным частичным энтеральным питанием из расчёта 2000–2500 ккал в сутки на взрослого больного. Парентеральное питание осуществляют концентрированными растворами глюкозы (10–40%), смесями аминокислот и жировыми эмульсиями. Для нейтрализации токсина применяют противоботулинические сыворотки. Если тип токсина, вызвавшего заболевание известен, то вводится соответствующий тип сыворотки, если токсин не установлен –поливалентную противоботулиническую сыворотку (тип- А и Е 10000 МЕ, тип - В 5000 МЕ по типу токсинов, чаще встречающихся на территории РФ), которые вводят по Безредко (внутрикожная проба с разведенной (1:100) сывороткой в количестве 0,1 мл, затем подкожно - неразведенная сыворотка (объем тот же) перед введением основной дозы);так же применяется семивалентная сыворотка (7500Еanti-A, 5500 Eanti-B, 5000 Eanti-C, 1000 Eanti-D, 8500 Eanti-E, 5000 Eanti-Fand 1000 Eanti-G). Максимальная эффективность сывороток при введении в первые трое суток от момента заболевания. Для деконтаминации желудочно-кишечного тракта перорально применяют левомицетин. Патогенетическая терапия: введение полиионных растворов, глюкозы; препаратов, уменьшающих кислотность желудочного сока: омепразол
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: указаны неверные дозы противоботулинических сывороток, патогенетическая терапия рассмотрена частично.
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Дифференциальная диагностика
Э	-	Пищевые токсикоинфекции, отравление ядовитыми грибами, атропином, дифтерия, полиомиелит, ствольной энцефалит, нарушение мозгового кровообращения, миастения гравис.
P2	-	Дифференциальная диагностика указана верно
P1	-	Дифференциально диагностический ряд верный, но частичный

P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Г., 26 лет, заболела остро, когда отметила фебрильную лихорадку, слабость, плохой аппетит. В последующие дни температура тела продолжала повышаться и к 7-му дню от начала болезни держалась постоянно высокой (40-41 С), слабость нарастала, беспокоила головная боль, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки без патологических примесей. Принимала парацетамол - без эффекта. В стационар поступила на 17-й день болезни. При осмотре: состояние тяжелое. Т - 40,5 С. В сознании, контакт формальный, частично дезориентирована во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации. Менингеальных и очаговых знаков нет. Кожа бледная, на коже живота имеются единичные пятнышки розового цвета диаметром до 0,3 см, исчезающие при надавливании. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 58 в 1 мин, АД 95 и 60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот несколько вздут, чувствительный около пупка. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Стул кашицеобразный, с примесью темной крови. Мочится.
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Брюшной тиф. Тяжелая форма. Острое течение. Осложнения: кишечное кровотечение, инфекционный делирий.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указанотечение болезни, осложнения названы частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Постепенное развитие болезни, гипертермия, как ведущее проявление заболевания (длительность фебрильной лихорадки 17 дней, из них последние 10 дней постоянно высокая 40-41°С) без реакции на антипиретики; проявления тифозного статуса (слабость, головная боль, формальный контакт, частичная дезориентация во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации); бледность кожных покровов, наличие розеолезных элементов на коже живота; жесткое дыхание в легких; глухость сердечных тонов, относительная брадикардия, тенденция к снижению АД; коричневый налет на языке; вздутие живота, гепато-лиенальный синдром, энтеритический характер стула 1-2 раза в сутки с примесью крови.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: несмотря на то, что диагноз был

		поставлен, однако при его обосновании основные симптомы названы частично и осложнения основного диагноза указаны не все
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологические: выделение гемокультуры на протяжении всего лихорадочного периода, чаще в начале болезни, а также со 2-ой недели болезни - копро-, урино-, билиокультуры; ПЦР; серологические: РА, РНГА. Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 раза и более в парных сыворотках с интервалом 7-10 дней; определение антител IgM к S.typhi (ИФА).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Имеющиеся осложнения
Э	-	Кишечное кровотечение, о чем говорит появление примеси темной крови в стуле, 3-я неделя болезни (стадия чистых язв в кишечнике). Инфекционный делирий - слуховые и зрительные галлюцинации.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Указано только одно осложнение
P0	-	Осложнения не были интерпретированы
В	5	Лечение
Э	-	Госпитализация в отделение интенсивной терапии; катетеризация вены; антибактериальная терапия (АБ терапия): цiproфлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь, цефтриаксон по 2,0 x 1 раз в сутки внутривенно. АБ терапия проводится до 10 дня после нормализации температуры; дезинтоксикационная терапия: внутривенно кристаллоидные растворы (раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) с учетом диуреза; гемостатическая терапия: 5% аминокaproновая кислота внутрь, дицинон внутривенно, аскорутин по 1 таб x 3 раза в день; антипиретик парентерально: парацетамол, ибупрофен; консультация психиатра для решения вопроса о лечении делирия.
P2	-	Лечение указано в полном объеме
P1	-	Терапия назначена частично: антибиотики назначены, однако дозы не названы; гемостатическая терапия, консультация психиатра пропущены
P0	-	Лечение назначено неверно
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 64 лет, все лето проживала на даче, где использовала для питья некипяченую воду, поступающую из местной речки. За 2 дня до переезда в город узнала, что река была загрязнена

		<p>сточными водами. На следующий день после возвращения заболела остро в 5 часов утра, когда почти одновременно с жидким стулом у больной появилась рвота. Стул был водянистым, без запаха, в объеме 5,0 л. (30 раз), многократная рвота без предшествующей тошноты (20 раз), на этом фоне развились судороги мышц нижних конечностей, через 4 ч. от момента заболевания присоединились икота, боли в нижних отделах грудной клетки. Госпитализирована в стационар в тот же день в 15 часов. Состояние при поступлении тяжелое, адинамично. Цианоз губ, кончиков пальцев. Тургор кожи снижен, глаза запавшие, черты лица заострены. Кожа холодная на ощупь. Сухие бледные слизистые ротоглотки и глаз. Голос глухой. Пульс 110 уд/мин., ритмичен, слабого наполнения. АД 70 и 30 мм рт.ст. Тоны сердца значительно приглушены. Число дыханий 25 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастрии. С 5.00 ч. утра не мочилась. Вес больной 73 кг.</p>
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Холера. Тяжелая форма. Дегидратация III степени. Осложнение: Дегидратационный шок. ОПН.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указана форма тяжести, осложнения названы частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснование диагноза
Э	-	Данные эпидемиологического анамнеза (употребление речной воды, загрязненность сточными водами); острое начало болезни с появлением частого (30 раз) жидкого стула водянистого, без запаха, в объеме 5,0 л - холерный энтерит; последующее присоединение многократной (20 раз) рвоты без предшествующей тошноты – холерный гастроэнтерит; отсутствие при этом болей в животе; выраженная слабость, адинамия, судороги, икота, акроцианоз, снижение тургора кожи, запавшие глаза, заостренные черты лица, сухие бледные слизистые, глухой голос; глухость сердечных тонов, тахикардия, артериальная гипотензия; одышка; гипотермия; анурия в течение 10 часов – холерный алгид.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: частично указаны основные клинико-эпидемиологические данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Клиническая классификация
Э	-	Стертая, легкая, средней тяжести, тяжелая и очень тяжелая формы холеры, определяющиеся степенью обезвоживания. Выделяют 4 степени обезвоживания в зависимости от объема потерянной жидкости в % отношении от массы тела больного (В.И.Покровский): I степень 1-3% - стертая и легкая формы; II степень 4-6% - форма средней тяжести; III степень 7-9% - тяжелая форма; IV степень свыше 9% - очень тяжелая форма
P2	-	Клиническая классификация указана абсолютно верно
P1	-	Клиническая классификация названа частично: указаны формы

		тяжести холеры, но классификация дегидратации ошибочна
P0	-	Клиническая классификация не указана
B	4	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологическая: в качестве материала используют испражнения и рвотные массы больного. Предварительный результат исследования через 8-22 часа, окончательный – через 36 часов; ПЦР-диагностика; серологическая: имеет вспомогательное значение, в основном для ретроспективной диагностики. Может быть использована микроагглютинация в фазовом контрасте, РНГА, но лучше – определение титра вибриоцидных антител или антитоксинов (антитела к холерогену определяют ИФА или иммунофлюоресцентным методом); определение гематокрита крови или относительной плотности плазмы крови; содержания электролитов, кислотно-основного состояния; коагулограммы; креатинина, мочевины; определение массы тела больного.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Указано только одно осложнение
P0	-	Осложнения не были интерпретированы
B	5	Лечение
Э	-	Госпитализация в отделение интенсивной терапии. Катетеризация 2-х периферических вен или центральной вены. Основные принципы терапии: а) Восстановление водно-солевого баланса организма – патогенетическая. Включает первичную регидратацию 4 – 6 часов (возмещение потерь воды и солей, возникших до начала лечения) и корригирующую компенсаторную регидратацию (коррекция продолжающихся потерь воды и электролитов). На 1 этапе используют полиионные растворы, предварительно подогретые до 38-40°C. Для первичной регидратации у данной больной можно использовать квартасоль в объеме 9% от массы тела (73 кг) ≈ 6,5 л. Вводят внутривенно со скоростью 80-120 мл/мин. в течение 20-30 мин. – до повышения АД до физиологической нормы, появления мочеотделения, прекращения судорог. Затем скорость инфузии уменьшают. б) Воздействие на возбудителя – этиотропная. Этиотропная: ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь 5 дней.
P2	-	Лечение указано в полном объеме
P1	-	Терапия назначена частично: этиотропная терапия назначена, патогенетическая – названы растворы, которые используют для восстановления водно-солевого баланса, но правила проведения регидратации указаны ошибочно.
P0	-	Лечение назначено неверно
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Больной М., 19 лет, поступил в инфекционное отделение с жалобами на сильные головные боли, отдающие в затылок, боли в области шеи и спины, тошноту, повторную рвоту. Заболел накануне, когда внезапно появились озноб, головная боль, присоединилась тошнота, температура 39,8С. Присоединились гиперестезия кожных покровов, усилилась головная боль на яркий свет и звуковые раздражители. Был поставлен диагноз: "ОРВИ". Назначены антипиретики. Эффекта нет. Состояние значительно ухудшилось - выросла головная боль, диффузная, распирающего характера, присоединилась многократная рвота, не приносящая облегчения. При осмотре: температура 39,80С, состояние тяжелое, ясное сознание. Пульс 100 уд/мин., АД 110 и 70 мм рт.ст. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц. Давление на глазные яблоки резко болезненно, усиливает тошноту. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского. При люмбальной пункции получена мутная желтоватого цвета спинномозговая жидкость. Давление 400 мм вод. ст. Цитоз-1200 мм³, преобладают нейтрофилы (85%), в мазке обнаружены грамотрицательные диплококки, расположенные внутри- и внеклеточно. Реакция Панди +++++. Белок 3,3 г/л, глюкоза 1,5 ммоль/л. Начато внутримышечное введение пенициллина в дозе 24 млн ЕД в сутки. Через 4 часа после начала лечения состояние резко ухудшилось - сознание на уровне сопора, периодическое психомоторное возбуждение и судороги кистей рук. Выражен менингеальный синдром, лицо бледное, акроцианоз, одышка. Пульс 100 уд/мин., АД 160 и 90 мм рт.ст. Психомоторное возбуждение. На глазном дне ступенчатость границ сосков зрительных нервов. Очаговых симптомов не выявлено.</p>
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Менингококковая инфекция. Гнойный менингит. Осложнение: Отек и набухание головного мозга.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснование диагноза
Э	-	Диагноз менингококкового менингита поставлен на основании жалоб на сильную головную боль, иррадиирующую в затылок, шею и спину, фото- и аэрофобию, тошноту, рвоту; Данных объективного обследования: температура 39,80 С, умеренной ригидности мышц затылка, положительных симптомов Кернинга и Брудзинского; данных исследования спинномозговой жидкости: мутная, желтого цвета, давление 400 мм.водного столба, цитоз - 1200 мм ³ , преобладают нейтрофилы (85%), наличие 3,3 г/л белка, глюкоза 1,5 ммоль/л, реакция Панди +++++. Обнаружение

		внутриклеточно грамотрицательных диплококков в ликворе.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: частично указаны основные клинико-эпидемиологические данные, анализы интерпретированы верно
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Обоснуйте возникшие осложнения
Э	-	Отек и набухание головного мозга. О данном осложнении говорят: резкое ухудшение состояния, спутанность сознания, до уровня сопора, судороги, психомоторное возбуждение, выраженный менингеальный синдром, гемодинамические расстройства (бледность кожи, акроцианоз), одышка, повышение АД до 160и 90мм.рт.ст., ступенчатость границ сосков зрительных нервов при обследовании глазного дна отсутствие очаговых знаков.
P2	-	Обоснование развившегося осложнения проведено верно
P1	-	Осложнение обосновано не полностью: симптомы клиники отека и набухания мозга интерпретированы частично
P0	-	Осложнение не обоснованно
В	4	Врачебная тактика
Э	-	Больной должен находиться в отделении реанимации или палате интенсивной терапии; необходима катетеризация центральной вены; этиотропная терапия: бензилпенициллин в дозе 24-30 млн в сут. (по 4-5 млн x 6 раз в сутки) или цефтриаксон в дозе 2г x 2 раза в сутки. в/м или в/в; дезинтоксикационная терапия: используют раствор Рингера, 10% глюкозу; дегидратационная терапия: лазикс 40-120мг в сутки под контролем диуреза и сернокислая магнезия 20 мл 25% раствора (5 г) в сутки; введение дексаметазона дозе 8-24 мг в сутки; оксигенотерапия, при нарастании неврологической симптоматики перевод на ИВЛ с гипервентиляцией; при возбуждении и судорогах – диазепам; в тяжелых случаях - тиопентал натрия, фенобарбитал.
P2	-	Тактика врача определена верно
P1	-	Терапия назначена частично: этиотропное лечение назначено верно, однако патогенетическая терапия вызвала затруднение
P0	-	Лечение назначено не верно
В	5	Лабораторная диагностика
Э	-	ОАК; исследование СМЖ; бактериоскопия и посев СМЖ; реакция латекс-агломинации(менигококк, пневмококк и гемофильная палочка); ПЦР спинномозговой жидкости; РПГА с менингококковым антигеном.
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика указана частично: нет серологического обследования, не указан посев ликвора
P0	-	Диагностика ошибочна
Н	-	007
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 50 лет поступила в инфекционное отделение через 8 часов после начала заболевания. Болезнь началась остро: одновременно появились боли по всему животу, тошнота, поднялась температура до 39,00С. Частый (до 15 раз) жидкий необильный стул, с незначительной примесью слизи и крови. Стала нарастать слабость, вялость, присоединилась головная боль. Заболевание связывает с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника. При осмотре вес больной 72,5 кг до болезни вес 74, адинамична, лицо бледное, кожа и слизистые сухие. Пульс 100 уд в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 100 и 60мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой. Живот несколько вздут. При пальпации умеренные боли по всему животу, но особенно по ходу толстого кишечника, больше слева. В левой подвздошной области пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка. Больная отмечает появление тенезмов. В результате комплексной терапии (с включением антибактериальной) через сутки снизилась температура, стал реже стул, исчезли патологические примеси в кале.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
Э	-	Шигеллез клинически, колитический вариант, синдром гемоколита. Среднетяжелая форма, дегидратация 1-й степени. Острое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала, температуры 390 С, выраженного колитического синдрома – частый необильный жидкий стул до 15 раз со слизью и кровью, тенезмы, болезненность при пальпации толстого кишечника, больше слева, где пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка; связь заболевания с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника.
P2	-	Диагноз сформулирован и обоснован верно
P1	-	Диагноз сформулирован частично: не указано течение заболевания и вариант. Обоснование проведено с неполным учетом развившихся у пациента симптомов
P0	-	Диагноз поставлен неверно и соответственно обоснование проведено неверно
В	2	Какие симптомы указывают на среднетяжелое течение болезни?
Э	-	Повышение температуры до 390С, умеренно выраженные симптомы интоксикации – вялость, адинамия, бледность кожных покровов, пульс 100 уд вмин, умеренное снижение АД до 100 и 60мм.рт. ст., глухость сердечных тонов, частота стула до 15 раз, незначительное количество слизи и крови в каловых массах. Дегидратация 1 степени.
P2	-	Симптомы указаны верно и в полном объеме
P1	-	Оценка симптомов, указывающих на среднюю тяжесть течения заболевания проведена частично (не обращено внимание на

		гемодинамические критерии, аускультативные)
P0	-	Симптомы указаны неверно
B	3	Назовите возбудителя дизентерии. Какой возбудитель наиболее вероятен в данном случае?
Э	-	Shigelladysenteria(включает в себя шигеллу Григорьева-Шига, Штутцера-Шмитца и Лардж - Сакса); Shigellaflexneri; Shigellaboydii; Shigellasonnei. Учитывая наличие у больной гемоколита, можно предположить в качестве возбудителя S.dysenteria или S.flexneri.
P2	-	Возбудители заболевания и в задаче указаны верно
P1	-	Возбудители инфекции названы, но в случае рассмотренном в задаче указаны ошибочно
P0	-	Возбудители не названы
B	4	Составьте план обследования.
Э	-	ОАК; копроскопия (обнаружение патологических примесей); бактериологическое исследование – посев кала с целью выделения культуры возбудителя; серологическое обследование (РПГА, ИФА, РКА, РСК, реакция агрегатгемоглоцинации).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования представлен частично: нет серологического обследования
P0	-	План обследования не составлен
B	5	Лечение шигеллезов.
Э	-	Госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям; диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень). Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде.Режим питания. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Антибактериальные препараты: ципрофлоксацин 0,5 г х 1 раз в сутки или ампициллин в суточной дозе 4-6 г. Длительность а/б терапии в среднем 5-7 дней. Коррекция водно-солевого баланса (потеря жидкости у больной 74 кг-72,5 кг- 1,5 кг или 2%. Назначают растворы - Оралит (Регидрон, Глюкосолан) из расчета 74000 гр х 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов), в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Для купирования болевого синдрома – дротверин 0,04 х 3 раза в сутки. Для связывания и выведения токсина назначают энтеросорбенты: смекта/неосмектин 1-2 пакета 2-3 раза в сутки. Для коррекции и компенсации пищеварительной

		недостаточности применяют ферментные препараты – ацетилпепсин и ферменты поджелудочной железы (креон, панкреатин). Так же применяются настои крапивы, шалфея, золототысячника и ромашки.
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение частичное: названа этиотропная терапия; расчет объема вводимой жидкости проведен некорректно, не обращено внимание на необходимую диету и симптоматическую терапию
P0	-	Лечение назначено неверно
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С, 17 лет, работающий помощником повара в кафе, поступил в инфекционное отделение в первые сутки заболевания с жалобами на повышение температуры, слабость, снижение аппетита, тошноту, рвоту (до 4 раз) боли в верхних отделах живота, жидкий стул. Из анамнеза выяснено, что за 12 часов до заболевания ел непрожаренную яичницу. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,3 С, повторная рвота, жидкий обильный зловонный стул, зеленоватого цвета (6 раз). Язык и слизистые ротовой полости умеренно сухие. Живот болезненный при пальпации в эпигастрии и вокруг пупка, симптомов раздражения брюшины нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 85 ударов в 1 минуту. АД 100 и 60мм.рт.ст.. В легких дыхание везикулярное. Вес больного при поступлении – 74 кг(до заболевания 75-76 кг).
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Острая кишечная инфекция, синдромом гастроэнтерита, среднетяжелая форма, дегидратация 1 степени
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указанотечение болезни и осложнение
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз можно поставить на основании клинико-анамнестических данных: острое начало заболевания с одновременным подъемом температуры (до 38,3 0С) и появлением симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, неоднократная рвота, жидкий обильный, зловонный стул, боли в эпигастриальной области вокруг пупка), признаков интоксикации (слабость, снижение аппетита, тахикардия, тенденция к снижению АД). Учитывая данные эпидемиологического анамнеза можно предположить сальмонеллезную этиологию кишечной инфекции (за 12 часа до заболевания употреблял в пищу непрожаренную яичницу). Сухость слизистых, потеря жидкости с рвотой и жидким

		стулом (2-3%) позволяют говорить о дегидратации 1 степени (потеря веса 1,5-2 кг).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не учтены эпидемиологические данные и неверно интерпретирована стадия дегидратации
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологическое исследование кала, рвотных масс, промывных вод желудка; серологическая диагностика: антигены сальмонелл могут быть обнаружены в крови и моче при помощи ИФА и РГА; для ретроспективной диагностики используют определение специфических антител (РНГА и ИФА). Исследуют парные сыворотки, взятые с интервалом 5-7 суток. Диагностическое значение имеет нарастание титра в четыре раза и более, для установления степени дегидратации и оценки тяжести состояния больного, а также для коррекции проводимой регидратационной терапии определяют Ht и вязкость крови; ОАК; ОАМ; копроскопия; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин).
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: нет обследования для оценки степени дегидратации, серологические реакции указаны не полностью
P0	-	Диагностика проведена неверно
V	4	Лечение
Э	-	Диета: основной вариант стандартной диеты: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Промывание желудка беззондовым методом или зондовым. Регидратационная терапия: при дегидратации I-степени: глюкосолан, (цитроглюкосолан, регидрон) - peros. Проводится в 2 этапа: 1 этап до 2-4 часов, (потеря жидкости 2% 75,5 кг-74 кг=1,5 кг). Расчет объема вводимой жидкости - 74000 гр х 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов; 2 этап - в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Сорбенты: Неосмектин 1 пакетик х 3 раза в день- 5-7 дней (смекта 1п х3 раза). Ферменты: Мезим- форте 1 др. х 3 раза в день 1 месяц, (или креон). Спазмолитики: Дротаверин 0,04 х 3 раза в день.
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме

P1	-	Лечение назначено частично: диета не рассмотрена, расчет объема регидратационной терапии проведен не корректно
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Правила выписки и диспансеризации больного
Э	-	Правила выписки из стационара больных декретированной группы, к которой относится наш пациент: больных выписывают после 2-х контрольных бактериологических исследований кала (первый -через 2 дня после исчезновения клинических проявлений и нормализации стула; второй- через 2 дня после первого.) Пациентов, не выделяющих возбудителя допускают к работе. Работники общественного питания подлежат диспансеризации с ежемесячным однократным бактериологическим исследованием кала. Лиц, выделяющих сальмонеллы, не допускают к основной работе. Если бактериовыделение продолжается более 3 месяцев, их переводят на другую работу на срок не менее года и обследуют 1 раз в 6 месяцев. По истечению этого срока проводят пятикратное исследование кала и однократное желчи с интервалом в 1-2 дня. При отрицательных результатах снимают с учёта и допускают к основной работе; при положительных – отстраняют от работы.
P2	-	Правила выписки и диспансеризации указаны верно
P1	-	Правила выписки и диспансеризации указаны частично: указаны правила выписки, но проведение диспансеризации рассмотрено частично (не указаны сроки отстранения от работы при положительных результатах и обследование по истечению срока)
P0	-	Правила выписки и диспансеризации указаны неверно
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Б., 27 лет, работающий на стройке, вызвал врача на дом на первый день болезни (14 февраля). Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,8С, озноба, головной (лобной, ретроорбитальной области) и мышечных болей, саднения за грудиной. На работе среди коллег имеются случаи заболевания ОРВИ. При осмотре лицо гиперемировано, катаральный конъюнктивит, склерит, ринит соскудным слизистым отделяемым, температура 39,0С. Сухой болезненный кашель, болезненность за грудиной. В зеве яркая гиперемия дужек, язычка, зернистость задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное. Пульс 120 уд/мин., АД 115 и 70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных знаков нет. При повторном осмотре на 6-й день болезни - температура 37,9С, присоединились боли в боковых отделах грудной клетки, одышка 22-24 в минуту, усилился кашель, который стал влажным со слизисто – гнойной мокротой. Больной бледен, румянец на щеках. В легких с обеих сторон ниже углов лопатки, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 100 уд/мин., АД 115 и 70

		мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот, мягкий безболезненный, стул и мочеиспускание без особенностей. Менингеальных знаков нет.
В	1	Клинический диагноз (в первый день болезни и при повторном осмотре)
Э	-	Грипп, среднетяжелая форма. Осл. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 1.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: развившиеся осложнения указаны частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	В пользу гриппа свидетельствует наличие: выраженного интоксикационного синдрома (лихорадка с ознобом, головная боль и боль в глазных яблоках, мышечные боли), умеренного катарального синдрома (сухой кашель, саднение за грудиной, яркая гиперемия ротоглотки, катаральный конъюнктивит, склерит, ринит со скудным отделяемым) в первые дни болезни. Пневмония устанавливается на основании длительного сохранения высокой лихорадки (гипертермия 38,8 до 6-го дня болезни), присоединения болей в грудной клетке, одышки (22-24 в мин), усиления и изменения характера кашля (влажный, с отделением слизистогнойной мокроты), появления влажных хрипов в легких с обеих сторон ниже углов лопаток при аускультации.
P2	-	Диагноз обоснован верно и в полном объеме
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: при обосновании гриппа и развившихся осложнений симптомы указаны частично
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Дифференциальная диагностика
Э	-	Аденовирусная инфекция, парагрипп, инфекционный мононуклеоз, корь, бактериальная пневмония, малярия, брюшной тиф, туберкулез и др.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена частично: дифференциально-диагностический ряд указан верно, но не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
В	4	План обследования больного
Э	-	ОАК; ОАМ; обследование на грипп (экспресс – диагностика с целью обнаружения антигенов вируса, выявление РНК вируса в мазках слизи методом ПЦР, вирусологический метод (выделение вируса из отделяемого носоглотки, трахеи, бронхов), определение антител к антигенам (РТГА в парных сыворотках крови, РСК, РНГА); рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; анализ мокроты (микроскопия, бактериологическое исследование, 3-х кратное обследование на БК)
P2	-	Диагностика проведена верно

P1	-	Диагностика проведена частично: при обследовании на грипп не указаны вирусологический метод, ПЦР-диагностика; при диагностировании пневмонии отсутствует указание на 3-х кратное исследование мокроты на БК.
P0	-	Диагностика проведена неверно
B	5	Лечение данного больного
Э	-	Этиотропная терапия (противовирусная): осельтамивир 150 мг в сутки на 2 приема – в течении 5 дней, при присоединении пневмонии пролонгация курса 7-10 дней (pegos); антибактериальная терапия при гриппе назначается в случае присоединения вторичной инфекции, в том числе пневмонии: полусинтетические пенициллины (амоксциллин (4-6 г в сутки в/м или в/в), амоксиклав (1,2 г 4 раза в сутки в/в), цефалоспорины (цефтриаксон(1г 1-2 раза в сутки в/м), макролиды (кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки в/в); патогенетическая терапия: дезинтоксикационная (кристаллоидные растворы), десенсибилизирующая терапия (цетиризин 10мг на ночь), отхаркивающие средства (бромгексин 0,004 г 3р/д или амброксол 0,03 г 2-3 р/д), витамины (группы В, аскорбиновая кислота); симптоматическая терапия: жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол).
P2	-	Лечение представлено верно
P1	-	Лечение представлено частично: этиотропная (противовирусная) терапия указана верно; антибактериальная терапия назначена, но приведено обоснование для данной группы препаратов; патогенетическая терапия не в полном объеме
P0	-	Лечение указано неверно
H	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ж., 48 лет, заболел остро: повысилась температура тела до 38,50С, познабливание, боль при движении в суставах конечностей и межпозвоноковых соединениях. Ухудшение аппетита, слабость, тошнота, рвота 1-2 раза. Такое состояние сохранялось в течение пяти дней, затем температура тела нормализовалась, уменьшились боли в суставах, но появились «темная» моча, «светлый» кал и яркая желтуха кожи и склер. Гемодинамика АД- 110 и 75 мм.рт. ст., пульс 58 ударов в 1 минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сохраняется тошнота. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где пальпируется плотной консистенции край печени, выступающий на 3-4 см из-под реберной дуги. В местах инъекций кровоизлияния. Два месяца назад операция по поводу прободной язвы желудка с переливанием крови.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз

Э	-	Острый вирусный гепатит В (?), желтушный вариант, среднетяжелая форма
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен частично: не указана форма тяжести, неверно интерпретировано начало заболевания и эпидемиологический анамнез
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных: цикличность течения заболевания с наличием преджелтушного периода и периода желтухи. Преджелтушный период, протекающий в течение 5 дней по смешанному типу (артралгический и диспепсический), характеризуется острым началом с повышением температуры до 38,5 0С, болями в суставах, плохим аппетитом, слабостью, тошнотой, 2-х кратной рвотой). Переход в желтушный период характеризуется снижением температуры тела, уменьшением болей в суставах, появлением «темной» мочи, осветленного кала, яркой желтухи кожи и склер, увеличением размеров печени (при пальпации плотная, болезненная, выступает на 3-4 см ниже реберной дуг), появлением геморрагического синдрома (кровоизлияния в местах инъекций). Клинические данные и данные эпидемиологического анамнеза: манифестный вариант развития в отличие от гепатита С, перенесенная 2 месяца назад операция по поводу прободной язвы желудка с переливанием крови, позволяют предположить у больного диагноз гепатит В. Яркая желтуха кожи и склер, сохраняющаяся тошнота в период желтухи, наличие геморрагического синдрома позволяют говорить о среднетяжелой форме заболевания.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указана цикличность заболевания с характерными симптомами, но не обоснована степень тяжести и отсутствует четкое понимание эпидемиологических данных
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Укажите методы обследования
Э	-	ОАК; ОАМ и желчные пигменты биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, холестерин, глюкоза, протромбиновый индекс, тимоловая проба, белок и белковые фракции В- липопротеиды, триглицериды). иммунологическое исследование, методом ИФА: HBsAg, анти-HBs, анти-HBcIgM / анти- HBcIgG, HBeAg / анти-Hbe, анти-HDV, анти-HCV, анти-HAVIgM, ДНК HBV методом ПЦР, анти-ВИЧ; коагулограмма; УЗИ- органов брюшной полости; группа крови, резус- фактор.
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: не указано обследование на АТ к ВИЧ-инфекции, иммунологическое обследование на гепатиты рассмотрено частично, нет ПЦР диагностики
P0	-	Диагностика проведена неверно

В	4	Лечение
Э	-	Диета: Основной вариант стандартной диеты: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Рекомендуется дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима; дезинтоксикационная терапия в виде дробного питья (до 2,5-4 литров)
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено частично: диета рассмотрена частично, назначены иммуномодуляторы, что является необоснованным, дезинтоксикационная терапия в/в
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Возможное осложнение в виде ОПЭ (печеночная кома)
Э	-	Наиболее тяжелое и серьезное в плане прогноза осложнение- острая печеночная энцефалопатия (печеночная кома): стадия I (прекомаI) -характерны резкое ухудшение состояния больного, уменьшение размеров печени с появлением болей на фоне нарастания желтухи, развитие геморрагических проявлений, появление печеночного запаха изо рта. Нарушаются ориентация во времени и пространстве, координация точных движений. Характерна эмоциональная неустойчивость- апатия, вялость, чувство тревоги, сменяющиеся возбуждением, эйфорией. Брадикардия сменяется тахикардией, инверсия сна; стадия II (прекомаII) -характерно более глубокое нарушение сознания-сопор. Тремор рук, кончика языка, усиливается геморрагический синдром. Печень может стать недоступной при пальпации. Нарастает тахикардия, снижается АД, развивается отечно-асцитический синдром; стадия III (кома III) Потеря сознания. Появляются патологические рефлексы, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, нарастает геморрагический синдром (различного рода кровотечения), отмечается снижение протромбиновой активности и показателей сулемовой пробы, снижается активность трансаминазпри нарастающей гипербилирубинемии. Нарастают признаки сердечно-сосудистой недостаточности, острой почечной недостаточности; стадия IV (глубокая кома) - полное отсутствие сознания, арефлексия, исчезают болевая чувствительность. Больные погибают при явлениях острой сосудистой недостаточности.
P2	-	Одно из наиболее тяжелых осложнений при вирусных гепатитах и клиника данного осложнения (по стадиям) представлены верно
P1	-	Осложнение верно, но при рассмотрении клиники стадии указаны частично

P0	-	Осложнение указано неверно
H	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И. 20 лет заболела остро: поднялась температура тела до 38 С и оставалась повышенной в течение 4 дней. Отмечала слабость, ухудшился аппетит, беспокоила тошнота, тупые боли в правом подреберье. На 5 день болезни появилась иктеричность склер, на 6 день заметила темную мочу и более светлый, чем обычно кал: госпитализирована. При осмотре: кожа и склеры желтушные, в ротоглотке умеренная гиперемия, тоны сердца приглушены, пульс 56 ударов минуту. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень уплотнена, увеличена на 2 см, край закруглен, чувствителен при пальпации. Пальпация поясничной области безболезненная. Моча коричневого цвета. Кал оформлен, осветлен. В сознании, контактна, адекватна.
В	1	Ваш диагноз (обоснуйте его)
Э	-	Острый вирусный гепатит, желтушный вариант, легкая форма. Обоснование: цикличность течения болезни, наличие короткого преджелтушного периода (4 дня) по смешанному типу (интоксикационный, незначительный катаральный, гастроинтестинальный синдромы), гепатомегалии, холестатического синдрома (иктеричность кожи и склер, изменение цвета мочи и кала), брадикардии в разгар в желтухи.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован частично: не обращено внимание на цикличность, синдромы указаны частично
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	2	Выявление каких дополнительных клинических и эпидемиологических данных поможет в постановке диагноза.
Э	-	Уточнение эпидемиологических данных (парантеральные вмешательства, половые контакты, гемотрансфузии, операции за последние полгода, нарушение правил личной гигиены, использование некачественной воды и продуктов питания за последний месяц)
P2	-	Дополнительные данные указаны верно
P1	-	Дополнительные данные указаны частично
P0	-	Дополнительные данные указаны неверно
В	3	Укажите методы лабораторной диагностики, необходимые для подтверждения диагноза.
Э	-	ОАК; ОАМ; кал на стеркобилин; моча на желчные пигменты; биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, протеинограмма, протромбиновый индекс, тимоловая проба,

		щелочная фосфатаза, ГГТ, холестерин);серологические исследования крови (ИФА) скрининговые тесты: анти-НAVIgM, анти-НBcorIgM, НBsAg,анти-НCVIgM, анти-HEVIgM; УЗИ органов брюшной полости
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: не полностью указаны маркеры вирусных гепатитов и биохимический анализ крови
P0	-	Диагностика проведена неверно
B	4	Дифференциальная диагностика
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, лептоспироз, малярия, иерсиниозы, синдром Жильбера, токсические гепатиты, сепсис.
P2	-	Дифференциальная диагностика верна
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена частично: дифференциально диагностический ряд указан не в полном объеме
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
B	5	Лечение данного больного
Э	-	Постельный/полупостельный режим. Диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Дробный прием пищи в теплом виде до 4-6 раз в сутки. Обильное питье(2–3 литра в сутки). Спазмолитики (дротаверин), поливитамины.
P2	-	Лечение представлено верно
P1	-	Лечение представлено частично: диета рассмотрена частично, симптоматическая терапия не указана
P0	-	Лечение указано неверно
H	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А., 18 лет, студентка, заболела остро после переохлаждения: повысилась температура тела до 37,8°С, появились боли в горле при глотании, слабость. К вечеру температура тела достигла 39°С, отмечались озноб, ломота в теле, головная боль. Осмотрена врачом «скорой помощи» и госпитализирована. При осмотре с затруднением открывает рот из-

		за болезненности в горле, слизистая рта гладкая, блестящая без высыпаний. В зеве – яркая разлитая гиперемия, миндалины умеренно увеличены, рельефны, выступают из за дужек на 0,5 см, разрыхлены. На внутренней поверхности миндалин с обеих сторон по ходу лакун, отмечаются налеты серовато-белого цвета в виде полос, не выходящие за пределы миндалин. По характеру налеты рыхлые, легко снимаются шпателем. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, гладкая. Отмечается увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфоузлов. В детстве проводилась вакцинация согласно календарю прививок.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Лакунарная ангина, среднетяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма и/или тяжесть заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз «лакунарная ангина» выставлен на основании: острого начала, наличия синдрома интоксикации (озноб, ломота в теле, слабость, повышение температуры до 39°C) и поражение миндалин (боли в горле, разлитая гиперемия в зеве, увеличение миндалин, наличие налетов серовато-бурого цвета легко снимающихся по ходу лакун), регионарной ЛА (увеличение и болезненность верхнечелюстных ЛУ)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Мазок из зева и поверхности миндалин для бактериоскопии, бактериологического исследования и обнаружения антигенов в патологическом материале с помощью ИФА или латекс-агглютинации. Исследование крови на наличие антител к стрептококкам группы А. Обнаружение ДНК стрептококка (ПЦР).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Возможные осложнения
Э	-	Перитонзиллярный абсцесс, острый отит, ревматизм, миокардит, острый гломерулонефрит
P2	-	Возможные осложнения указаны верно
P1	-	Возможные осложнения указаны не полностью
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно
В	5	Основные направления в терапии

Э	-	Постельный режим, диета щадящая, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия (бензилпенициллин, клиндамицин). Кроме того, большинство штаммов стрептококка группы А высокочувствительны к макролидам), десенсибилизирующая терапия
P2	-	Основные направления в терапии указаны верно
P1	-	Основные направления в терапии указаны не полностью
P0	-	Основные направления в терапии указаны неверно
Н	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 22 лет, слесарь, перенес среднетяжелую лакунарную ангину (стрептококковой этиологии), лечился тетрациклином в домашних условиях. Клиническое выздоровление наступило на 8-й день болезни, на 11-й день болезни выписан на работу с рекомендацией явиться на диспансерный прием через 10 дней. Общий анализ крови при выписке в норме. На 9-й день после выписки стал отмечать общую слабость, повышенную потливость по ночам, учащенное сердцебиение при ходьбе. При осмотре выявлены: умеренная тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке. АД – 95 и 60 мм рт.ст. ЧСС – 100 уд/мин, P _s – 100-104 уд/мин, ЧДД – 20-22 в мин. Легкий акроцианоз при физической нагрузке. Видимые изменения суставов отсутствуют. На ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех стандартных отведениях. В крови: L– 8,9*10 ⁹ /л, СОЭ – 26 мм/ч, СРБ – ++
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн: Лакунарная ангина, период реконвалесценции Осл: Острый инфекционный миокардит. СН I степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма или тяжесть заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (за 9 дней до обращения перенес лакунарную ангину, лечение которой проводилось на дому тетрациклином), ухудшения состояния в периоде реконвалесценции с появлением симптомов интоксикации и вегетативной дисфункции (слабость, потливость), признаков поражения сердечной мышцы (сердцебиение, тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония, характерные для миокардита изменения на ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение интервала PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех отведениях) и системного

		воспаления (лейкоцитоз, повышение СОЭ, положительный С реактивный белок), последствий умеренного нарушения сердечной деятельности (акроцианоз при физической нагрузке, одышка).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Существующие или возможные осложнения
Э	-	Лакунарная ангина может иметь осложнения, связанные с иммунопатологическим процессом (миокардит, ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и/или с присоединением вторичной инфекции (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, некротические поражения мягких тканей, септические осложнения). У больного ангина осложнилась миокардитом, СН I степени
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Осложнения указаны не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно
В	4	Составьте план обследования
Э	-	План обследования: а) общий анализ крови в динамике с определением тромбоцитов; б) общий анализ мочи в динамике; в) определение количества общего белка и по фракциям, ревматоидного фактора (РФ), антистрептолизина-О (АСЛО), С-реактивного белка; г) ЭКГ, доплер-эхокардиография.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	5	Тактика ведения больного
Э	-	Больного необходимо госпитализировать в терапевтическое отделение с дальнейшей диспансеризацией у кардиолога.
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана неверно
Н	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро. Появились познабливание, слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38,50С. На второй день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела увеличенные в размере миндалины и налеты на них, при попытке снять которые открывалась кровоточащая поверхность. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась эритромицином. На 3-й день болезни обратила внимание на

		распространенный отек шеи ниже ключиц и присоединение гнусавости речи, с трудом глотала пищу. К 5-му дню температура нормализовалась, однако отмечала снижение работоспособности, слабость в нижних и верхних конечностях, с трудом передвигалась. Здоровой себя не чувствовала, присоединились неприятные ощущения за грудиной, перебои в работе сердца. Обратилась к врачу поликлиники только на 18-й день болезни. На приеме в ротоглотке миндалины 1 степени рельеф сглажен, заживающая эрозия, умеренная гиперемия, регионарные ЛУ 1 см, отека подкожной клетчатки шеи нет, отмечены аритмия, глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, расширение границ относительной сердечной тупости, брадикардия, парезы периферической мускулатуры, паралич мягкого неба. Во время перехода в кабинет ЭКГ наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита с очагами некроза. В анамнезе – отказ от всех прививок по религиозным мотивам.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн. Токсическая дифтерия ротоглотки III степени. Осложнение: Миокардит. Острая сердечная недостаточность. Бульбарный синдром (парез IX пары ЧМН), периферические парезы и параличи верхних и нижних конечностей
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании: острого начала болезни, сочетания выраженного синдрома интоксикации с фебрильной лихорадкой и характерных изменений в ротоглотке (наличие увеличенных миндалин, налетов, трудно снимающихся, оставляющих кровоточащую поверхность), наличии отека шеи, бульбарного синдрома и периферических парезов, параличей, миокардита (аритмия на фоне брадикардии, глухость тонов сердца, систолический шум, расширение границ относительной сердечной тупости, неприятные ощущения в области сердца).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Объясните причину внезапной смерти.
Э	-	Причиной внезапной смерти явилась остановка сердца вследствие острого диффузного миокардита с очагами некроза
P2	-	Причина объяснена полностью
P1	-	Причина объяснена не полностью
P0	-	Причина не объяснена
В	4	Предполагаемое лечение болезни при правильной постановке диагноза?
Э	-	При своевременном обращении показана госпитализация в ПИТ,

		немедленное (после кожной пробы) введение противодифтерийной сыворотки, дезинтоксикационное лечение, антибактериальные препараты. Консультация кардиолога и невролога для коррекции имеющихся осложнений.
P2	-	Лечение указано верно
P1	-	Лечение указано не полностью
P0	-	Лечение указано неверно
В	5	Какие еще возможны осложнения данного заболевания?
Э	-	Возможные осложнения: ИТШ, миокардит, моно- и полинейропатии, токсический нефроз.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Осложнения указаны не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой – при ощупывании шеи выявил увеличенные до 1 см в диаметре и болезненные ЛУ. Температура тела была субфебрильной (37,50С), к врачу не обращался, лечился самостоятельно (жаропонижающие препараты, компрессы на шею). Состояние не улучшалось – на 4-й день появились затрудненное носовое дыхание, отечность век, а к 6-му дню присоединились боли в горле при глотании и повышение температуры до 38,70С. Вызвал участкового врача, который (заподозрив лакунарную ангину) назначил больному ампициллин. На 3-и сутки приёма препарата появилась сыпь на коже туловища и конечностей (обильная пятнисто-папулезная, незудящая). Отмечена также одутловатость лица, увеличение миндалин до II степени с гнойными наложениями в лакунах, а также увеличение ЛУ до 2-3 см в диаметре, незначительная болезненность при пальпации ЛУ (передне-шейных и подмышечных), увеличение печени (+2 см) и увеличение селезенки (+3 см). Направлен на госпитализацию с диагнозом «Корь».
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн.: Инфекционный мононуклеоз. Осл.: Сыпь после приема ампициллина
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте свой диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании острого начала болезни и наличия

		<p>синдромов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -интоксикации (разбитость, познабливание, повышение температуры до 37,5-38,0С.) - тонзиллита (боль в горле при глотании, увеличение миндалин до II степени с гнойными наложениями в лакунах). - генерализованной ЛА (увеличение и болезненность шейных и подмышечных лимфатических узлов) -экзантемы (обильная незудящая пятнисто-папулезная сыпь, появившаяся после приема ампициллина) -гепатолиенального (увеличение печени и селезёнки)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Ошибки участкового врача? Обоснуйте
Э	-	Диагноз кори поставлен ошибочно, так как отсутствуют пятна Коплика – Филатова, нет склерита и конъюнктивита, сыпь появилась на 9-й день болезни, а не на 4-й как при кори, нет этапности высыпания. При кори отсутствует увеличение печени и селезенки.
P2	-	Ошибки указаны и обоснованы верно
P1	-	Ошибки указаны верно, но не обоснованы
P0	-	Ошибки указаны неверно
В	4	Какие дополнительные лабораторные методы обследования нужны для уточнения диагноза?
Э	-	Необходимо исследовать: общий анализ крови (уточняется наличие лейкоцитоза, лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров); функциональное состояние печени (в крови – уровень билирубина, активность трансаминаз и т.д.); провести серологическое обследование с определением антител к капсидному антигену EBV IgM и IgG, антител к раннему антигену EBV IgG, антител к ядерному антигену EBV; тест на выявление ДНК EBV в крови или слюне методом ПЦР, исследование на ВИЧ-инфекцию. При отрицательных результатах обследования на EBV-инфекцию – серологическое исследование и ПЦР на HSV (I, II), CMV, HGVVI.
P2	-	Обследование составлено верно
P1	-	Обследование составлено не полностью
P0	-	Обследование составлено не верно
В	5	Какие лекарственные средства необходимо применить для воздействия на иммунную систему?
Э	-	Возможно применение иммуноглобулинов парентерально (гаптоглобин, пентаглобин), иммуномодуляторов (лавомакс, циклоферон, интерфероны).
P2	-	Лекарственные средства перечислены полностью
P1	-	Лекарственные средства перечислены не полностью
P0	-	Лекарственные средства перечислены неверно
Н	-	016

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Г., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу «скорой помощи»с жалобами на сильную боль в горле (с иррадиацией в ухо), высокую температуру. Заболела 4 дня тому назад – появилась небольшая боль в горле, повысилась температура тела до 37,80С. В анамнезе – хронический тонзиллит. Лечилась самостоятельно эритромицином. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной – больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести (за счет интоксикации и выраженности локального процесса). Лицо гиперемировано, голова наклонена влево, тризм жевательной мускулатуры. Осмотр ротоглотки затруднен из-за боли в горле. При фарингоскопии удалось выявить односторонний отёк и выбухание слизистой оболочки между миндалиной и задней небо-глочочной дужкой слева, яркую гиперемию ротоглотки, гнойные пробки в лакунах, рубцовое изменение ткани миндалин, увеличение миндалин до III степени, увеличение и болезненность верхних шейных лимфоузлов (также слева). Ps – 100 уд/мин, АД 110 и 70 мм рт.ст. Живот безболезненный, со стороны других органов – без патологии. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, умеренное увеличение СОЭ.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: Хронический тонзиллит в стадии обострения. Осложнение: Левосторонний задний паратонзиллярный абсцесс.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны стадия заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте ваш диагноз
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании развития болезни на фоне хронического процесса (анамнез, умеренные проявления интоксикации, гипертрофия, рубцовые изменения миндалин с наличием гнойных пробок в лакунах), последующим ухудшением состояния с нарастанием интоксикации (фебрильная лихорадка, озноб, тахикардия), формированием локального очага гнойного воспаления в паратонзиллярной области слева (выраженный болевой синдром и его асимметрия, припухлость шеи слева, односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалин слева, увеличение и болезненность шейных ЛУ слева), наличие в крови лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренного увеличения СОЭ.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью

P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Дополнительные методы обследования
Э	-	Больной необходимо провести консультацию врача ЛОР, ЯМР/КТ шеи, посев с миндалин на флору, проведение экспресс теста на антиген стрептококка.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны неверно
В	4	Тактика ведения больного в данный момент.
Э	-	В данный момент больная нуждается в хирургическом лечении (вскрытие абсцесса), антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии, местно – антисептики.
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана не верно
В	5	Тактика ведения больного после выписки.
Э	-	Больной должен находиться под наблюдением врача ЛОР, терапевта или инфекциониста для предупреждения обострения хронического тонзиллита и формирования возможных осложнений (ревматизм, гломерулонефрит, отит, абсцесс головного мозга и т. д.)
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана не верно
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной И., 35 лет, болен в течение 3 дней. Отмечает умеренные боли при глотании (справа), слабость. Температура субфебрильная (37,3-37,70С). Никуда не обращался, принимал парацетамол. Бомж, злоупотребляет алкоголем, питание нерегулярное, часто болеет ОРВИ и ангинами, данных о прививках нет. Объективно: сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, истощен. Температура 37,40С. В зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек. Миндалины увеличены (справа – до II степени, слева – до III степени), спайки между миндалинами и небными дужками. На правой миндалине имеется язва, покрытая гнойно-фибринным налетом, пародонтит. Зловонный запах изо рта. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены до 1,5-2 см, умеренно болезненные справа. Отёка тканей ротоглотки и шеи нет. Тоны сердца ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот – мягкий, безболезненный.

В	1	Диагноз
Э	-	Ангина Симановского-Плаута-Венсана. Хронический алкоголизм?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснование диагноза.
Э	-	Диагноз поставлен на основании несоответствия выраженности интоксикации (умеренная) характеру локальных изменений (язвенное поражение с фибринным налетом, малоблезненное, одностороннее), наличие пародонтита и зловонного запаха изо рта у пациента с наличием факторов риска развития иммунодефицитного состояния (злоупотребление алкоголем, плохое питание).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
Э	-	Заболевание данного пациента необходимо дифференцировать с дифтерией, обострением хронического тонзиллита, кандидозом ротоглотки, поражением миндалин при первичном и вторичном сифилисе. Необходимо также исключить поражение миндалин при ВИЧ – инфекции.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	4	План обследования
Э	-	а) общий анализ крови и мочи, б) бактериоскопия мазка, посев с миндалин на флору, в том числе на коринебактерии), в) обследование больного на ВИЧ (ИФА, иммуноблотинг и т. д.), г) обследование на сифилис, д) консультация нарколога, для постановки диагноза хронический алкоголизм.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальную диагностику между ангиной Симановского-Венсана-Плаута и лакунарной ангиной
Э	-	Общие симптомы: боль при глотании, температурная реакция, интоксикационный синдром. Для лакунарной ангины характерна более высокая температура (39-40 С), сочетание признаков воспаления с гнойными наслоениями в лакунах, которые легко снимаются. Для ангины Симановского-Венсана-Плаута характерен односторонний процесс, наличие язвы на миндалине и несоответствие грубости морфологии и выраженности интоксикационного синдрома, болевого синдрома.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен в полном объеме
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью

P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
H	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Г, 24 года, поступил в инфекционное отделение с жалобами на сыпь на коже, повышение температуры тела до 37,50С-38,70С, чувство дискомфорта в горле при глотании, слабость. Болен около 2-3 недель, к врачу не обращался. Холост. Курит. Употребление наркотиков отрицает. Употребление алкоголя и незащищенный секс не отрицает, постоянного полового партнера нет. За последний месяц существенно похудел, стал неустойчивым стул. Не работает. При осмотре – температура тела 380С, астенического телосложения, на туловище и конечностях имеются элементы макулопапулезной сыпи. В ротоглотке – незначительное увеличение и гиперемия миндалин, рыхлые легко снимающиеся налеты на них (творожистые, крошащиеся, белого цвета) при снятии которых обнаруживается яркая «ламинированная» слизистая. Налеты есть и за пределами миндалин (мягкое небо, дужки, разнообразные по величине и форме, рыхлые, легко снимаются). Отмечается регионарный (верхнешейный, подчелюстной) ЛА, ЛУ 1-1,5 см в диаметре, малоблезненные. Пальпируются также другие группы ЛУ (подмышечные, надключичные, кубитальные) безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, мягкоэластичной консистенцию (до 2 см в диаметре). Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени ниже реберной дуги на 1,5 см плотноватой консистенции, безболезненный.
В	1	Предположительный диагноз?
Э	-	ВИЧ-инфекция (стадия требует уточнения, наиболее вероятно – II, острый ретровирусный синдром), тонзиллит грибковой этиологии.
P2	-	Диагноз указан верно
P1	-	Диагноз указан не полностью
P0	-	Диагноз указан неверно
В	2	Какие дополнительные данные анамнеза важны для постановки диагноза?
Э	-	Перенесенные заболевания. Сексуальные контакты. Парентеральные вмешательства, употребление ПАВ.
P2	-	Дополнительные данные анамнеза указаны верно
P1	-	Дополнительные данные анамнеза указаны не полностью
P0	-	Дополнительные данные анамнеза указаны неверно
В	3	Какие лабораторные исследования проводят в стационаре для

		уточнения диагноза?
Э	-	Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимические исследование крови (АЛТ, АСТ); кровь на маркеры вирусных гепатитов; иммунограмма; исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки бактериологическим методом (посев на флору, коринебактерии, грибы) и микроскопия мазка на грибы. Исследование крови на ВИЧ: определение антигенов ВИЧ и специфических антител (ИФА), реакция иммуноблотинга (для окончательной верификации диагноза), возможно определение РНК ВИЧ (ПЦР). Исследование крови на вирусы герпетической группы методом ПЦР (ДНК HSVI,II;HHVVI, EBV, CMV).
P2	-	Исследования приведены верно
P1	-	Исследования приведены не полностью
P0	-	Исследования приведены неверно
В	4	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	Дифтерия ротоглотки, тонзиллиты (бактериальные, вирусные),EBV-инфекция, лейкоз.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом
Э	-	Общими симптомами является: наличие ангины, лимфаденопатии нескольких групп лимфатических узлов, гепатомегалии. Длительность лихорадки, потеря массы тела, особенности эпиданамнеза требуют необходимости обследования на наличие ВИЧ-инфекции. Для подтверждения инфекционного мононуклеоза необходимы данные лейкоцитарной формулы, в которой процентное содержание моноцитов, лимфоцитов, атипичных мононуклеаров превышает 50%. Необходимо также исследование серологическое исследование для обнаружения антител к вирусам Эпштейн-Барр, цитомегаловирусу, вирусу герпеса 6 типа.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен в полном объеме
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 48 лет, егерь, проживает в сельской местности. Поступил в стационар с диагнозом «Лакунарная ангина?»

		<p>Дифтерия?» на 8-й день болезни. Заболел утром 1 августа: появилось недомогание, слабость, озноб, температура тела 37,60С. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура достигла 390С, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях. Вызванный на дом участковый врач диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, арбидол, жаропонижающие средства. В последующие 2 дня существенного изменения в состоянии не произошло. 4 августа присоединилась небольшая боль (справа) при глотании, а 5 августа – припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура продолжала оставаться высокой (38,5-39,10С), сохранялась умеренная боль в горле, отмечалась припухлость шеи справа. Предложена госпитализация (на 6-й день болезни). При осмотре в приёмном покое больницы – состояние средней тяжести. Температура тела 38,70С. Рот открывает свободно. На правой миндалине на фоне отечности и гиперемии определяется язвочка до 0,5 см в диаметре. Выявлен регионарный лимфаденит справа – поднижнечелюстной и верхнешейные лимфоузлы в виде бубона (увеличены до 3-5 см в диаметре) не спаянного с окружающей тканью, с четкими контурами, умеренно болезненные, кожа над ними не изменена, отёка мягких тканей шеи нет. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. По органам и системам (сердце, легкие) – без особенностей, отмечается гепатоспленомегалия. При уточнении эпиданамнеза выяснено, что всё лето проживал в частном доме в деревне, выходил в лес, пил некипяченую воду из колодца, часто спал в сарае на соломе. В хозяйстве есть корова и свиньи, в доме мыши.</p>
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Туляремия, ангинозно-бубонная форма.
P2	-	Диагноз указан верно
P1	-	Не указана форма заболевания или указана неверно
P0	-	Диагноз указан неверно
В	2	Клинические формы заболевания.
Э	-	Бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно-бубонная, глазо-бубонная, легочная, абдоминальная, генерализованная (тифоидная, септическая).
P2	-	Клинические формы заболевания указаны верно
P1	-	Клинические формы заболевания указаны не полностью
P0	-	Клинические формы заболевания указаны неверно
В	3	Лабораторная диагностика для уточнения этиологии болезни.
Э	-	Определение специфических антител в парных сыворотках (РА, РНГА), определение специфических IgM и IgG(ИФА), бактериологическое исследование, выявление ДНК возбудителя (ПЦР).
P2	-	Лабораторная диагностика перечислена верно
P1	-	Лабораторная диагностика перечислена не полностью
P0	-	Лабораторная диагностика перечислена неверно

В	4	С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Паратонзиллярный абсцесс, тонзиллиты бактериальной и вирусной этиологии, инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, дифтерия.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных эпиданамнеза: проживал в частном доме в деревне, выходил в лес, пил некипяченую воду из колодца, часто спал в сарае на соломе; в хозяйстве есть корова и свиньи, в доме мыши; объективных данных: температура тела 38,70С, на правой миндалине на фоне отечности и гиперемии определяется язвочка до 0,5 см в диаметре; регионарный лимфаденит справа – поднижнечелюстной и верхнешейные лимфоузлы в виде бубона; гепатоспленомегалия
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ф., 22 лет, воспитательница детского сада, больна 5 дней. Начало заболевание острое: температура повысилась до 380С с ознобом и головной болью, появились першение в горле, обильное слизистое отделяемое из носа. Продолжала лихорадить и в последующие дни развился конъюнктивит (на 2-й день – односторонний, а с 5-го дня – двусторонний), отмечались умеренные боли в горле, слезотечение, насморк. Больная госпитализирована. При поступлении (на 6-й день болезни): температура тела 380 С, заложенность носа, слезотечение, в ротоглотке – яркая гиперемия, с характерной множественной мелкой зернистостью по задней стенке глотки. Миндалины гиперемированы, увеличены до 1 степени, на них – островчатый белесоватый налет, легко снимающийся, ограниченный пределами миндалин. Катаральный двусторонний конъюнктивит. Регионарный ЛА (подчелюстной, верхнешейный, затылочный). Последующая динамика благоприятная: к 8-му дню болезни температура нормализовалась, состояние улучшилось, боли в горле прошли, налеты исчезли. Миндалины остались слегка увеличенными.
В	1	Ваш диагноз и его обоснование
Э	-	Острое респираторное заболевание, вероятно аденовирусной этиологии. Диагноз поставлен на основании острого начала

		болезни и сочетания синдрома интоксикации с тонзиллитом, фарингитом и конъюнктивитом, регионарной лимфаденопатии.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Какие дополнительные данные эпиданамнеза нужно уточнить?
Э	-	Были ли случаи ОРВИ в детском саду, где работает больная? Были ли контакты по ОРВИ в семье?
P2	-	Данные эпиданамнеза указаны верно
P1	-	Данные эпиданамнеза указаны не полностью
P0	-	Данные эпиданамнеза указаны неверно
B	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, дифтерия, ангина, ОРВИ другой этиологии.
P2	-	Заболевания указаны верно
P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
B	4	Возможные осложнения заболевания?
Э	-	Пневмония, отит, синуситы.
P2	-	Возможные осложнения заболевания указаны верно
P1	-	Возможные осложнения заболевания указаны неполностью
P0	-	Возможные осложнения заболевания указаны неверно
B	5	Лабораторные исследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Серологическое исследование парных сывороток крови для определения нарастания титра специфических антител (РТГА, РН), определение специфических антител класса IgM и IgG (ИФА) в крови; обнаружение антигена аденовирусов в мазке из носа и задней стенки глотки (РИ), определение ДНК методом ПЦР.
P2	-	Лабораторные исследования приведены верно
P1	-	Лабораторные исследования приведены не полностью
P0	-	Лабораторные исследования приведены неверно
H	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., 30 лет. Заболел постепенно: вначале появилась небольшая боль в горле при глотании, температура тела повысилась до 37,50С. В течение 3 дней лечился самостоятельно, но улучшения не наступало. Боли в горле усилились, температура повысилась до 380С. Участковым врачом поставлен диагноз «ангина», взят материал с миндалин для бактериологического

		исследования и больной направлен на госпитализацию. При поступлении: температура тела 37,50С. Состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Боли в горле умеренные (при глотании). При осмотре ротоглотки: неяркая застойная гиперемия слизистой оболочки нёба и дужек. Миндалины гиперемированы, увеличены до II степени, рельеф их сглажен. На обеих миндалинах фибриновые налеты сероватого цвета, носящие островчатый характер (до 0,5 см), не выходящие за пределы миндалин, шпателем снимаются с усилием, слизистая оболочка под ними кровоточит, а сам налёт плотный, на стекле не растирается. Отмечается увеличение регионарных ЛУ (углочелюстных). Отека шеи нет.
В	1	Диагноз и его обоснование.
Э	-	Локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая форма). Диагноз поставлен на основании сочетания синдрома интоксикации (умеренно выраженного) и поражения миндалин с их отеком, наличием характерных островчатых налетов (фибриновые, сероватого цвета, плотные, с трудом снимающиеся с образованием кровоточащей поверхности, не растирающиеся на стекле) с малой интенсивностью болевого синдрома и формированием регионарной ЛА.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но обоснован неверно или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Действие дежурного врача инфекционного стационара для подтверждения диагноза.
Э	-	До назначения антибактериальной терапии необходимо взять материал (слизь и пленки с края пораженной поверхности) для микроскопии, бактериологического исследования, детекции нуклеиновых кислот (ПЦР). После выделения чистой культуры определяется токсигенность коринебактерий. Кровь на антитоксические антитела до введения сыворотки (РНГА).
P2	-	Действие дежурного врача указаны верно
P1	-	Действие дежурного врача указаны не полностью
P0	-	Действие дежурного врача указаны неверно
В	3	Возможные осложнения.
Э	-	ИТШ, миокардиты, моно-, полирадикулоневропатии, токсический нефроз.
P2	-	Возможные осложнения указаны верно
P1	-	Возможные осложнения указаны не полностью
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно
В	4	С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, тонзиллиты различной этиологии (бактериальные и вирусные), сифилис, туляремия, стоматиты, кандидоз, химические ожоги полости рта.
P2	-	Заболевания указаны верно

P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
B	5	Тактика лечения больного.
Э	-	Госпитализация, постельный режим 5-7 суток, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (в/м по Безредко); антибактериальная терапия (макролиды или преоральныеβ-лактамы), дезинтоксикационная терапия.
P2	-	Тактика лечения больного приведена верно
P1	-	Тактика лечения больного приведена не полностью
P0	-	Тактика лечения больного приведена неверно
H	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная М., 17 лет, школьница, заболела остро 5 августа, когда повысилась температура тела до 39,20С, отмечались слабость, головная боль, приступообразные боли в животе, боли в мышцах. Беспокоила боль в горле, усиливающаяся при глотании. На следующий день участковый врач обнаружил изменения в ротоглотке, а 7 августа больная была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «Ангина».</p> <p>При осмотре температура 380С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. В ротоглотке на фоне яркой гиперемии на нёбных дужках, мягком небе, язычке, миндалинах, задней стенке глотки – везикулы светло-серого цвета, диаметром 1-3 мм, окаймлены красным ободком, а также единичные округлые язвочки (эрозии). На миндалинах пузырьков меньше, чем на небных дужках и задней стенке глотки. Отмечается незначительное (I степени) увеличение регионарных ЛУ, они малоблезненны. По другим органам и системам – без особенностей. В общем анализе крови – лейкопения с относительным лимфоцитозом.</p>
B	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его
Э	-	Энтеровирусная инфекция. Герпангина. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, сочетания синдрома интоксикации и характерных изменений в ротоглотке в виде небольших везикул, окаймленных красным ободком, и эрозий на фоне умеренной гиперемии слизистой, сопровождающихся развитием регионарного лимфаденита и лейкопении с относительным лимфоцитозом. В пользу энтеровирусной инфекции говорят также молодой возраст пациентки и летняя сезонность.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Какие дополнительные данные анамнеза надо уточнить и с какой целью?
Э	-	Уточнение эпидемиологических данных: были ли случаи заболевания с повышением температуры среди окружающих (возможность развития групповой заболеваемости)
P2	-	Данные анамнеза указаны верно, цель указана верно
P1	-	Данные анамнеза указаны верно, цель указана неверно
P0	-	Данные анамнеза указаны неверно, цель указана неверно
В	3	Какие лабораторные методы для этиологической диагностики используются в данном случае?
Э	-	Серологическое исследование – определение антител к энтеровирусам в парных сыворотках крови (РТГА, РСК), специфических IgM и IgG (ИФА), обнаружение РНК вируса в крови (ПЦР).
P2	-	Методы диагностики указаны верно
P1	-	Методы диагностики указаны не полностью
P0	-	Методы диагностики указаны неверно
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Тонзиллиты вирусной и бактериальной природы, дифтерия ротоглотки, инфекционный мононуклеоз, кандидоз ротоглотки, инфекция вызванная HSV1,2.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Лечение и профилактика.
Э	-	Применение дезинтоксикационных и симптоматических средств.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5
Н	-	023
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
И	17	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной В., 48 лет, журналист. Обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38,5оС в течение 3 дней. Диагностирован грипп, назначена симптоматическая терапия. Состояние не улучшалось. Госпитализирован на 9 день болезни. Жалуется на слабость, головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один, в отдельной квартире. Часто бывает в зарубежных командировках, последний раз месяц назад (США). При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет.

		<p>Увеличение отдельных лимфатических узлов на шее и в аксиллярной области до размера 1-1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс 96 уд. мин., АД 130/90 мм.рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5-2 см изпод края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края.</p> <p>Общий анализ крови на 10 день болезни: лейкоцитов $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз. – 1%, п/я – 10%, с/я – 20%, лимф. – 60%, мон. – 9%, СОЭ – 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.</p>
В	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его.
Э	-	ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений. Мононуклеозоподобный синдром. В пользу данного диагноза свидетельствует лихорадка, увеличение двух групп лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, картина крови (отсутствие лейкоцитоза, относительный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары).
P2	-	Диагноз поставлен верно, обоснован полностью
P1	-	Диагноз поставлен верно, не обоснован или диагноз поставлен не полностью, обоснован частично.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие данные необходимо выяснить при сборе эпидемиологического анамнеза?
Э	-	Необходим детальный половой анамнез, данные о переливании крови, парентеральных процедурах, употреблении наркотиков.
P2	-	Эпидемиологического анамнез собран верно
P1	-	Эпидемиологического анамнез собран не полностью
P0	-	Эпидемиологического анамнез собран неверно
В	3	Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.
Э	-	В клиническую картину брюшного тифа не укладывается увеличение лимфоузлов, тахикардия, отсутствие тифозного статуса, картина крови (наличие атипичных мононуклеаров). Несмотря на наличие в крови атипичных мононуклеаров диагноз инфекционного мононуклеоза менее вероятен в связи с возрастом больного; отсутствием ангины, фарингита; симметричного увеличения латеральных шейных лимфоузлов; отсутствием лейкоцитоза в крови
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно с обоими заболеваниями
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен верно только с одним из заболеваний
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно с обоими заболеваниями
В	4	Назначьте план обследования для подтверждения диагноза
Э	-	ИФА для определения антител к ВИЧ и при получении

		положительного результата – исследование крови методом иммуноблота.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен частично
P0	-	План обследования составлен неверно
В	5	Назначьте обследование для исключения брюшного тифа инфекционного мононуклеоза
Э	-	Посев крови и желчный бульон, РПГА с брюшнотифозным антигенным комплексом, кровь на anti-EBV IgM, авидность anti-EBV IgG, anti-EBV IgM (иммуноблот).
P2	-	Составленное обследование позволит исключить оба заболевания
P1	-	Составленное обследование позволит исключить только одно из заболеваний
P0	-	Составленное обследование не позволит исключить ни одно из заболеваний
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, беден, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, преимущественно шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка 28 в мин, при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен левосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождающий больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем – рвота, судороги, дезориентация. При лабораторном исследовании в иммунном статусе значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови – анемия, лейкоцитопения. При проведении компьютерной томографии мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отечной тканью.</p>
В	1	С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией? Обоснуйте свое предположение
Э	-	У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний скорее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с

		прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).
P2	-	Ответ верный, обоснован
P1	-	Ответ верный, но обоснован неверно или не обоснован
P0	-	Ответ неверный
B	2	Назначьте лабораторное обследование.
Э	-	В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита и данным компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отеочной тканью) необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном и ПЦР-диагностика.
P2	-	Лабораторное обследование назначено верно
P1	-	Лабораторное обследование назначено не полностью
P0	-	Лабораторное обследование назначено неверно
B	3	Какова тактика лечения больного?
Э	-	Лечение комплексное. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамина (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). В случае успешного лечения, назначение пириметамина и сульфадиазина – пожизненно.
P2	-	Тактика лечения больного указана верно
P1	-	Тактика лечения больного указана не полностью
P0	-	Тактика лечения больного указана неверно
B	4	Какая стадия ВИЧ-инфекции имеется у больного? Обоснуйте.
Э	-	Стадия IVB, фаза прогрессирования, о чем говорит поражение ЦНС и (косвенно) малое количество клеток CD4.
P2	-	Стадия указана верно, обоснована
P1	-	Стадия указана верно, обоснована неверно или не обоснована
P0	-	Стадия указана неверно
B	5	С какими видами поражений ЦНС необходимо дифференцировать церебральный токсоплазмоз при ВИЧ-инфекции?
Э	-	Лимфома головного мозга и другие опухоли, СПИД-дементный синдром, мультифокальная лейкоэнцефалопатия, туберкулема.
P2	-	Заболевания указаны верно
P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
H	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 56 лет. Заболел остро 14.05 около 18 часов. Отметил

		<p>сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела - 40,6°C. Вызвал «скорую помощь», был поставлен диагноз «грипп»; назначено обильное питьё и полоскание горла, жаропонижающие препараты. Ночью спал перерывами. Утром головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на поражённой коже появились пузыри. На 2-й день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжёлое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охвативший голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отёчная. На тыле стопы имеются пузырьки 3×4 см, напряжённые, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними – «розовое пятно». Ороговевание кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110 и 60 мм рт. ст. В лёгких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Основной: Буллезно-геморрагическая рожа правой голени, тяжёлое течение болезни. Сопутствующие: микоз стоп, ожирение</p>
P2		Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма и/или степень тяжести заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	<p>Острое начало болезни с гипертермией до 41 С, выраженного интоксикационного синдрома; локализация местного воспалительного процесса на нижней конечности; развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой и пузырями, заполненными геморрагическим содержимым; развитие регионарного лимфаденита; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое; наличие предрасполагающих факторов (микоз стоп, ожирение).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Определите терапевтическую тактику, назначьте лечение.
Э	-	<p>В связи с тяжестью течения болезни показана госпитализация. Препарат выбора – пенициллин в суточной дозе 6 млн. ЕД в/м. Препараты резерва: цефалоспорины 1 поколения (цефазолин) в суточной дозе 3-6 г в/м 10 дней и клиндамицин в суточной дозе 1,2-2,4 г в/м. При буллезно-геморрагической форме рожи оправдано назначение комбинированной антибактериальной</p>

		терапии бензилпенициллина в указанной дозировке и ципрофлоксацина (800 мг в/в капельно); бензилпенициллина и клиндамицина в указанных дозировках, дезинтоксикационная терапия: парентерально 5% глюкоза, полиионные растворы с добавлением 5-10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; 60-90 мг преднизолона. Целесообразно вскрытие пузырей с последующим УФО, примочки с фурациллином.
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено не в полном объеме
P0	-	Лечение назначено неверно
B	4	Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?
Э	-	Серозно-геморрагическое воспаление кожи с вовлечением в процесс капилляров и лимфатических сосудов кожи.
P2	-	Морфологический субстрат болезни указан верно
P1	-	Не отмечено вовлечение в процесс капилляров или лимфатических сосудов
P0	-	Морфологический субстрат болезни указан неверно
B	5	Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.
Э	-	Микоз стоп и ожирение - предрасполагающие факторы к развитию рецидивирующей рожи. Больной должен быть направлен в кабинет инфекционных болезней для диспансерного наблюдения. Необходимы лечение и профилактика микоза стоп, ожирения. Введение бицилина 5 в дозе 1,5 млн ЕД однократно с интервалом 6 месяцев.
P2	-	Обосновано верно, план составлен верно
P1	-	Обосновано верно, план составлен не полностью
P0	-	Обосновано неверно, план составлен неверно
H	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 45 лет, поступил в тяжелом состоянии, без сознания. Со слов сопровождающих родственников известно, что болен третий день. Заболевание началось остро, с ознобом, температурой 40,2°С, головной болью. Кроме того, были рвота, боли в грудной клетке. На второй день присоединился кашель с мокротой. Эпидемиологические данные: прилетел из Пакистана, где работал на стройке, где были крысы. Заболел в день приезда. Объективно: Состояние крайне тяжелое. На вопросы не отвечает. Акроцианоз и заострившиеся черты лица, двигательное возбуждение. Кашель с кровянистой мокротой. Дыхание: справа в нижней доле небольшое количество сухих и влажных хрипов на фоне ослабленного дыхания с обеих сторон. Перкуторно изменений не выявляется. ЧДД 32. Тоны сердца глухие, пульс 140 уд/мин, слабого

		наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой с белым налётом. Печень и селезёнка увеличены.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Чума, первичная, легочная форма. Инфекционно-токсический шок. ДН 3 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы или без указания осложнений
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Данные эпиданамнеза; острое начало болезни и бурное её развитие; гипертермия до 40,2 С, на фоне резко выраженного интоксикационного синдрома с первых дней кашель с кровавистой мокротой, боли в грудной клетке, сильная одышка; скудные физикальные данные в легких, что не соответствует крайне-тяжелому состоянию больного (акроцианоз, заострившиеся черты лица, двигательное возбуждение, глухие тоны сердца, тахикардия, гипотензия).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Назначьте план обследования.
Э	-	Обследования в лаборатории ООИ. ОАК, ОАМ; Бак.анализ: мокрота, кровь, рвотные массы, моча. РСК, РНГА, РТПГА, ИФА. ПЦР. Правила забора материала и его транспортировки строго регламентированы «Международными медико-санитарными правилами». Персонал работает в противочумных костюмах. Рентгенологическое исследование ОГК: можно увидеть увеличение медиастанальных лимфоузлов, очаговую, лобулярную, реже псевдолобулярную пневмонию, при тяжелом течении – РДС.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения.
Э	-	Внутримышечно: стрептомицин 0,5 г 3 р/д 10 дней, гентамицин 0,16 г 3 р/д 10 дней, амикацин 0,5г 3 р/д 10 дней; внутривенно ципрофлоксацин 0,2 г 2 р/д 7 дней, цефтриаксон 2,0 г 2 р/д 7-10 дней. дезинтоксикация терапия: инфузионно 5-10% глюкоза, полиионные растворы до 40-50 мл/кг в сутки, коррекция дыхательной недостаточности, ДВС-синдрома. Симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз

Э	-	С крупозной пневмонией, легочной формой сибирской язвы.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
Н	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 60 лет, поступил в инфекционное отделение 1 января в 16 часов на 6-й день болезни в крайне тяжелом состоянии. Жалобы: резчайшая одышка, чувство нехватки воздуха, кашель с пенистой кровяной мокротой, головная боль с локализацией в лобно-височных областях, слабость, ломота в мышцах и костях, повышение температуры до 39°C. Заболевание началось остро с температуры и головной боли. Все дни температура держалась в пределах 38,1–39,7°C, присоединился сухой кашель, небольшой насморк. Дома принимал аспирин, постельный режим не соблюдал. На 6-й день болезни состояние резко ухудшилось: появилась кровянистая мокрота, затруднение дыхания. Эпиданамнез: неделю назад был контакт с больной дочерью (катаральные явления, повышенная температура).</p> <p>Объективно: состояние крайне тяжёлое. Менингеальных знаков нет. Температура 39°C. Сознание заторможенное.</p> <p>Выраженная одышка (ЧДД до 50 в мин.) Цианоз губ, кончика носа и ногтей. Сыпи на коже нет. Зев гиперемирован. Тоны сердца глухие, аритмичные (единичные экстрасистолы). Пульс напряжённый, аритмичный. В лёгких рассеянные, сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Осн.: Грипп, тяжелое течение. Осл: Двусторонняя полисегментарная пневмония, ОДН 2-3ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания осложнений
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни с повышением температуры до фебрильных цифр и выраженных симптомов интоксикации; последующее присоединение проявлений респираторного синдрома, а на 6 день болезни – признаков тяжелой пневмонии с дыхательной недостаточностью; данные эпиданамнеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно

В	3	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, рентгенография ОГК, Мазок из носоглотки РНИФ, ИФА, ПЦР-исследования, РТГА, РСК, РНГА.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения.
Э	-	Этиотропная терапия: Противовирусная – Тамифлю (Осельтамивир 75 мг 2 р/д внутрь или Реленза (Занамивир) ингаляционно 5 дней. Антибактериальная терапия: Цефалоспорины 3-го поколения (Цефтриаксон 2,0 в/в+макролиды (Азитромицин 500 1 р/д), противошоковая терапия, пентаглобин, дезинтоксикация, респираторная поддержка, коррекция нарушения КОС и электролитов, десенсибилизация, при необходимости ИВЛ.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Показания к госпитализации больных гриппом
Э	-	Госпитализации подлежат больные с тяжелым или осложненным течением гриппа, а также с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, синдромальным показанием для госпитализации относят: высокую лихорадку, нарушение сознания, многократную рвоту, менингеальный синдром, геморрагический синдром, судорожный синдром, ДН, ССН.
Р2	-	Показания перечислены верно
Р1	-	Показания перечислены не полностью
Р0	-	Показания перечислены неверно
Н	-	028
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ф., 47 лет болен 4-й день. Заболел остро: повысилась температура до 38°С, присоединилась головная боль, слабость. На 3-й - день болезни появилась умеренная боль в горле при глотании, усилилась слабость, сохранилась фебрильная температура. Обратился к врачу – диагностирована ангина. Назначен эритромицин, полоскание зева раствором фурациллина, димедрол, обильное питьё. К 4-му дню болезни температура снизилась до 37,5°С, однако общее состояние ухудшилось – усилилась слабость, стал вялым, адинамичным, обратил внимание на бледность кожи. Госпитализирован. В приёмном отделении: состояние средней тяжести. Температура 37,4°С. Вял. Бледен. В зеве застойно-синюшная гиперемия и отёк слизистой миндалин. На

		миндалинах серо-грязные налёты, выступают над поверхностью, с трудом снимаются шпателем, оставляя кровоточащую поверхность. Плёнка не растирается между шпателями. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, эластичные, не спаяны между собой. Пульс - 90 ударов в мин., ритмичен. АД - 115/70 мм рт. ст.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Дифтерия ротоглотки, локализованная форма
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Диагноз поставлен без указания формы заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, фебрильная температура, умеренная боль в горле при глотании, снижение температуры на фоне прогрессирующего ухудшения состояния, характерные изменения в зеве: застойно-синюшная гиперемия, отек слизистой миндалин, серо-грязные налеты, выступающие над поверхностью миндалин, с трудом снимающиеся шпателем, оставляющие кровоточащую поверхность, пленка не растирается шпателем.
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
Э	-	Лакунарная ангина, инфекционный мононуклеоз, язвенно-некротическая ангина Симановского-Плаута-Венсана, ангинозно-бубонная туляремия, сифилитическая ангина, грибковые поражения ротоглотки.
Р2	-	Заболевания перечислены верно
Р1	-	Заболевания перечислены не полностью
Р0	-	Заболевания перечислены неверно
В	4	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, ЭКГ, бактериологический анализ мазка из носа и ротоглотки.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно
В	5	План лечения.
Э	-	Противодифтерийная сыворотка 10-20 МЕ, антибактериальная терапия: пенициллин, цефалоспорины, макролиды 5-8 дней, дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	029

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Л., 18 лет, заболел остро 22 мая после переохлаждения, когда в 12 часов внезапно появились озноб, сильные головные боли и чувство жара. К вечеру обратился в поликлинику. Температура 37,5°C. Пульс 90 уд/мин. АД 105/60 мм рт.ст. В зеве небольшая гиперемия. Менингеальных знаков нет. Отпущен домой. Поставлен диагноз: «ОРВИ». Ночью состояние резко ухудшилось, нестерпимая головная боль, температура достигла 39°C, отмечалась двукратная рвота. Постепенно стал адинамичен. Перестал отвечать на вопросы. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в ИРО.</p> <p>При осмотре: бледен, в сопоре, пульс - 120 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., тоны сердца резко приглушены. Отмечена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского, очаговых знаков нет, кожные покровы чистые. При люмбальной пункции в ликворе: 857 клеток, преобладают нейтрофилы (92%) ,обнаружены грамотрицательные диплококки.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Менингококковая инфекция. Менингит.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы заболевания или этиологии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни и ее бурное развитие: гипертермия 39 С, нестерпимая головная боль, рвота, выраженный менингеальный синдром, сопор, на первых сутках болезни; обнаружение нейтрофильного плеоцитоза и грамм-отрицательных диплококков в ликворе.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Классификация клинических форм менингококковой инфекции
Э	-	Локализованные формы: носительство, назофарингит; генерализованные формы: менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма; другие редкие формы: артрит, полиартрит, иридоциклит, пневмония, эндокардит.
P2	-	Приведена полная классификация клинических форм менингококковой инфекции
P1	-	Приведена неполная классификация клинических форм менингококковой инфекции (не указаны 1-2 формы)
P0	-	Приведена неполная классификация клинических форм менингококковой инфекции (не указаны 3 и более формы) или классификация приведена неверно

В	4	Назначьте план обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, анализ спинномозговой жидкости (цитоз, биохимические исследования, ИФА, латекс- агглютинация, ПЦР, микроскопия по Граму), микробиологические методы, материал желательно забирать до начала антибактериальной терапии и доставлять в лабораторию немедленно. РЛА для выявления антигена менингококка в спинномозговой жидкости, ПЦР позволяет подтвердить диагноз более чем у 90 % больных. РПГА парных сывороток.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
	5	План лечения.
В	-	Пенициллин 4 млн. ед 6 р/д в/м, цефтриаксон 2,0 г 2 р в/в., левомицетин-сукцинат 1,0 г 3-4 р в/м. Длительность антимикробной терапии зависит от сроков санации СМЖ и составляет 5-10 дней. При снижении цитоза ниже 100 кл в 1 мкл и количестве нейтрофилов ниже 30% при менингококковом менингите СМЖ стерильна. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная-5% глюкоза+полиионные растворы, дегидратация (наиболее часто фуросемид в суточной дозе 20-40 мг максимально 80 мг), анальгетики и седативные препараты.
Э	-	План лечения составлен верно
P2	-	План лечения составлен не полностью
P1	-	План лечения составлен неверно
P0		
Н	-	030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная З., 27 лет, поступила в стационар 30 октября. Больна с конца августа. Заболевание началось остро. После выкидыша поднялась температура тела до 39°C. Отмечались ознобы, повышенная потливость, стала отмечать увеличение голеностопных и лучезапястных суставов. Лечилась в ЦРБ. Диагноз: «ревматоидный полиартрит». Проводилось лечение пенициллином, аспирином. Эффекта не было. После 10-дневного лечения левомицетином, температура снизилась до субфебрильных цифр. Вторая лихорадочная волна с температурой до 40°C отмечена в начале ноября. Вновь стали беспокоить ознобы, потливость, присоединились резкие боли в поясничной области, отечность и нарушение функций правых коленных и голеностопных суставов. Эпидфактор: живет в деревне, имеет в хозяйстве овец. Пьет кипяченое молоко. Все животные содержатся вместе. Весной во время окота были мертворожденные ягнята. При поступлении температура 40°C. Отмечаются повышенная потливость, отечность, болезненность и ограниченность

		подвижности правого коленного и голеностопного суставов. Выявлен микрополиаденит. Дыхание везикулярное. Пульс 120 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижние границы печени на 2 см ниже реберной дуги. Печень мягкая, эластичная. Пальпируется селезенка.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Острый бруцеллез.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма (течение) заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Длительность заболевания 2 месяца, высокая лихорадка с тенденцией к волнообразному течению (снижение температуры до субфебрильных цифр на фоне лечения левомицетином, с последующим повышением после прекращения антимикробной терапии); повторные приступы озноба и пота; удовлетворительной самочувствие больной на фоне высокой и очень высокой температуры; проявление артрита в крупных суставах нижних конечностей, микрополиаденит, гепатолиенальный синдром; выкидыш в анамнезе; яркий эпиданамнез: имеет овец в личном хозяйстве, у которых во время окота были мертворожденные ягнята
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Проведите дифференциальную диагностику
Э	-	Острый бруцеллез следует дифференцировать от заболеваний с высокой лихорадкой. Основное отличие бруцеллеза – удовлетворительное самочувствие больных при высокой температуре. При некоторых заболеваниях (лимфогранулематоз, туберкулез) самочувствие также может оставаться удовлетворительным при высокой температуре. Но для этих заболеваний характерны органые поражения: значительное увеличение какой-либо группы лимфатических узлов, изменение в легких. При остром бруцеллезе нет очаговых органых поражений, бывают лишь увеличенные печень и селезенка.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	4	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови (билирубин, АЛТ, АСТ), бактериологический анализ крови, реакция Райта, Хеддлсона РПГА с бруцеллезным эритроцитарным антигеном, ИФА-определение IgG и IgM, ПЦР, пробы Бюрне или реакция лейколиза. ЭКГ, УЗИ ОБП, рентгенография позвоночника, суставов.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью

P0	-	План обследования составлен неверно
B	5	План лечения.
Э	-	<p>Антибактериальная терапия продолжительностью 1,5 месяца. Рекомендуемые схемы:</p> <p>доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/д + стрептомицин в/м 1,0 г сутки первые 15 дней,</p> <p>доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/д+рифампицин внутрь 600 -900 мг сутки в 1-2 приема;</p> <p>ко-тримоксазол внутрь по 960 мг 2 р/д + рифампицин внутрь 600 мг 1-2 р сутки или стрептомицин в/м 1,0 г сутки первые 15 дней.</p> <p>Эффективны также комбинации доксициклина с гентомицином и рифампицина с офлоксацином. Кроме того, применяются дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, НПВС.</p>
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
H	-	031
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,9оС, появление резкого отека правой руки. Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна появилась пустула с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пустула лопнула и на ее месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие ухудшилось: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 38,5оС.</p> <p>При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация ее безболезненная. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка. По краю корки – темно-багровый венчик, на котором видны везикулы с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненны. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, болезненные при пальпации. Эпиданамнез: больной постоянно живет в городе. Никуда не выезжал. Работает в кооперативе специалистом по выделке шкур животных. Контакт с инфекционными больными отрицает.</p>
B	1	Поставьте и обоснуйте диагноз
Э	-	Сибирская язва, кожная форма, среднетяжелое течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику
Э	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с фурункулезом, туляремией, чумой, трофической язвой
Р2	-	Заболевания перечислены верно
Р1	-	Заболевания перечислены не полностью
Р0	-	Заболевания перечислены неверно
В	3	Тактика участкового врача
Э	-	Необходима экстренная госпитализация. Подать экстренное извещение в органы санэпиднадзора. Выявить контактных
Р2	-	Тактика участкового врача указана верно
Р1	-	Тактика участкового врача указана не полностью
Р0	-	Тактика участкового врача указана неверно
В	4	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании: начала болезни с появления кожных изменений с последующим присоединением синдрома интоксикации; характерной динамики развития местных изменений (зудящее пятно – пузырек – язва, покрытая черной коркой); наличия выраженного отека и регионарной ЛА, венчика, гиперемии и вторичных пузырьков вокруг язвы; безболезненности очага поражения; эпидемиологических данных, свидетельствующих о возможном контакте с сырьем животного происхождения (работа с сырьем животного происхождения).
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	5	Специфическая терапия при сибирской язве
Э	-	Этиотропная терапия: при кожной форме ампициллин 2,0-3,0 г в/м 4 р/д до 14 дней, цiproфлоксацин в/в по 500 мг 2 р/д 10 дней. Возможно применение доксициклина, рифампицина, гентамицина. Для воздействия на иммунитет вводят специфический противосибирезвенный иммуноглобулин 20-100 мл в/м в зависимости от тяжести состояния.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	032
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «Дифтерия ротоглотки». Больна 2-й день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8°С, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле

		усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8°C. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, бледный носогубный треугольник. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины увеличены, рельеф сохранен, с островчатыми наложениями желто-белого цвета обеих сторон, легко снимающимися шпателем. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110 и 60 мм рт. ст. Пульс 100 уд/мин. Из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом «дифтерия».
В	1	Предположительный диагноз.
Э	-	Лакунарная ангина средней степени тяжести
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз
Э	-	Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом, ангиной Симановского-Венсана-Плаута. При дифтерии ротоглотки на миндалинах фибриновые пленки, трудно снимаемые, с наличием кровоточащих дефектов. Пленки плотные, плохо растираются шпателем, тонут в воде. При инфекционном мононуклеозе имеются признаки тонзиллита, которые не купируются применением антибиотиков. Тонзиллит сопровождается увеличением подчелюстных, заднешейных и других групп лимфоузлов, гепатолиенальным синдромом. В лейкоцитарной формуле лимфоциты и моноциты в сумме более 50%. Ангина Симановского-Венсана-Плаута характеризуется слабовыраженными интоксикационным и астеническим симптомами (температура нормальная или субфебрильная), умеренный болевой синдром в ротоглотке, малобезболезненные лимфоузлы, эрозии-язвы на миндалинах, преимущественно односторонний процесс.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не со всеми заболеваниями
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Назначьте план обследования для исключения дифтерии
Э	-	Для исключения дифтерии необходимо провести микроскопию мазка из ротоглотки, бактериологическое исследование, в том числе с использованием питательных сред с теллуридом, общий анализ крови.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте план лечения.
Э	-	Лечение включает этиотропные препараты, например, пенициллин в дозе 3 млн ЕД в сутки, а также дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию, местную антисептическую

		терапию.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Обоснование диагноза
Э	-	Острое начало болезни, выраженная интоксикация, окраска кожных покровов лица, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, рыхлые миндалины с легко снимающимися налетами, а также резкая болезненность подчелюстных лимфоузлов.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
H	-	033
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боль в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Горный Алтай. В течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбужден, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отеком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90 и 60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот безболезненный, пальпируются увеличенная в размерах печень и край селезенки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.
B	1	Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его
Э	-	Чума, вторично-септическая форма, тяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании: острого начала болезни, сочетания выраженной интоксикации и образования бубона с последующим присоединением признаков поражения легких, нарастания интоксикации, развития гепатоспленомегалии; наличия характерных изменений ЛУ (резко болезненный бубон с багрово-синюшной окраской кожи над ним, периаденит) и геморрагического синдрома; указание на работу в полевых

		условиях, не исключающих контакт с грызунами, на территории энзоотичной по чуме.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы или тяжести болезни, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Составьте план лабораторного обследования для подтверждения диагноза
Э	-	Основным методом, подтверждающим диагноз, является бактериологический. Материал для исследования: пунктат бубона, отделяемое из язвы, карбункула, мокрота, мазок из носоглотки, кровь, моча, кал, ликвор, секционный материал. Посев на агар или бульон. Предварительное заключение – при микроскопии мазков обнаружение овоидных биполярных палочек. Окончательная идентификация культуры на 3-5 сутки посева. Серореакции имеют второстепенное значение (парные сыворотки в РПГА). Биопробы на морских свинках, мышах.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	3	Какие препараты этиотропного действия применяют при чуме? укажите дозировки и длительность курса основных препаратов.
Э	-	К возбудителю чумы не обнаружено резистентности к распространенным в применении антибиотикам. Способ применения, дозировка и продолжительность курса зависят от клинической формы болезни. При генерализованной форме: - ципрофлоксацин внутрь 0,75 мг 2 р/д 10-14 дней - амикацин в/м 0,5 г 3 р/д 10 дней - цефтриаксон в/м, в/в 2,0 г 2 р/д 7-10 дней. Могут применяться доксициклин, гентамицин, левомицетин, а также комбинации антибиотиков.
P2	-	Препараты указаны верно, дозировки и длительность курса основных препаратов указаны верно
P1	-	Препараты указаны верно, дозировки и/или длительность курса основных препаратов указаны неверно
P0	-	Препараты указаны не полностью, дозировки и длительность курса основных препаратов указаны неверно
B	4	Проведите дифференциальный диагноз между бубонной формой чумы и туляремией
Э	-	В отличие от чумы при туляремии лихорадка и интоксикация умеренные, бубон малоблезненный, подвижный, с четкими контурами, нагноение возможно на 3-4 неделе и позже. При нормализации температуры тела и удовлетворительном состоянии могут быть вторичные бубоны.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно

В	5	Какие меры профилактики необходимо проводить при чуме?
Э	-	Чума относится к особоопасным, конвенционным болезням. Принимаемые меры изложены в «Международных медико-санитарных правилах» и «Правилах по санитарной охране территории». Неспецифические меры профилактики: эпиднадзор за природными очагами чумы, проведение в них дератизации и дезинсекции, наблюдение за населением в зоне риска, подготовка медучреждений и медперсонала к работе с больными чумой, предупреждение завоза возбудителя из других стран. Специфические: ежегодная иммунизация живой противочумной вакциной лиц, проживающих в эпизоотических очагах или выезжающих в них. Лицам, контактировавшим с источником инфекции, их вещами, трупами животных, проводят экстренную химиопрофилактику антибиотиками в обычных терапевтических дозах 5-7 дней.
P2	-	Меры профилактики указаны верно
P1	-	Меры профилактики указаны не полностью
P0	-	Меры профилактики указаны неверно
Н	-	034
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу в поликлинику, в связи с обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.
В	1	Каков предположительный диагноз?
Э	-	ВИЧ-инфекция, стадия генерализованной персистирующей лимфаденопатии (III ст.).
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания стадии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз
Э	-	Диагноз обоснован наличием увеличения более 2 групп лимфоузлов более 1 см, а также признаками наркомании – следы множественных инъекций по ходу вен.
P2	-	Диагноз обоснован верно

P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Исследование крови на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блотинге, подсчет количества CD4-лимфоцитов
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Какие заболевания необходимо исключить у данного пациента?
Э	-	Острый лейкоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, вирусные гемоконтактные гепатиты.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Укажите возможные пути передачи при ВИЧ-инфекции
Э	-	Основной механизм передачи инфекции – контактный. Естественные пути передачи: половой путь, вертикальный (от инфицированной матери ребенку в периоде беременности, родов, при грудном вскармливании). Искусственные пути передачи: парентеральный – реализуется при различных манипуляциях с нарушением целостности слизистых оболочек и кожных покровов.
P2	-	Пути передачи указаны верно
P1	-	Пути передачи указаны не полностью
P0	-	Пути передачи указаны неверно
Н	-	035
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Е., 55 лет, рабочая завода, заболела остро. Появились озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день температура стала выше - 39°C, сохранялись озноб и ломота в теле. Отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился аппетит, температура держалась на цифрах 39,8-40°C. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление болей в правой половине живота, зуд и отечность кистей рук, отмечалось обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил её как аллергическую, назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную

		пятнисто-папулёзную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемию кистей и стоп, гиперемию слизистой ротоглотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс 100 уд/мин., АД 100 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под рёберного края. Симптом поколачивания по поясничной области положителен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет. На заводе имелись случаи заболевания, сопровождающиеся жидким стулом.
В	1	Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
Э	-	Иерсиниоз, генерализованная форма. Обоснование: лихорадка, характерная сыпь, отёчность и зуд кистей рук, признаки гепатита, боли в животе, групповой характер заболевания.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом, гриппом, осложнённым лекарственной болезнью, энтеровирусной инфекцией.
Э	-	Дифференциальный диагноз: а) с ВГ - аналогичное начало болезни может наблюдаться при вирусном гепатите А, однако, при вирусном гепатите А появление желтухи сопровождается улучшением состояния, нормализацией температуры, высыпания на коже отсутствуют. б) с гриппом, осложнённым лекарственной болезнью – отсутствует синдром ларинготрахеита, развитие токсического гепатита после кратковременного приёма лекарств не характерно. Имеющиеся изменения кистей и стоп патогномично для иерсиниоза. в) с энтеровирусной инфекцией – отсутствие катаральных явлений, выраженного диспепсического синдрома. Характер сыпи, желтуха не свойственны для энтеровирусной инфекции.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не со всеми заболеваниями
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Составьте план лабораторного обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, кал на я/гл; РНГА, РА; ИФА (кровь), РКА (кровь, кал, слюна, моча) для обнаружения антигенов иерсиний, биохимия крови (билирубин, АлТ, АсТ, ГГТП, глюкоза, холестерин, мочевины, креатинин), протромбиновый индекс, посев крови и кала, маркеры вирусных гепатитов.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения.
Э	-	Один из antimicrobных препаратов: пefлоксацин 0,4×2 р; доксициклин 0,1х2 р в сутки; левомицитин 0,5×4 р., рифампицин

		0,3×2 р. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Перечислите возможные клинические варианты при генерализованном иерсиниозе
Э	-	Сепсис, гепатит, пиелонефрит, менингит, пневмония, смешанный
P2	-	Клинические варианты указаны верно
P1	-	Клинические варианты указаны не полностью
P0	-	Клинические варианты указаны неверно
H	-	036
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф». При поступлении жалобы на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отёчность лица. Заболевание началось с повышения температуры до 37,3-37,8°C, с 3-го дня появились боли в мышцах и «отеки глаза». Температура в течение недели достигла 38-38,8°C, появилась головная боль, мышечные боли усилились. На 10-й день появились зудящие высыпания на коже. Контакта с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях, пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом».</p> <p>Состояние при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отёчны. Склеры, конъюнктивы инъектированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бёдер болезненная. В лёгких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин., АД 105 и 60 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезёнки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны центральной нервной системы - без патологии. Анализ крови при поступлении: Hb – 138 г/л, L – 12,8*10⁹/л, эозинофилы – 24%, палочкоядерные 15%, сегментоядерные – 39%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%, СОЭ – 36 мм/час.</p>
B	1	Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Трихинеллёз, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании длительной лихорадки, болей в мышцах, отёчности лица, экзантемы на коже, инъекции сосудов склер и конъюнктив, эозинофилии в крови высокого процента.

P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с брюшным тифом. Какие еще заболевания необходимо исключить?
Э	-	В отличие от трихинеллёза при брюшном тифе отмечаются бледность кожных покровов, заторможенность и адинамия, сыпь носит розеолезный характер, нет зуда в месте экзантемы, отмечается относительная брадикардия, в крови – лейкопения и анэозинофилия. В то же время для брюшного тифа не характерны боли в мышцах и отёк лица. Дифференциальный диагноз следует также проводить с лептоспирозом, сыпным тифом, описторхозом, бруцеллёзом.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно, указаны все заболевания
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, указаны не все заболевания
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение трихинелл в биоптатах мышц больного, в остатках подозрительных мясных продуктов (сала), серологические реакции РНГА, РСК, ИФА.
P2	-	Исследования указаны верно
P1	-	Исследования указаны не полностью
P0	-	Исследования указаны неверно
В	4	Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.
Э	-	В основе патогенеза болезни лежат токсико-аллергическое действие продуктов метаболизма возбудителя и воспалительная реакция мышечной ткани на внедрение личинок возбудителя.
P2	-	Основные звенья патогенеза указаны верно
P1	-	Основные звенья патогенеза указаны не полностью
P0	-	Основные звенья патогенеза указаны неверно
В	5	План лечения больного
Э	-	Лечение следует проводить мебендазолом по 300 мг/сутки в течение 5-10 дней. Одновременно следует назначить антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационная терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	037
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 32 года, свиарка, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «сыпной тиф» на 6-й день болезни. Заболела 17.07., когда отмечала слабость, озноб, боли в ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появились головная боль, рвота; боли в спине и ногах усилились. Обратилась к терапевту, был поставлен диагноз "грипп". 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди немногочисленные петехиальные элементы. В лёгких хрипов нет. Пульс – 120 уд/мин. АД 120 и 90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Признаков поражения центральной нервной системы нет. Пальпация икроножных мышц болезненна, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, моча имеет красноватый оттенок.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
Э	-	Лептоспироз средней тяжести. В пользу этого диагноза говорят острое начало болезни, повышение температуры, боли в мышцах, субиктеричность склер, петехиальная сыпь, увеличение печени, наличия признаков поражения почек, а также эпидемиологический анамнез – работа на свиноферме.
Р2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
Р1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с сыпным тифом.
Э	-	В отличие от лептоспироза при сыпном тифе характерны розеолезно-петехиальная сыпь, симптом Киари-Авцына, симптом Говорова-Годелье, отсутствуют боли в икроножных мышцах и желтуха.
Р2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
Р1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
Р0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Каков механизм заражения в данном случае?
Э	-	Фекально-оральный при уходе за животными (свиньи являются одним из резервуаров возбудителя).
Р2	-	Механизм заражения указан верно
Р1	-	Механизм заражения указан не полностью
Р0	-	Механизм заражения указан неверно
В	4	Каков патогенез мышечных болей при данном заболевании?
Э	-	В скелетных мышцах регистрируются исчезновение поперечно-

		полосатой исчерченности и глыбчатый распад мышечных волокон, а также кровоизлияния и гистиолимфоцитарные инфильтраты. Эти изменения обуславливают резкие мышечные боли, характерные для лептоспироза.
P2	-	Патогенез мышечных болей указан верно
P1	-	Патогенез мышечных болей указан не полностью
P0	-	Патогенез мышечных болей указан неверно
B	5	Лабораторный методы исследования для подтверждения диагноза
Э	-	Реакция микроагглютинации (кровь), ПЦР для обнаружения ДНК лептоспир
P2	-	Исследования указаны верно
P1	-	Исследования указаны не полностью
P0	-	Исследования указаны неверно
H	-	038
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 72 года, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. Температура повысилась до 38,2°C, был озноб. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала анальгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять». Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъектированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высовывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 уд/мин, АД 120 и 70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, в лёгких - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесённых заболеваний: в 1943 г. – сыпной тиф; ежегодно - острые респираторные заболевания, грипп. Больная госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.
B	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его
Э	-	Болезнь Брилла. В пользу этого диагноза говорят острое начало болезни, сочетание синдромов интоксикации с фебрильной, длительной (более 5 дней) лихорадкой, беспокойством, эйфорией, розеолезно-петехиальной сыпи на 5 день болезни; симптом Кари-Авцина, Говорова-Годелье, гепатоспленомегалия; сыпной тиф в анамнезе.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не

		обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с брюшным тифом
Э	-	В отличие от сыпного тифа брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10-й день болезни – розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки. Также при брюшном тифе отмечается относительная брадикардия, вздутие, урчание в животе.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Составьте план обследования для этиологической расшифровки заболевания
Э	-	Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА с брюшнотифозным диагностикумом. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилла» - РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Этиотропная терапия - препаратом выбора является доксициклин по схеме, седативная и кардиотропная терапия, дезинтоксикация.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Что является патоморфологической основой данного заболевания?
Э	-	Развитие универсального генерализованного панваскулита, периваскулита, тромбоваскулита с формированием гранулем и деструктивно-пролиферативного эндотромбоваскулита.
P2	-	Патоморфологическая основа указана верно
P1	-	Патоморфологическая основа указана не полностью
P0	-	Патоморфологическая основа указана неверно
Н	-	039
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н., 58 лет, обратилась к неврологу по поводу сильных болей в правой половине головы; диагностирована невралгия тройничного нерва и назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5-й день состояние больной ухудшилось. Температура тела повысилась до 39,5°C, головная

		<p>боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отёк. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица».</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести. Правая щека и веки отёчны, на правой половине лба и щеке эритема с нечёткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны лёгких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки тройничного нерва.</p>
В	1	Установите диагноз, обоснуйте его.
Э	-	Опоясывающий лишай (herpes zoster). Серозный менингит? Диагноз поставлен на основании характерной динамики болезни, учитывая наличие невралгии тройничного нерва в продромальном периоде, с последующей лихорадкой и появлением местных изменений – эритемы с папулёзно-везикулёзными высыпаниями, наличие головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц говорит о возможном развитии серозного менингита, который характерен для данного заболевания.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Приведите доводы за и против диагноза, установленного при поступлении.
Э	-	Против - для рожи не характерно наличие тригеминита, эритема имеет чёткие границы, более яркая по периферии, отсутствуют папулёзно-везикулярные высыпания, но могут быть буллы. За – при роже заболевание так же часто начинается с интоксикационного синдрома, затем появляются локальные изменения.
P2	-	Доводы приведены верно
P1	-	Доводы приведены не полностью
P0	-	Доводы приведены неверно
В	3	Какова этиология и патогенез этого заболевания.
Э	-	Возбудителем болезни является вирус varicella zoster, который при первичном инфицировании вызывает ветряную оспу, после перенесения этого заболевания вирус персистирует пожизненно в нервных ганглиях. При ослаблении иммунитета возобновляется репликация вируса, который распространяется по нервным волокнам и вызывает поражение кожи в пределах 1-2 сегментов соответствующих нервов.
P2	-	Этиология и патогенез указаны верно
P1	-	Этиология и патогенез указаны не полностью

P0	-	Этиология и патогенез указаны неверно
B	4	Какое исследование позволит уточнить характер поражения ЦНС у данной больной? Опишите характер изменений в анализе, подтверждающий предположительный диагноз «Серозный менингит»
Э	-	Исследование ликвора. Обнаружение признаков воспаления: повышение уровня белка, лимфоцитарный плеоцитоз.
P2	-	Исследование указано верно, характер изменений в ликворе приведен верно
P1	-	Исследование указано верно, характер изменений в ликворе приведен неверно
P0	-	Исследование указано неверно
B	5	Назначьте больному этиотропную терапию
Э	-	Ацикловир (Зовиракс, Виролекс) 15-30 мг/кг/сут в 3 приема в/в капельно.
P2	-	Этиотропная терапия назначена верно
P1	-	Этиотропная терапия назначена без указания доз
P0	-	Этиотропная терапия назначена неверно
H	-	040
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная З., 46 лет. Приехала из Азербайджана 2 недели назад. Поступила с жалобами на периодическое повышение температуры тела (температура носит интермиттирующий характер, пароксизмы наступают с 48-часовым интервалом, развиваются остро, температура достигает за полтора – два часа 39,0 – 40°С, снижается через 2–6 часов с обильными потоотделениями). После пароксизма наблюдается период апирексии. Беспокоит слабость. При осмотре отмечают бледность кожных покровов, глухость тонов сердца, увеличение печени и селезенки, снижение числа эритроцитов в периферической крови до $2,7 \times 10^{12}/л$, увеличение СОЭ до 54 мм/ч.
B	1	Какое заболевание необходимо прежде всего исключить? Обоснуйте.
Э	-	Трехдневная малярия (вивакс, овале, тропическая). Наличие типичных лихорадочных приступов через день, анемия, гепатоспленомегалия, прибытие из региона, эндемичного по малярии.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и какой из методов является основным?
Э	-	Исследование мазков и толстой капли крови для выявления малярийного плазмодия (основной метод), иммунологические экспресс-методы, ПЦР, серологические реакции (нРИФ, РНГА, ИФА)
Р2	-	Исследования указаны верно, основной метод выбран верно
Р1	-	Исследования указаны неполностью или основной метод выбран верно
Р0	-	Исследования указаны неверно
В	3	План лечения
Э	-	Делагил, примахин. Дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
В	4	При какой форме малярии чаще всего наблюдается тяжелое течение и осложнения и почему?
Э	-	При тропической малярии: быстрое нарастание паразитемии, протекание эритроцитарной шизогонии в капиллярах внутренних органов.
Р2	-	Форма указана верно, ответ обоснован
Р1	-	Форма указана верно, ответ не обоснован или обоснован неверно
Р0	-	Форма указана неверно
В	5	Что лежит в основе описанных пароксизмов?
Э	-	Пирогенная реакция на выход в плазму чужеродных белков в составе мерозоитов, продуктов их жизнедеятельности, биологически активных веществ и патологически измененных собственных эритроцитов, появляющихся в результате их разрушения при эритроцитарной шизогонии.
Р2	-	Ответ верный, полный
Р1	-	Ответ не полный
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	041
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная С., 44 лет, бухгалтер, обратилась за медицинской помощью в первый день заболевания. Болезнь началась с болей в подложечной области, тошноты, чувства тяжести и распирания в области желудка. Температура тела оставалась нормальной. Отмечала выраженную головную боль, головокружение, сухость во рту. Отметила и

		ослабление зрения: «туман» перед глазами и двоение предметов. Через несколько часов от момента болезни окружающие обратили внимание на осиплость и гнусавый голос при разговоре больной. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 60 уд. в мин., АД 160 и 95 мм рт. ст. Мидриаз, анизокория, птоз обоих век. Ослабление подвижности мягкого неба. Общая миастения. Частота дыхания 20 в минуту. Сухость слизистых оболочек. Болезненность при пальпации подложечной области. Запор. Мочеиспускание не нарушено. За 12 часов до заболевания ела вяленую рыбу.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Ботулизм, легкая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, форма указана неверно
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, присоединение к диспептическим явлениям неврологической симптоматики, офтальмоплегических (мидриаз, птоз, диплопия, анизокория), бульбарных симптомов (осиплость и гнусавость голоса), употребление в пищу вяленой рыбы обосновывают данный диагноз. Отсутствие острой дыхательной недостаточности, нарушения глотания, выраженной миастении характеризует форму тяжести болезни
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Биологические пробы на мышах. Реакция нейтрализации.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Противоботулиническая сыворотка поливалентная 25 тыс. МЕ в/в по методу Безредко. Промывание желудка, солевое слабительное с последующим назначением кишечного диализа. Введение солевых кристаллоидных растворов парентерально. Симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с пищевыми токсикоинфекциями.
Э	-	Общие симптомы: острое начало болезни с явлениями острого гастроэнтерита. При ботулизме проявления данного синдрома не сопровождаются нарушением водно-электролитного баланса и

		наоборот сопровождаются атонией желудка и кишечника, что приводит к застою содержимого и необходимости промывания. Развитие на этом фоне неврологической симптоматики подтверждают ботулизм. При ПТИ диспептические явления сопровождаются интоксикационным синдромом (повышение температуры, мышечно-суставные боли, снижение гемодинамики, вплоть до развития ИТШ или гиповолемического шока. Проведенная противошоковая терапия нивелирует нарушения зрения, осиплость голоса и гемодинамические показатели при ПТИ.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
H	-	042
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Ж. 36 лет, болен 5-й день. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, недомогание, чувство жара, отсутствие сна. Заболевание началось остро: озноб, головная боль, повышение температуры до 38,0°C в первый день, с 3-го дня сохраняется 38,5-39,3°C.</p> <p>В анамнезе: перенес корь, ангину, эпидемический паротит в детстве, пневмонию и сыпной тиф - в 10 лет.</p> <p>Температура тела 39,0°C. Говорлив, временами морщится и жмурит веки (усиливается головная боль). Кожа лица, шеи и верхних отделов тела гиперемирована. На коже внутренних поверхностей шеи и предплечий, а также боковых отделов груди и живота имеются элементы полиморфной сыпи: розеолы и петехии. Конъюнктивы красные, на переходных складках век - единичные ярко-красные пятнышки. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, у основания язычка мягкого неба - две петехии. Пульс 106 уд/мин, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца ослаблены. АД 105/60 мм рт. ст. Левая граница сердца увеличена на 1 см от среднеключичной линии. Правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. В легких дыхание везикулярное. Справа под углом лопатки - мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания -26 в минуту. Язык показывается толчками, сухой, красный, на поверхности тонкий серый налет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12-10-9 см, край плотный, безболезненный. Селезенка выступает из-под ребер на 2 см, средней плотности, безболезненная. Стул задержан. Мочеиспускание частое, небольшими порциями.</p>
В	1	Установите диагноз
Э	-	Болезнь Брилла-Цинссера, средне-тяжелая форма. Осложнение: Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого
P2	-	Диагноз поставлен верно

P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма или осложнение заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало заболевания, высокая температура, симптомы поражения ЦНС (нарастающая головная боль, бессонница, говорливость, возбуждение, с-м Говорова-Годелье), симптомы панваскулита (гиперемия лица, шеи, верхних отделов туловища, с-м Киари-Авцына, с-м Розенберга, розеозно-петехиальная сыпь), тахикардия, гипотония, одышка, а также данные о том, что больной в 10 лет перенес сыпной тиф, позволяют поставить диагноз.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	РНГА, РСК, РНИФ с риккетсиями Провачека, ПЦР.
P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Антибактериальная терапия (тетрациклин, доксициклин), дезинтоксикационная, патогенетическая, симптоматическая терапия
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Какие осложнения характерны для болезни Брилла?
Э	-	Осложнения встречаются редко, связаны в основном с присоединением вторичной инфекции и преклонным возрастом пациентов: тромбозы, тромбофлебиты.
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ верный, неполный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	043
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной У., 46 лет, поступил на 6-й день болезни. Заболел остро. Повышение температуры тела до 38,5°C, сопровождалось ознобом. В последующие дни температура достигла 39 – 40°C. На 3-й день болезни появились и стали нарастать интенсивные боли в пояснице, жажда, было носовое кровотечение. Заметил уменьшение количества выделяемой мочи. К моменту поступления

		в стационар лицо пастозное гиперемированное, отмечаются инъекции сосудов склер. Икота. В ОАМ: относительная плотность 1005, лейкоциты 2 – 3 в п/зр., эритроциты до 100 в п/зр., фибринные цилиндры. Больной живёт в районе лесного массива.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	ГЛПС, олигурический период, средне-тяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, период или форма указаны неверно или не указаны
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало, четкая цикличность в развитии патологического процесса – наличие лихорадочного (доолигурического) периода с повышением температуры, выраженными симптомами интоксикации, болями в пояснице, геморрагическим синдромом, который сменился олигоурическим периодом. Характерный вид больного: пастозность, гиперемия лица, инъекция сосудов склер, икота. Изменения в ОАМ: изогипостенурия, эритроцитурия, цилиндрурия; характерный эпиданамнез.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, биохимия крови (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ), электролиты крови, КОС, коагулограмма, РНИФ (нарастание титра АТ к вирусу ГЛПС), ИФА, ПЦР; УЗИ почек, КТ, ЭГДС, ЭКГ, рентгенография ОГК
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения
Э	-	Обязательна госпитализация, транспортировка щадящая. Дезинтоксикационная терапия, питьевой режим с учетом выделенной жидкости; профилактика ДВС-синдрома: дезагреганты, ангиопротекторы, борьба с уремической интоксикацией
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Перечислите возможные осложнения
Э	-	ИТШ, ДВС-синдром, азотемическая уремия, отек легких и головного мозга, кровоизлияния, эклампсия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, надрыв или разрыв капсулы почки, инфекционный миокардит, пневмония, сепсис.
P2	-	Осложнения перечислены верно
P1	-	Осложнения перечислены не полностью

P0	-	Осложнения перечислены неверно
Н	-	044
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 43 лет, заболела осенью, когда поранила палец при обработке шкуры с убитого зайца. Через 2 дня повысилась температура тела до 38°C, увеличился левый локтевой лимфатический узел. Лечилась домашними средствами. 3 недели сохранялась высокая температура тела, затем температура субфебрильная. Больная поступила в клинику с увеличением лимфатических узлов: в левой подмышечной области до куриного яйца, левого локтевого – величиной со сливу.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Туляремия, бубонная форма, средней тяжести, острое течение болезни
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указана форма заболевания или тяжесть
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, выраженная температурная реакция в течение 3 недель (без адекватной антибактериальной терапии), лимфаденопатия в виде формирования бубонов, характерный эпиданамнез.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	РА, РНГА, ИФА, кожно-аллергические пробы с тулярином, ПЦР.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Стрептомицин, гентамицин, доксициклин, цефалоспорины 3-го поколения, десенсибилизация, дезинтоксикация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно

В	5	Укажите клинические формы туляремии в зависимости от механизма поражения
Э	-	Бубонная (контактный), язвенно-бубонная (трансмиссивный), глазо-бубонная (аэрозольный), ангинозно-бубонная (фекально-оральный), абдоминальная (фекально-оральный), легочная (аэрозольный), генерализованная (или первично-септическая)
Р2	-	Клинические формы перечислены верно
Р1	-	Клинические формы перечислены верно, но не сопоставлены с механизмом заражения
Р0	-	Клинические формы перечислены неверно
Н	-	045
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 47 лет, поступил на 25-й день болезни. Работал на обмолоте зерна, где было много голубей. Заболел остро: высокая температура тела, кашель, познабливание, поты, головная боль, резкая слабость. В начале заболевания в легких хрипов не отмечалось, через несколько дней появились сухие и единичные влажные хрипы справа с незначительным укорочением перкуторного звука. Мокроты не было. До поступления высокая температура тела держалась в течение двух недель, затем субфебрильная, снизившаяся до нормы на 23-й день болезни. Печень и селезенка увеличены. R-скопия органов грудной клетки: неравномерное затемнение в нижней доле правого легкого, купол диафрагмы ограничен в подвижности. При серологическом исследовании – диагностическое нарастание титра хламидийных антител.
В	1	Установите диагноз
Э	-	Орнитоз, пневмонический вариант.
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указан вариант заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании острого начала болезни, сочетания синдрома интоксикации с длительной лихорадкой и признаков поражения легких в виде атипичной пневмонии, подтвержденной рентгенологически, а также контакта с голубями и диагностического нарастания титра хламидийных антител.
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования для этиологического подтверждения
Э	-	РСК, РТГА, внутрикожно-аллергическая проба с орнитином

P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Тетрациклины (доксциклин), макролиды, дезинтоксикация, десенсибилизация, иммуномодуляторы, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Какие изменения в общем анализе крови характерны для данной патологии?
Э	-	Умеренный лейкоцитоз в начале болезни с последующей нормализацией уровня лейкоцитов с возможным развитием лейкопении, значительное увеличение СОЭ с первых дней болезни.
P2	-	Изменения указаны верно
P1	-	Изменения указаны не полностью
P0	-	Изменения указаны неверно
Н	-	046
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 25 лет, студент ветеринарного вуза, неделю назад вернулся с практики. Где были больные животные. Заболел остро 3 дня назад, повысилась температура тела до 39,2°C, отмечались ознобы, головная боль, разбитость, ломота в теле, мышечные боли. При осмотре лицо гиперемировано. На правом предплечье имеется единичная пустула с серозно-геморрагическим содержимым, с небольшой зоной гиперемии и инфильтрации. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел (3,5x3,5 см), слабо болезненный, подвижный.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Туляремия, язвенно-бубонная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно,
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Развитие болезни после контакта с животными, сочетание в клинической картине интоксикации с местными проявлениями в виде пустулы с серозно-геморрагическим содержимым и регионарного лимфаденита (бубона), малоблезненного, не спаянного с окружающими тканями.
P2	-	Диагноз обоснован верно

P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	РА, РНГА, ИФА, кожно-аллергические пробы с тулярином, ПЦР.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения
Э	-	Один из перечисленных антибиотиков: стрептомицин, гентамицин, доксициклин, цефалоспорины 3-го поколения; десенсибилизация, детоксикация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Перечислите возможные пути заражения
Э	-	Трансмиссивный, контактный, воздушно-пылевой, пищевой, водный.
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ не полный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	047
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А., 39 лет, поступил в стационар на 3-й день болезни с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, отсутствие аппетита, частый жидкий стул со слизью. Объективно: температура тела 38°C, пульс 88 ударов в мин. АД 110 и 60 мм рт. ст., кожные покровы сухие, со стороны сердца и легких отклонений не найдено. Язык суховат, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, болезнен по ходу толстого кишечника, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Острый шигеллез клинически. Среднетяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании наличия синдрома дистального колита, на что указывает болезненная спазмированная

		сигмовидная кишка, жидкий стул со слизью; умеренный интоксикационный синдром.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Составьте план обследования, подтверждающий диагноз
Э	-	Бактериологический анализ кала (среды Плоскирева, Эндо, Левина), копроскопия, РНГА, при необходимости – ректороманоскопия.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
V	4	Составьте план лечения
Э	-	Ципрофлоксацин или цефтриаксон в комбинации с сульфаниламидами курсом 5 дней, детоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
V	5	Проведите дифференциальную диагностику между острым шигеллезом Зонне и гастроэнтероколитической формой сальмонеллеза.
Э	-	Общими симптомами являются: боли в животе с локализацией в области пупка и подвздошных областях, жидкий стул с примесью слизи, возможна рвота. Так как морфологическое поражение отделов кишечника одинаково, то клиническая дифференциация невозможна без проведения бактериологического исследования кала, серологического исследования с использованием сальмонеллезных и дизентерийных диагностикумов.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
H	-	048
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 32 лет, поступил в клинику инфекционных болезней на четвертый день болезни без сознания. По словам жены, за день до заболевания переохладился, заболел остро: с ознобом поднялась температура тела до 38°C, появились головная боль и рвота. На второй день болезни температура тела достигла 40,2°C, головная боль усилилась, рвота повторялась неоднократно.

		К четвертому дню состояние больного ухудшилось, потерял сознание. При поступлении в стационар состояние крайне тяжелое. Выражено психомоторное возбуждение. Кожа лица и туловища гиперемирована, сыпи нет. Слизистые оболочки губ цианотичны. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца глухие, пульс 140 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Ригидность мышц затылка. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Произведена спинномозговая пункция. В ликворе – 1360 клеток (нейтрофилов 92%).
В	1	Установите диагноз
Э	-	Гнойный менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, не указано осложнение
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Остро развившиеся менингеальные симптомы с выраженной ригидностью мышц затылка и положительными симптомами Кернига и Брудзинского, выраженный нейтрофилез в ликворе обосновывают диагноз. Тахикардия до 140 в мин, отсутствие сознания указывают на высокое внутричерепное давление, что обосновывает осложнение.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	ОАК, ОАМ. Бактериологический анализ ликвора, отделяемого из носа и ротоглотки. Рентгенография придаточных пазух лобной кости и верхней челюсти, ревизия ротоглотки, зубов, ушей. Консультация ЛОР-врача и невролога, окулиста. Клинический анализ спинномозговой жидкости.
P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Фторхинолоны и цефалоспорины в максимальной суточной дозе парентерально, дегидратация, десенсибилизация, детоксикация, глюкокортикостероиды, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
Э	-	Менингококковая инфекция, менингит; гнойные менингиты,

		вызванные пневмококком и гемофильной палочкой; вторичные гнойные менингиты.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
Н	-	049
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 50 лет. Обратился к врачу на 5-й день болезни. 10 дней назад рыбачил на пруду и купался, на берегу которого расположена свиноферма. Заболел остро, все дни температура 38-39 °С, бессонница, выраженные боли в области мышц шеи, спины, поясницы и, особенно, икроножных. Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивит, склерит. Желтуха кожи и склер. На коже груди - полиморфная сыпь, положительный симптом «жгута, щипка», геморрагические высыпания на груди. Отчетливо пальпируется печень на 2 см ниже реберной дуги. АД - 90 и 70 мм рт.ст. Стал реже мочиться, малыми порциями. Стул не изменен.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Лептоспироз, тяжелая форма. Осложнение: инфекционно-токсический шок, ОПН.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма или не установлено осложнение.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, постоянно высокая температура, выраженный интоксикационный синдром, миалгии, особенно икроножных мышц вместе с эпидфактором заставляют предполагать лептоспироз. Последующее развитие к 5 дню желтухи печеночного типа и проявлений ренального синдрома с наличием геморрагического синдрома, изменения гемодинамики полностью подтверждают этот диагноз и осложнения.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План специфического обследования
Э	-	Реакция агглютинации лизиса лептоспир методом парных сывороток, микроскопическая агглютинация по определению АТ в крови, спинномозговой жидкости, тканях. Бактериоскопия крови и мочи в темном поле, биохимический анализ: билирубин,

		трансаминазы, мочевины, креатинина крови, КОС и электролиты крови, коагулограмма.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	План лечения
Э	-	Пенициллин, цефалоспорины 3 –го поколения, противошоковая терапия, детоксикация, коррекция КОС, гемостаза, антиоксиданты, десенсибилизирующие средства, глюкокортикостероиды, лечение ОПН.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Проведите дифференциальную диагностику с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
Э	-	Общие симптомы: цикличность по периодам развития патологии, интоксикационный синдром в начале заболевания, ренальный синдром. Отличия ГЛПС связаны с тем, что 1 период доолигурический сменяется на олигурический с характерным проявлением ОПН. Уже в 1 период начинают проявляться геморрагический синдром и массивная вазопатия, тромбоцитопения, что характерно для ГЛПС. В последующем начинается полиурический период. При лептоспирозе кроме развития печеночного типа желтухи и ОПН может присоединяться серозный менингит (менингоэнцефалит).
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ не полный
P0	-	Ответ неверный
H	-	050
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 78 лет. Заболел остро через 3 часа после употребления яйца всмятку. Появились озноб, сильная головная боль, температура 39,2 °С, боли в эпигастрии, затем 2 раза были рвота и частый обильный стул типа «болотной тины». Больной возбужден, раздражителен, беспокоит температура 39°С, головная боль. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100 и 60 мм рт.ст. Живот болезненный по ходу толстого кишечника, урчит при пальпации. Стул обильный, зеленого цвета. Ночью был бред. Больному проведено лечение (регидрон, внутривенно квартасоль, ферментные препараты), но несмотря на это температура гектического типа, сохраняются ознобы, тахикардия, гипотония, к

		концу первой недели увеличились печень и селезенка, появились розеолы на коже живота, стул энтеритный через день. Посев крови на желчный бульон – гемокультура <i>Salmonellaenteritidis</i> .
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Сальмонеллез. Генерализованное форма. Тяжелая форма. Инфекционно-токсический шок.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, комбинация продолжительной высокой температуры постоянного типа с синдромом гастроэнтерита, последующее появление гепатолиенального синдрома и нарушение гемодинамики являются следствием формирования синдрома системного воспалительного ответа, проявляющегося полиорганной недостаточностью, что характерно для генерализации патологического процесса. гемокультура <i>Salmonellaenteritidis</i> полностью подтверждает диагноз.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Бак. анализ крови, кала, рвотных масс, РНГА, КОС, электролиты крови, развернутый биохимический анализ крови, ЭКГ.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Ципрофлоксацин 500 мг 2 р/д, цефтриаксон 1 г 2 р/д или их комбинация. противошоковая терапия с последующей детоксикацией: солевые кристаллоидные растворы для коррекция КОС, ВОБ, симптоматическая терапия. глюкокортикоиды.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с инфарктом миокарда
Э	-	Общими симптомами являются: наличие болей в эпигастрии, нарушение гемодинамики. Необходимо проведение ЭКГ в динамике. Мощный интоксикационный синдром, наличие возрастных изменений сосудов может провоцировать развитие острой коронарной недостаточности.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно

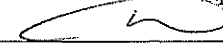



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 »  2022_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ
ФТД, факультативы, ФТД1**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
31.08.03 ТОКСИКОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1045
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация
Врач-токсиколог
Форма обучения
ОЧНАЯ

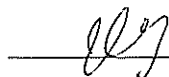
Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедры
инфекционных болезней

Протокол от 21.06.2022 г. № 4

Заведующий кафедрой:

 А.А. Шульдяков

Карта компетенций с указанием этапов их формирования, видов и форм контроля

№ п/п	Контролируемые разделы учебной дисциплины	Контролируемые компетенции	Индикатор выполнения компетенции	Фонд оценочных средств		Зачет
				Вид оценочного средства	Количество вариантов заданий	
1.	Общие вопросы инфекционных болезней. Генерализованные инфекции. Сепсис.	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	Зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	12	
2.	Кишечные инфекции и гельминтозы	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	14	
3.	Воздушно-капельные инфекции	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	27	
4.	Вирусные гепатиты	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	13	

				я		
5.	Карантинные и особо опасные инфекции	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-12		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-12		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-12		Комплект вопросов для собеседования	6	
6.	Зоонозные инфекции	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	10	
7.	Трансмиссивные и раневые инфекции	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-12		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-12		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-12		Комплект вопросов для собеседования	10	
8.	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых заданий	110	зачет
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11		Комплект вопросов для собеседования	15	
9.	Нейроинфекции	УК 1; ПК 1,2,4-6, 8-11		Комплект тестовых	110	зачет

			заданий		
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Комплект ситуационных задач	7	
		УК 1, 2; ПК 1-6, 8-11	Комплект вопросов для собеседовани я	13	

Промежуточная аттестация проводится после каждого семестра и включает в себя следующие темы:

№ п/п	№ промежуточной аттестации	Темы
1.	1 промежуточная аттестация в форме зачета после 1 семестра обучения	Общие вопросы инфекционных болезней. Генерализованные инфекции. Сепсис
2.		Кишечные инфекции и гельминтозы
3.		Воздушно-капельные инфекции
4.	2 промежуточная аттестация в форме зачета после 2 семестра обучения	Вирусные гепатиты
5.		Карантинные и особо опасные инфекции
6.	3 промежуточная аттестация в форме зачета после 3 семестра обучения	Зоонозные инфекции
7.		Трансмиссивные и раневые инфекции
8.	4 промежуточная аттестация в форме зачета после 4 семестра обучения	ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциированные заболевания у детей и взрослых
9.		Нейроинфекции

Схема проверки компетенций по типовым тестовым заданиям для проведения промежуточной аттестации в целом.

Индекс компетенции	Индикатор выполнения компетенции	Номера вопросов
--------------------	----------------------------------	-----------------

УК-1		8, 9, 15, 16, 23, 27, 32, 33, 40, 41, 45, 46, 92, 109-111, 118, 123, 136, 149, 150, 164, 165, 171, 185, 196, 215, 222, 249, 250, 303, 318, 338, 376, 382, 383, 415, 457, 471, 489, 530, 551, 591, 594, 613, 644, 659, 673, 678, 689, 698, 716, 717, 736, 738, 741-743, 755, 772, 780, 786, 812, 875, 895, 899, 908, 912, 922, 931, 933, 934, 938, 947, 955, 956, 985, 100, 1026, 1027, 1032, 1036, 1037, 1048, 1058, 1059, 1078, 1087-1089, 1121, 1163, 1170, 1173, 1227, 1264, 1340.
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	14, 34-39, 42-44, 50, 79, 89, 90, 93, 94, 108, 113, 114, 121, 138, 145-148, 159, 160, 168-170, 172, 179-182, 186-188, 193-195, 205-208, 210, 211, 216-221, 223, 226, 231-238, 240-248, 253, 254, 272-274, 277, 286, 287, 292-296, 300-

		302, 304, 309, 319-321, 325, 328, 329, 332, 334-336, 339, 341, 342, 349, 351,352, 356, 366, 373, 375, 377-380, 384, 385, 396, 397, 406, 411, 412, 425, 426, 429- 431, 443, 445, 454-456, 458, 459, 464-466, 472, 478, 487, 488, 490, 507, 509-517, 522, 524-529, 531- 533, 535, 543, 550, 552, 557, 558, 560, 561, 577, 581, 597, 599, 611, 612, 627, 629-631, 638-643, 646, 663, 669-672, 683, 686-688, 690, 695-697, 700, 705-715, 719, 721, 722, 732, 735, 737, 744, 751-754, 763, 764, 770, 771, 773, 779, 784, 785, 794, 795, 799, 803- 811, 813, 816, 819, 825, 827, 829, 830, 835- 837, 843-846, 851, 854-856, 859, 863-865, 873, 874, 878, 884, 885, 891, 892, 896-898, 905-907, 911, 914, 915, 920, 921, 923, 924, 926, 928-930, 935-937, 943, 945, 946, 952- 954, 983, 984,
--	--	--

		986, 1002, 1016, 1020, 1024, 1033, 1055, 1057, 1066-1069, 1073-1075, 1079, 1085, 1136, 1164, 1171, 1172, 1187-1190, 1213-1216, 1246-1249.
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	24, 67, 80, 87, 112, 279, 372, 408, 409, 441, 452, 486, 523, 549, 603-605, 610, 667, 750, 765, 824, 950, 1115, 1158-1161.
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	11, 12, 13, 48, 437,
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-7, 10, 17, 18, 25, 26, 28, 29, 47, 49, 51, 52-66, 68, 69, 71-78, 88, 91, 95-102, 115, 117, 124-134, 151, 156, 161, 162, 173-175, 183, 184, 189-191, 197-200, 202, 203, 212-213, 224, 225, 227-230, 251, 252, 255-267, 275, 276, 278, 282- 285, 288-291, 298, 299, 305-308, 310-317, 322-324, 326, 327, 330, 331, 340, 343-348, 353-355, 357-365, 374, 386-395, 398, 403, 405, 410, 413, 414, 416-423, 427,

		432-436, 438-440, 442, 444, 446, 447, 450, 451, 453, 460-463, 467-470, 473-477, 479-481, 491-506, 508, 518-521, 534, 536-542, 544-547, 553-556, 559, 562-573, 575, 576, 578, 579, 583-588, 592, 593, 595, 596, 598, 600-602, 606-609, 614-626, 628, 632, 633, 645, 647-658, 660-662, 674-677, 679, 680, 682, 691-694, 699, 701-704, 718, 720, 723-727, 739, 740, 745-747, 756-762, 774-778, 787-793, 796-798, 814, 815, 817, 818, 820-823, 826, 828, 832-834, 847-850, 852, 853, 857, 858, 867-872, 876, 877, 879-883, 886, 893, 894, 900, 901, 909, 916-919, 925, 932, 939-942, 951, 957-969, 873-982, 987-991, 993, 997-999, 1001, 1004, 1006, 1008, 1011, 1013, 1017, 1019, 1021-1023, 1025, 1028, 1029, 1031, 1034, 1035, 1038-1047, 1049-
--	--	--

		1054, 1055, 1056, 1060-1063, 1065, 1070-1072, 1076, 1077, 1080-1084, 1086, 1090-1095, 1098-1108, 1110, 1112-1114, 1117-1120, 1122-1133, 1135, 1137-1139, 1142, 1143, 1145-1147, 1149-1157, 1162, 1165, 1167-1169, 1174-1186, 1203-1212, 1221-1226, 1228-1244, 1250-1253, 1256-1259, 1275, 1306-1308, 1318-1327, 1329, 1330, 1334-1339, 1343-1348.
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями	22, 70, 81-86, 103-107, 116, 119, 120, 135, 137, 139-144, 152-155, 157, 158, 163, 166, 167, 176-178, 192, 201, 204, 209, 214, 239, 268-271, 280, 281, 297, 333, 350, 367-371, 381, 399-402, 404, 407, 424, 428, 448, 449, 482-485, 548, 574, 580, 582, 589, 590, 634, 635, 664-666, 681, 684, 728-731, 733, 734, 748, 766-768,

		781, 782, 800-802, 838-841, 860-862, 887-890, 902, 910, 927, 944, 948, 970-972, 992, 1007, 1012, 1030, 1064, 1096, 1097, 1109, 1111, 1116, 1134, 1140, 1144, 1166, 1191-1202, 1245, 1254, 1255, 1260-1263, 1265-1274, 1276-1305, 1309-1317, 1328, 1331-1333, 1341, 1342.
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.	19-21
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	122, 337, 636, 637, 668, 685, 769, 783, 842, 903, 913, 994-996, 1010, 1015, 1018, 1141, 1148, 1217- 1220.
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	31, 749, 831, 904, 949,
ПК11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	30,
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	1-8 167, 176-178, 192, 201, 204, 1111, 1116, 1134, 1140, 1144, 1166, 1191-1202, 1245, 1254, 1255,

Схема проверки компетенций по типовым ситуационным задачам для проведения промежуточной аттестации в целом

Индекс компетенции	Индикатор выполнения компетенции	Номера вопросов
1	2	3
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-50
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-50
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1-50
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1-50
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	1-50
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1-50
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-50
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями	1-50
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.	1-50
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1-50
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1-50
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1-50

ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	1-50
-------	---	------

Схема проверки компетенций по вопросам для проведения промежуточной аттестации

Индекс компетенции	Индикатор выполнения компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-120
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-120
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1-120
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1-120
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	1-120
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1-120
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-120
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями	1-120
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации.	1-120
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1-120
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1-120
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания	1-120

	медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	1-120

Комплект тестовых заданий для промежуточной аттестации ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

1 Ведущая жалоба при острой кишечной диарее:

- Боли в животе
- Рвота
- Лихорадка
- Нарушение остроты зрения
- + **Частый разжиженный стул**

#

2 Патогномоничный симптом при менингококкемии:

- Лихорадка
- Рвота
- Головная боль
- Жидкий стул
- + **Звездчатая геморрагическая сыпь появляется в первые сутки болезни**

#

3 Для постоянной лихорадки характерно все, кроме:

- Температурная высокая с колебанием менее 1° в сутки
- Нет ознобов
- Нет потов
- Кожа горячая
- + **Кожа холодная**

#

4 Для послабляющей лихорадки характерно всё, кроме:

- Суточное колебание температуры 1-2°, не достигая нормы
- Познабливания
- Потоотделение
- Типично для бруцеллёза
- + **Температура в течение суток снижается до нормы**

#

5 Для перемежающейся лихорадки характерно всё, кроме:

- Правильное чередование температуры
- Подъем температуры сопровождается ознобом
- Спад температуры сопровождается обильным потоотделением
- Типично для малярии
- + **Типично для шигеллёза**

#

6 Для гектической лихорадки характерно всё, кроме:

- Суточный размах температуры 3-4°
- Снижение температуры до нормы
- Потрясающий озноб
- Обильные поты
- + **Характерно для брюшного тифа**

#

7 Для возвратной лихорадки характерно всё, кроме:

- Чередование высокой постоянной лихорадки до недели с нормальной температурой до 5-7 дней

- Температура снижается критически

- При снижении температуры обильное потоотделение

+ **При снижении температуры нет потоотделения**

- Типично для возвратного сыпного тифа

#

8 Генерализованная лимфаденопатия характерна при всех заболеваниях, кроме:

- Инфекционный мононуклеоз

- Бруцеллёз

- ВИЧ-инфекция

+ **Дифиллоботриоз**

- Краснуха

#

9 Какой класс иммуноглобулинов защищает слизистую оболочку дыхательных путей и ЖКТ:

- Ig M

- Ig G

+ **Ig A**

- Ig D

- Ig E

#

10 Розеолезная сыпь может встречаться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- Брюшного тифа.

- Паратифа А и Б.

- Сыпного тифа.

+ **Гриппа.**

- Псевдотуберкулез.

#

11. Самая распространенная и многочисленная группа микроорганизмов в биосфере земли:

- Риккетсии

- Вирусы

- Простейшие

+ **Бактерии**

- Грибы

#

12. Определение бацилл:

+ **Спорообразующие аэробы**

- Факультативные анаэробы

- Условно-патогенные кокки

- Патогенные кишечные палочки

- Непатогенные кишечные палочки

#

13. Определение клостридий:

- Дрожжеподобные грибы

- Простейшие
- + **Спорообразующие анаэробы**
- Неспорообразующие анаэробы
- Спорообразующие аэробы

#

14. Для пассивно приобретенного иммунитета характерно все перечисленное, кроме:

- Антибактерический
- Антитоксический

+ **Антигельминтный**

- Антивирусный
- Трансплантационный

#

15. Причинами энцефалопатии у инфекционных больных являются:

- Воспаление головного мозга и (или) оболочек
- Нарушение кровотока и метаболизма
- Интоксикация микробного происхождения
- Ничего из перечисленного

+ **Все перечисленное**

#

16. Какой класс иммуноглобулинов появляется сразу после первичной антигенной стимуляции:

+ **Ig M**

- Ig G
- Ig A
- Ig D
- Ig E

#

17. Для состояния сопора не характерно:

- Угнетенное сознание с отсутствием словесного контакта
- Сохранение реакции на боль

+ **Отсутствие зрачковых, корнеальных рефлексов**

- Часто возбуждение, тремор
- Бред

#

18. В состоянии глубокой комы не наблюдается:

- Отсутствие сознания

+ **Сохранение реакции на боль**

- Угнетение сухожильных и других рефлексов
- Непроизвольное мочеиспускание, дефекация
- Грубые нарушения дыхания

#

19. Основные направления и принципы лечения инфекционных болезней направлены на:

- Воздействие на возбудителя
- Нейтрализацию токсинов
- Воздействие на макроорганизм
- Детоксикацию

+Все выше перечисленное

#

20. К средствам специфического воздействия на возбудителя относится все вышеперечисленное, кроме:

- Антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны
- Интерфероны
- Бактериофаги
- Сыворотки, иммуноглобулин

+Все перечисленное

#

21. К неспецифическим методам лечения инфекционных болезней относятся:

- Дезинтоксикационная терапия.
- Препараты крови и кровезаменители.
- Кортикостероидная терапия.
- Гемодиализ. Плазмоферез

+Все перечисленное

#

22. Показаниями к гормональной терапии при инфекционных заболеваниях являются:

- Нейротоксикоз с гипертермией
- Инфекционно-токсический шок
- Отек и набухание головного мозга, вирусные и поствакцинальные энцефалиты
- Выраженные аллергические и аутоиммунные реакции

+Все перечисленное

#

23. Для какого инфекционного заболевания, характерно рецидивирующее течение:

- Вирусный гепатит А
- Грипп

+Малярия

- Ботулизм
- Менингококковая инфекция

#

24. Для профилактических прививок применяют:

- Живые вакцины
- Убитые вакцины
- Химические вакцины
- Анатоксины

+Все перечисленное

#

25. Основными клиническими симптомами лекарственной аллергии являются:

- Сыпь, отеки, кожный зуд
- Лихорадка, лимфаденопатия
- Артралгии
- Стоматит, гингивит, глоссит

+Все перечисленное

#

26. Лекарственный дисбактериоз обычно развивается при применении всех перечисленных препаратов, кроме:

- Сульфаниламидов
- Антибиотиков
- Цитостатиков
- Кортикостероидов

+Транквилизаторов

#

27. Основным фактором, способствующим возникновению дисбактериоза, является:

- Кратность приема препарата
- Короткий курс лечения
- Путь введения препарата в организм
- Длительность применения и повторные курсы лечения

+Механизм действия препарата

#

28. Ведущим клиническим симптомом при дисбактериозе является:

- Лихорадка
- Кожная сыпь
- Артралгия

+Дисфункция желудочно-кишечного тракта

- Стоматит

#

29. Основанием для диагноза “лекарственная лихорадка” является:

- Отсутствие у больного заболеваний, способных вызвать повышение температуры

+Связь подъема температуры по времени с приемом “сенсibiliзирующего” лекарства

- Нормализация температуры тела в течение 72 часов после отмены лекарственного средства
- Все перечисленное
- Связь с приемом пищи

#

30. Заболеваемость детей инфекционными болезнями определяется количеством случаев данной нозологии за определенный период на:

- 10000(100000) населения

+ 10000(100000) детского населения

- 1000 родившихся
- 2000 родившихся
- 5000 родившихся

#

31. При выявлении инфекционного заболевания, не относящегося к особо опасным инфекциям, экстренное извещение должно быть отправлено в течение:

- 1 суток
- 3 дней

+ Немедленно

- 7 дней
- 30 дней

#

32. Фекально-оральный механизм передачи возбудителя характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:

- Брюшной тиф
- Холера
- + **Грипп**
- Шигеллёз
- Сальмонеллёз

#

33. Воздушно-капельный механизм передачи возбудителя характерен для всех перечисленных заболеваний, кроме:

- Дифтерия
- Грипп
- Коклюш
- + **Бешенств**
- Туберкулез легких

#

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ

1 Для брюшнотифозной палочки характерно все перечисленное, кроме:

- Относится к сальмонеллам группы Д
- +**Относится к сальмонеллам группы В**
- Патогенна только для человека
- Спор и капсул не образует
- Образует эндотоксин

#

2 Возбудитель брюшного тифа обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

- При разрушении освобождается эндотоксин
- Образует ферментативно-токсические вещества
- Сохраняется в сточной воде до 2 недель
- Содержит 2 основных антигенных комплекса
- +**Сохраняется при нагревании до 100 градусов**

#

3 Для паратифозных бактерий характерно все перечисленное, кроме:

- Содержат эндотоксин
- +**Относятся к сальмонеллам группы Д**
- Хорошо сохраняются во внешней среде
- Образуют ферментативно-токсические вещества
- Быстро погибают при 100 градусах

#

4 Механизмы передачи брюшного тифа

- Капельный
- Трансмиссивный

+Фекально-оральный

- Аэрогенный
- Контактный

#

5 Сезонность заболевания при брюшном тифе

- Отсутствует

+Осенне-летняя

- Весенне-летняя
- Весенне-зимняя
- Осенне-зимняя

#

6 Восприимчивость к брюшному тифу характеризуется следующим:

- 1) к брюшному тифу существует всеобщая восприимчивость
- 2) увеличение в последнее время среди больных удельного веса детей
- 3) низкая заболеваемость грудных детей
- 4) наибольшее число заболевших среди лиц 15-29 лет
- 5) нет существенных различий

+Верны все ответы

- Верны все ответы, кроме 1
- Верны все ответы, кроме 2),3)
- Верны все ответы, кроме 4),5)
- Неверны все ответы, кроме 1

#

7 Звенья патогенеза при брюшном тифе

- Внедрение возбудителя в организм в тонкой кишке
- Развитие лимфаденита мезентериальных лимфоузлов
- Бактериемия, паренхиматозная диффузия
- Выделение возбудителя из организма, формирование иммунитета

+Все перечисленное

#

8 В патогенезе брюшного тифа участвуют все следующие факторы, кроме

+Непосредственного поражения клеток эпителия кишечника

- Бактериемии, эндотоксинемии
- Лимфогенного и гематогенного пути распространения возбудителя
- Поражения сердечно-сосудистой и нервной системы.
- Трофические и сосудистые нарушения в слизистой тонкой кишки

#

9 Миграция брюшнотифозных палочек в организме возможна всеми перечисленными путями, кроме

+Непосредственного проникновения из эпителия кишечника в кровеносную систему

- Внедрения в лимфатические фолликулы стенки кишки
- Проникновения по лимфатическим путям в мезентериальные и забрюшинные лимфоузлы
- Проникновения в грудной лимфатический проток
- Бактериемии после накопления возбудителя в лимфатической системе

#

10 Гематогенная диссеминация возбудителя при брюшном тифе характеризуется всеми следующими особенностями, кроме:

+Происходит одновременно

- В органах и тканях образуются тканевые очаги инфекции
- Бактериemia сохраняется весь лихорадочный период
- Возможно повторное поступление возбудителя в кровь из тканевых очагов
- При гематогенной диссеминации происходит гибель возбудителя и выделение эндотоксина

#

11 Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит

- Непосредственно из крови

+Из желчного пузыря вместе с желчью

- Из лимфатических образований кишечника
- Из клеток эпителия кишечника
- Из розеола

#

12 Патогенетическими механизмами образования язв в кишечнике при брюшном тифе являются все перечисленные, кроме

+Банальной воспалительной реакции, лейкоцитарной инфильтрации

- Воздействия эндотоксином непосредственно на лимфатические образования кишечника
- Токсического действия эндотоксина на периферические вегетативные узлы кишечника с развитием сосудистых и трофических изменений в его лимфатических образованиях и слизистой оболочке
- Мозговидного набухания, некроза
- Отторжения некротических тканей и образования язв

#

13 Основными звеньями патогенеза кишечного кровотечения при брюшном тифе является все перечисленное, кроме

- Гиперэргического воспаления
- Нарушения микроциркуляции
- Повышения сосудистой проницаемости

+Развития тромбгеморрагического синдрома

- Повышения сывороточной протеолитической активности

#

14 Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

- Вирулентность возбудителя
- Наличие рецидивов заболевания

+Индивидуальное несовершенство иммунитета

- Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии
- Наличие хронических заболеваний

#

15 Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе

- Несколько часов
- 1-8 дней

+9-14 дней

- 15-25 дней

- 25-40 дней

#

16 Для брюшного тифа характерно

+Постепенное начало болезни с максимальной выраженностью клинической симптоматики на 8-9 день

- Острое начало болезни

- Наличие атипичных форм

- Частое выявление продромального периода

- Все перечисленное

#

17 К ранним признакам брюшного тифа относятся все перечисленное кроме

- Головной боли

+Кишечного кровотечения

- Бессонницы

- Лихорадки

- Интоксикации

#

18 В продромальном периоде брюшного тифа наблюдается все перечисленное, кроме

+Общее состояние не нарушается

- Появление субфебрилитета

- Снижается трудоспособность

- Недомогание, разбитость, головная боль, усталость

- Ухудшение сна и аппетита

#

19 Лихорадка при брюшном тифе характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме

- Носит фебрильный характер

- Средняя продолжительность 13-15 дней

- Суточные колебания обычно не превышают 1 град.

- Может быть, неправильного и ремиттирующего типа

+Обычно не превышает 39 град.

#

20 При брюшном тифе со стороны нервной системы наблюдается:

1) головная боль

2) апатия, адинамия

3) заторможенность

4) общая слабость

5) менингеальный симптом

- Верно 1,2,3

- Верно 1,3,5

- Верно 2,4

- Верно 4,5

+1,2,3,4 верно

#

21 Признаками “Тифозного статуса” являются все перечисленные, кроме:

- Апатия, адинамия
- Бред
- Потеря сознания

+Эйфория

- Заторможенность

#

22 При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи

- Бледность кожных покровов
- Желтоватый оттенок стоп и ладоней
- Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностях грудной клетки
- Розеолезно-петехиальная сыпь при тяжелых формах

- Все перечисленное

#

23 Сроки появления сыпи при брюшном тифе

- В инкубационном периоде
- 1-7 день болезни

+8-10 день болезни

- В период реконвалесценции
- Все перечисленное

#

24 Сыпь при брюшном тифе

- Появляется одномоментно

+Характерен феномен “подсыпания”.

- Часто бывает на лице.
- Розеола при надавливании приобретают ярко розовую окраску.
- Не бывает на коже живота.

#

25 Поражение органов дыхания при брюшном тифе

- Пневмония.

+Бронхит

- Плеврит
- Абсцесс легкого
- Всё перечисленное

#

26 При брюшном тифе отмечаются все перечисленные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме

+Повышение артериального давления

- Относительная брадикардия
- Дикротии пульса
- Приглушенность или глухость тонов сердца
- Гипотония, систолический шум на верхушке

#

27 При брюшном тифе в полости рта отмечается

- Гиперемия, воспалительные изменения в ротоглотке
- Отёчный, увеличенный в размерах язык

- На боковых поверхностях языка отпечатки зубов
- Язык обложен массивным серовато-белым, иногда коричневым налётом

+Всё перечисленное

#

28 Со стороны органов пищеварения при брюшном тифе отмечается все перечисленные изменения, кроме

- Задержки стула, метеоризма
- Поноса
- Гепатолиенального синдрома

+Панкреатита

- Урчания при пальпации живота, укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области

#

29 При брюшном тифе гепатолиенальный синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- Увеличения размеров селезёнки, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания
- Увеличения размеров печени, пальпаторно определяемого с 4-5 дня заболевания
- Наличия гепатолиенального синдрома у всех больных с типичным течением болезни

+Гепатомегалии, сопровождающейся желтухой

- Увеличение размеров печени и селезенки сохраняется в течение всего периода заболевания

#

30 Для брюшного тифа характерны все перечисленные изменения в периферической крови, кроме:

- Лейкопении
- Нейтопении со сдвигом в формуле влево
- Относительного лимфоцитоза

+Увеличения количества тромбоцитов

- Анэозинофилия

#

31 Период реконвалесценции при брюшном тифе характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

- Прекращения лихорадки

+Снижения аппетита

- Слабости, разбитости
- Повышенной утомляемости, сосудистой лабильности
- Исчезновение розеол

#

32 Рецидивы при брюшном тифе чаще наступают на:

- 1-4 день безлихорадочного периода
- 5-15 день без лихорадочного периода

+15-30 день безлихорадочного периода

- Спустя 30 дней
- Спустя 3-4 месяца безлихорадочного периода

#

33 Для современного брюшного тифа характерно всё, кроме

- Типичной температурной кривой

+Неправильной или ремиттирующей лихорадки

- Уменьшения длительности заболевания

- Снижения количества гнойно-септических осложнений

- Уменьшения тяжелых форм заболевания

#

34 Особенности течения брюшного тифа у вакцинированных

- Чаще острое начало заболевания, более лёгкое течение болезни

- Спленомегалия наблюдается реже

- Значительно реже возникают осложнения

- Меньше число больных с рецидивами

+Всё перечисленное

#

35 Течение брюшного тифа у детей характеризуется всем перечисленным, кроме

- Часто среднетяжелое и тяжелое течение

- Острое и подострое течение заболевания

+Отсутствие гепатолиенального синдрома

- Соответствия пульса температуре

- Слабая выраженность розеолезной сыпи

#

36 Неспецифические осложнения брюшного тифа, связанные с присоединением вторичной инфекции

- Пневмония

- Паротит, отит

- Абсцессы, флегмоны, тромбофлебит

- Пиелит

+Все перечисленное

#

37 Инфекционно-токсический шок при брюшном тифе

- Развивается в период разгара болезни (на 2-3 неделе)

- Температура тела резко снижается при ухудшении состояния больного

- Снижение артериального давления, тахикардия

- Признаки нарушения микроциркуляции

+Все перечисленное

#

38 Перфорация кишечника и кишечное кровотечение при брюшном тифе наблюдается при:

- Типичных формах брюшного тифа

- Легких и среднетяжелых формах

+Тяжелом течении болезни

- Стертых и легчайших формах

- Всем перечисленным

#

39 Кишечное кровотечение при брюшном тифе

- Наблюдается у всех больных

+ Чаще развивается в конце 2 или 3 недели заболевания

- Всегда связано с повреждением кровеносного сосуда в области брюшнотифозной язвы
- Не является причиной летальных исходов
- Сопровождается повышением температуры

#

40 Кишечное кровотечение при брюшном тифе сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:

+Повышения температуры тела

- Болей в животе
- Тахикардией, снижение АД
- Резкой слабости, цианоза, коллапса
- Примеси крови в испражнениях, вздутия живота и усиления перистальтики

#

41 К симптомам прободения кишки при брюшном тифе относятся все перечисленные, кроме

- Болей в животе

+Наличия крови в испражнениях

- Относительно малой выраженности признаков перитонита
- Напряжения мышц брюшной стенки
- Метеоризма, отсутствия печеночной тупости, икоты, рвоты

#

42 Наиболее важным клиническим признаком прободения кишки при брюшном тифе является

- Рвота
- Повышение температуры тела
- Появление жидкого стула

+Локальное напряжение мышц живота в правой половине

- Обложенный язык

#

43 Для паратифов А и Б характерны все перечисленные клинические формы, кроме

+Менингеальной

- Тифоидной
- Гастроинтестинальной
- Катаральной или гриппоподобной
- Смешанной

#

44 При паратифе А сыпь может быть

- Розеолезная

+Розеолезно-папулезная

- Макуло-папулезная
- Петехиальная
- Все перечисленное

#

45 Особенности клинического течения паратифа В

- Отсутствие лихорадки, гепатоспленомегалии
- Преобладает катаральная форма без сыпи

+Часто гастроэнтерит, обильная розеолезная сыпь

- Преобладает катаральная форма с полиморфной сыпью
- Все перечисленное

#

46 Для бактериологической диагностики брюшного тифа исследуют все перечисленное, кроме

- Костного мозга
- Крови

+Слюны

- Желчи
- Испражнений и мочи

#

47 Для выявления бактерионосительства брюшного тифа при бактериологическом исследовании используют

- Крови
- Мочи

+Ликвора

- Кала
- Желчи

#

48 Основные принципы этиотропной терапии при брюшном тифе

- Основной препарат - фторхинолоны
- При непереносимости фторхинола на ампициллин, бактрим
- Применение препаратов преимущественно внутрь
- Продолжительность лечения до 10 дня нормальной температуры

+Все перечисленное

#

49 Для патогенетической терапии брюшного тифа применяется все перечисленное, кроме

- Кристаллоидных растворов
- Гемодеза

+Коллоидных растворов

- Раствора глюкозы
- Переливания крови

#

50 Для повышения неспецифической резистентности организма при брюшном тифе применяются все перечисленные, кроме

- Антибиотиков
- Альбумина, плазмы
- Пентоксила
- Иммуноглобулина

+Брюшнотифозной вакцины

#

51 Для лечения инфекционно-токсического шока при брюшном тифе применяют

- Кристаллоидные растворы
- Реополиглюкин
- Глюкокортикоиды
- Ингибиторы протеаз

+Всё перечисленное

#

52 Для лечения бактерионосительства брюшного тифа применяют всё, кроме

- Ампициллина
- Иммуностимуляторов
- Специфической моновакцины

+Глюкокортикоидов

- Лечение сопутствующих заболеваний

#

53 Для лечения кровотечений при брюшном тифе применяют

+Гемостатические средства

- Переливание крови в гемостатических целях
- Глюкокортикоиды
- Ингибиторы протеаз
- Всё перечисленное

#

54 Для диспансерного наблюдения за переболевшим брюшным тифом характерно всё перечисленное, кроме

- Проводится только в течение 3 месяцев после выписки
- Проводится в течение 2 лет после выписки
- 1 раз в квартал проводят 3-х кратное исследование кала и мочи

+Через 2 года после выздоровления однократно бактериологически исследуется желчь

- Работники пищевых предприятий обследуются 1 раз в квартал на протяжении всей трудовой деятельности

#

55 В основе классификации сальмонелл лежит

- Патогенность
- Источник инфекции
- Антигенная структура по О-антигенам

+Антигенная структура по Н- антигенам

- Антигенная структура по К-антигенам

#

56 Основные источники сальмонеллёзной инфекции

- Крупный рогатый скот
- +Свины, овцы, утки, куры**

- Больной или носитель
- Дикая птица
- Все перечисленное

#

57 Сезонность заболеваемости сальмонеллезом

- Зимой
- Весной
- Летом
- Осенью

+Круглогодично

#

58 Сальмонеллез как госпитальная инфекция характеризуется всем перечисленным, кроме

- Число случаев внутрибольничного сальмонеллеза увеличилось
- Внутрибольничные вспышки сальмонеллеза встречаются чаще в холодное время года

+Госпитальная инфекция чаще регистрируется в отделениях для взрослых

- Наибольшее число внутрибольничной инфекции наблюдается у детей первого года жизни

- Не встречается

#

59 Основные звенья патогенеза сальмонеллеза

- Инвазия сальмонелл в слизистую оболочку тонкой кишки
- Водно-электролитные потери
- Эндотоксинемия
- Интоксикация, гемодинамические нарушения

+Все перечисленное

#

60 Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет

- До 6 часов

+От 12 до 24 часов

- От 25 до 48 часов

- От 49 до 72 часов

- Все вышеперечисленное

#

61 Инкубационный период при сальмонеллезе составляет

- До 6 часов

- От 7 до 24 часов

- От 25 до 48 часов

- От 49 до 72 часов

- +Более 72 часов

#

62 При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме

- Высокой лихорадки, интоксикации

+Желтухи, геморрагического синдрома

- Схваткообразных болей в животе

- Тошноты, рвоты, частого жидкого стула

- Обезвоживания

#

63 Выраженность интоксикации при сальмонеллезе определяется всеми перечисленными симптомами, кроме

- Общей слабости

- Головной боли

- Головокружения

- Частоты стула

+Ломоты, боли в суставах

#

64 Особенности гастроэнтеритического синдрома при сальмонеллезе включают

- Упорную тошноту, рвоту, не приносящую облегчения
 - Боли в животе (илеоцекальной области)
 - Обильный водянистый зловонный стул
 - Болезненность при пальпации в эпигастральной, околопупочной областях
- +Все перечисленное

#

65 При сальмонеллезе отмечаются все перечисленные изменения стула, кроме

- Жидкого водянистого с сохранением калового характера
 - Типа “болотной тины”
 - Слизисто-кровянистого
- +Типа “ малинового желе”
- Типа “мясных помоев”

#

66 Симптомами поражения нервной системы при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме

- Слабости, вялости
 - Головной боли
 - Расстройства сна
 - Тошноты, рвоты
- +Менингеальных симптомов

#

67 К признакам септического варианта генерализованной формы сальмонеллеза относится все перечисленное, кроме

- Лихорадки неправильного типа, отсутствия цикличности в течении болезни
- +Длительного гастроэнтеритического синдрома
- Ознобы, пот
 - Гепатоспленомегалии, возможной желтухи
 - Формирования вторичных септико-пиемических очагов

#

68 При тифоподобном варианте генерализованной формы сальмонеллеза наблюдается

- Волнообразная, ремиттирующая или постоянная лихорадка
 - Нарастание токсического синдрома после прекращения кишечных дисфункций
 - Головная боль, слабость, нарушение сна
 - Относительная брадикардия, снижение АД
- +Все перечисленное

#

69 К другим симптомам тифоподобного варианта сальмонеллеза относятся

- Розеолезная сыпь
 - Утолщенный язык с отпечатками зубов
 - Рассеянные сухие хрипы в легких
 - Увеличение печени, селезенки
- +Все перечисленное

#

70 Критериями тяжести болезни при сальмонеллезе является все перечисленное, кроме

- Лихорадки
- Выраженности интоксикации
- Частоты стула
- +Продолжительности инкубационного периода**

- Токсического поражения миокарда

#

71 Основным материалом для проведения бактериологических исследований при генерализованном сальмонеллезе является:

- 1) кал
- 2) рвотные массы и промывные воды желудка
- 3) моча
- 4) кровь
- 5) желчь

+Все ответы правильные

- Все ответы правильные, кроме 1,2
- Все ответы правильные, кроме 3,4
- Все ответы правильные, кроме 3,5
- Все ответы правильные, кроме 1 и 4

#

72 В лечение гастроинтестинальной формы сальмонеллеза не входит

+Антибактериальная терапия

- Восстановление водно-электролитного баланса
- Дезинтоксикация
- Спазмолитики
- Вяжущие средства

#

73 Для уменьшения диарейного синдрома применяют все перечисленное, кроме

+Глюконата кальция

- Папаверина, но-шпы
- Индометацина
- Имодиума
- Вяжущих средств

#

74 Принципы лечения больных генерализованными формами сальмонеллеза включают

- Антибактериальную терапию
- Дезинтоксикацию
- Симптоматическую терапию

+Все перечисленное

- Десенсибилизирующую терапию

#

75 Эпидемиология пищевых токсикоинфекций характеризуется всем, кроме

- Возбудители попадают в пищу из внешней среды
- Возможно эндогенное инфицирование пищевых продуктов
- Путь заражения алиментарный
- Часто протекают в виде вспышек

+Возможно парентеральное заражение

#

76 В патогенезе пищевых токсикоинфекций участвует все перечисленное, кроме

- Местного действия токсинов в желудочно-кишечном тракте
- Общетоксического синдрома
- Нарушения синтеза биологически активных веществ

+Развитие аутоиммунных реакций

- Развитие гастроэнтерита

#

77 Под воздействием токсинов при пищевых токсикоинфекциях в желудочно-кишечном тракте происходят все перечисленные изменения, кроме

- Воспаление слизистой оболочки
- Изменение синтеза различных биологических веществ
- Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта

+Атрофии ворсинок кишечного эпителия

- Повышение проницаемости клеточных мембран

#

78 Развитие синдрома гастроэнтерита и водно-электролитные потери при пищевых токсикоинфекциях обусловлены

- Активацией аденилатциклазы, усиленным образованием циклического аденозин-3,5-монофосфата
 - Стимуляцией кишечной секреции
 - Нарушением реабсорбции воды и электролитов
 - Усилением секреции ионов хлора, снижением спонтанной реабсорбции натрия
- +Всем перечисленным**

#

79 Носителями энтеротоксических штаммов стафилококка чаще являются больные, страдающие всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- Хронического холецистита, пиелонефрита
- Кариеса зубов

+Хронического ринита

- Хронического тонзиллита
- Гнойничковых заболеваний кожи

#

80 Пищевая токсикоинфекция стафилококковой этиологии чаще возникает при употреблении всех перечисленных продуктов, кроме:

- Молока, молочных продуктов
 - Мороженого
 - Овощей, фруктов
 - Кондитерских изделий (торты, пирожные)
- +Мясных и рыбных продуктов**

#

81 Длительность инкубационного периода при пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии составляет:

+До 6 часов

- От 7 до 12 часов
- От 13 до 24 часов

- Свыше 24 часов

- 1-2 суток

#

82 Характерными симптомами пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии являются все перечисленные, кроме:

- Сильных болей в эпигастрии

+Отсутствия лихорадки

- Выраженной интоксикации

- Длительной диареи

- Гемодинамических нарушений

#

83 Для пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии характерны следующие особенности течения:

1) протекает кратковременно

2) наступает быстрое улучшение состояния больного после промывания желудка

3) благоприятный прогноз исхода заболевания

4) отсутствие характерных изменений со стороны периферической крови

5) характер стула не меняется

6) быстро развивается головокружение, коллапс

- Все ответы правильные

- Все ответы правильные, кроме 1), 3)

- Все ответы правильные, кроме 2), 4)

+Все ответы правильные, кроме 5), 6)

- Все ответы правильные, кроме 1), 6)

#

84 Клиническими особенностями гастроэнтерита, возникающего при отравлении солями тяжелых металлов и мышьяка являются все перечисленные, кроме:

- Металлического вкуса во рту, тошноты, болей при глотании по ходу пищевода, болей в животе

- Повторного жидкого стула, рвоты

- Гиперемии ротоглотки и задней стенки глотки, болей при пальпации шейного отдела пищевода, эпигастриальной области, по ходу кишечника

- Тенезмов, наличия большого количества слизи в испражнениях

+Повышения температуры тела

#

85 Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:

- Тошнота, рвота, частый жидкий стул

- Водно-электролитные нарушения

- Боли в животе

+Раннее увеличение и болезненность печени, желтуха

- Головная боль, головокружение, слабость, гипотония

#

86 Для лечения пищевых токсикоинфекции применяют все перечисленное, кроме:

- Промывания желудка

+Антибиотиков

- Оральной регидратации, внутривенного введения солевых растворов.
- Средств, купирующих синдром гастроэнтерита
- Ферментных препаратов и вяжущих средств

#

87 Для внутривенной регидратации при пищевой токсикоинфекции применяют все перечисленные растворы, кроме:

- Трисоля
- Хлосоля, квартосоля
- Лактосоля

+Реополиглюкина

- Дисоля

#

88 К основным эпидемиологическим характеристикам ботулизма относится:

- Неконтагиозное заболевание
- Чаще вызывается токсинами типа А, В, Е
- Фактор передачи — пищевые продукты
- Токсин при нагревании разрушается

+Все перечисленное

#

89 Заболевание ботулизмом чаще возникает после употребления всех перечисленных продуктов, кроме:

- Грибов домашнего консервирования и соления

+Молока и молочных продуктов

- Овощей, фруктов домашнего консервирования
- Домашней ветчины, сала, колбасы
- Соленой и копченой рыбы домашнего приготовления

#

90 Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

- Симпатическую нервную систему
- Чувствительные мотонейроны

+Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга

- Периферические нервы
- Все перечисленное

#

91 При ботулизме развивается:

+Гипоксическая гипоксия

- Циркуляторная гипоксия
- Гемическая гипоксия
- Гипотоксическая гипоксия
- Все ответы правильные

#

92 При ботулизме могут отмечаться все перечисленные варианты начала заболевания, кроме:

- Гастроэнтеритического
- Неврологического

- Смешанного

+Геморрагического

- Интоксикационного

#

93 Гастроэнтеритический синдром при ботулизме характеризуется

- Отсутствием лихорадки

- Болями в эпигастрии (обычно умеренными)

- Тошнотой, рвотой

- Калом без патологических примесей

+Всем перечисленным

#

94 Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:

+Головной боли

- Слабости

- Нарушения зрения

- Сухости во рту

- Нарушения глотания

#

95 При ботулизме отмечаются все перечисленные глазные симптомы, кроме:

- Птоза

- Мидриаза, нистагма

- Вялой реакции зрачков на свет, нарушения конвергенции и аккомодации

+Повышения корнеального рефлекса

- Ограничения движения глазных яблок, экзофтальма

#

96 Признаками глоссофарингоневрологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:

+Затруднения при открывании рта, боли при жевании

- Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос

- Речи с носовым оттенком, дизартрии

- Осиплости голоса, афонии

- Сухости во рту

#

97 Нарушение иннервации мышц при ботулизме проявляется всем перечисленным, кроме:

- Резкой общей слабости

+Нарушением кожной чувствительности

- Слабости и парезов мышц шеи и верхних конечностей

- Недостаточности дыхательных мышц

- Нарушения походки

#

98 Для неврологической симптоматики при ботулизме характерно все перечисленное, кроме:

+Нарушений сознания

- Симметричности поражения

- Отсутствия расстройств чувствительности

- Паралитического синдрома

- Ничего из перечисленного

#

99 В начальном периоде заболевания при ботулизме наблюдается:

- Бледность кожных покровов
- Повышение АД
- Тахикардия
- Все перечисленное

+Ничего из перечисленного

#

100 Критериями тяжести заболевания при ботулизме является все перечисленное, кроме:

+Выраженности гастроинтестинального синдрома и глазных симптомов

- Миастенического синдрома
- Нарушения глотания
- Степени острой дыхательной недостаточности
- Гемодинамических нарушений

#

101 Клиническими проявлениями дыхательной недостаточности при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- Отсутствия диафрагмального дыхания
- Резкого ограничения подвижности межреберной мускулатуры
- Исчезновения кашлевого рефлекса

+Дизартрии

- Учащения дыхания, снижения жизненной емкости легких

#

102 Основным критерием для перевода больных ботулизмом на искусственную вентиляцию легких является:

- Ощущение "недостатка воздуха"
- Выраженность одышки и частота дыхания

+Показатель жизненной емкости легких

- Выраженность глоссофарингоневрологических расстройств
- Тахикардия

#

103 Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

- Угнетение дыхательного центра
- Поражение проводящих ретикулоспинальных путей
- Угнетение активности моторной иннервации дыхательных мышц

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

104 Основными причинами летальности при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- Инфекционно-токсического шока
- Острой дыхательной недостаточности
- Острой сердечной недостаточности

+Гнойно-септических осложнений

- Ничего из перечисленного

#

105 Ранняя диагностика ботулизма основана на:

+Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа

- Выделение токсинов возбудителя из крови
- Выделение возбудителя из испражнений
- Всём перечисленным
- Серологические исследования

#

106 Материалом для лабораторного исследования при ботулизме может быть все перечисленное, кроме:

- Крови
- Кала
- Мочи
- Содержимого желудка

+Желчи

#

107 Основным методом лабораторной диагностики ботулизма является:

- Выделение возбудителя от больного

+Реакция нейтрализации на животных

- Реакция связывания комплемента
- Иммуноферментный анализ
- МФА

#

108 Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

+1 лечебную дозу, независимо от тяжести болезни однократно

- 1 лечебную дозу однократно при легком течении и средней тяжести
- 2 лечебные дозы трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении
- 3 лечебные дозы
- 4 лечебные дозы

#

109 В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

- Тетрациклин
- Пенициллин
- Канамицин

+Левомецетин

- Цефалосеп

#

110 В качестве патогенетической терапии при ботулизме проводят все перечисленные лечебные мероприятия, кроме:

- Дезинтоксикации

+Гемодиализа

- Гипербарической оксигенации
- Промывания желудка и очистительной клизмы
- Обеспечения адекватного питания больного

#

111 Основные принципы ведения больных с острой дыхательной недостаточностью при ботулизме предусматривают:

- Устранение закупорки дыхательных путей
- Создание адекватной искусственной вентиляции
- Отказ от применения фармакологических стимуляторов дыхания

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

112 Возбудитель шигеллеза

- Относится к роду шигелл
- Капсул и спор не образует
- В канализационных водах может сохранять жизнеспособность до 25-30 суток
- В настоящее время заболевание чаще вызывают бактерии Флекснера и Зонне

+Все ответы правильные

#

113 Основной путь передачи шигеллеза Зонне:

- Водный
- Пищевой
- Контактно-бытовой

+Правильные ответы (А,Б,В)

- Нет правильного ответа

#

114 Основной путь передачи шигеллеза Григорьева-Шига:

- Водный
- Пищевой

+Контактно-бытовой

- Все ответы правильные
- Нет правильного ответа

#

115 Основной путь передачи шигеллезом Флекснера и Ньюкастла:

+Водный

- Пищевой
- Контактно-бытовой
- Все ответы правильные
- Нет правильного ответа

#

116 Основные патогенетические механизмы при шигеллезе:

- Токсемия
- Воздействие токсина на центральную и периферическую нервную систему
- Поражение токсинами нервно-сосудистого аппарата кишечника, нарушение микроциркуляции в кишечной стенке, развитие воспалительных и деструктивных изменений
- Непосредственное повреждение бактериями эпителия кишечника

+Все перечисленное

#

117 Повреждение клеток эпителия толстой кишки шигеллами включает:

- Внедрение в клетку эпителия
- Размножение шигелл внутри клетки
- Дегенерацию эпителия
- Разрушение и отторжение эпителия

+Все перечисленное

#

118 Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при шигеллезе:

- Желудок
- Тонкая кишка
- Проксимальные отделы толстой кишки

+Дистальные отделы тонкой кишки

- Все перечисленное

#

119 Критериями тяжести колитического варианта шигеллеза является все перечисленное, кроме:

- Высоты и продолжительности лихорадки
- Гемодинамических расстройств

+Обезвоживания

- Степени интоксикации
- Частоты и продолжительности жидкого стула, степени выраженности гемоколита

#

120 Критериями тяжести гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического варианта шигеллеза является:

- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Обезвоживание
- Степень интоксикации

+Все ответы правильные

#

121 Критерии тяжести колитического варианта шигеллеза:

- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Степень интоксикации
- Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита

+Все перечисленное

#

122 Критериями тяжести гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического варианта шигеллеза является:

- Высота и продолжительность лихорадки
- Гемодинамические расстройства
- Обезвоживание
- Степень интоксикации

+Все ответы правильные

#

123 Характерными клиническими особенностями хронического шигеллеза является все перечисленное, кроме:

- Протекает в виде двух форм: рецидивирующей и непрерывной
- Характерно наличие тенезмов и ложных позывов
- Стул учащенный, скудный, обычно кашицеобразный со значительной примесью слизи, часто и крови

+Характерны стойкие гемодинамические нарушения

- При пальпации определяется уплотненная, болезненная, ограниченно подвижная сигмовидная кишка

#

124 К особенностям течения шигеллеза лиц пожилого возраста относится все перечисленное, кроме:

- Более тяжелого течения заболевания

+Отсутствия колитического синдрома

- Часто протекает на неблагоприятном фоне сопутствующих заболеваний
- Чаще наблюдается подострое и хроническое течение заболевания
- Все ответы правильные

#

125 Для этиотропной терапии шигеллеза следует применять все перечисленное, кроме:

+Нитрофурановых препаратов

- Ампициллина
- Ципрофлоксацина
- Левомецетина
- Цепролет

#

126 Источник инфекции при энтеробиозе:

- Свинья
- Крупный рогатый скот
- Речная рыба

+Человек

- Грызун

#

127 Через какое время после заражения больной начинает выделять яйца во внешнюю среду?

- 2 суток
- 6 суток

+2 недели

- 1 месяц
- 6 месяцев

#

128 К возможным осложнениям шигеллеза относятся:

- Инфекционно-токсический шок
- Перитонит, инвагинация
- Кишечное кровотечение
- Выпадение прямой кишки, парапроктит

+Все перечисленное

#

129 Основные клинические проявления энтеробиоза верны, кроме:

- Периональный зуд
- Нарушение сна
- +Учащенное мочеиспускание**
- Утомляемость
- Снижение аппетита

#

130 Лабораторная диагностика энтеробиоза

- Серологические реакции
- Исследование мочи
- Мазок из носоглотки
- +Соскоб с перианальных складок**
- Посев кала на патогенную флору

#

131 Основное звено патогенеза эшерихиозов:

- Бактериемия
- +Воздействие энтеротоксина**
- Аллергические реакции
- Диарея
- Все выше перечисленное

#

132 Диагноз эшерихиоза может быть установлен на основании:

- Повышения температуры, интоксикации
- Наличия гастроэнтеритического синдрома
- Эпидемиологических данных
- +Бактериологического подтверждения**
- Копрологического исследования

#

133 Энтеропатогенные кишечные палочки чувствительны ко всем перечисленным анти-бактериальным средствам, кроме:

- Левомецетин
- Ципрофлоксацин
- Офлоксацин
- +Пенициллин**
- Стрептомицин

#

134 Препаратом выбора для лечения энтеробиоза является:

- Ампициллин
- Сульгин
- +Вермокс**
- Колибактерин
- Маалокс

#

135 Количество яиц, откладываемых острицей в перианальные складки:

- 1 – 2

- 100 – 200
- 200 тыс.
- +10 – 12 тыс.**
- Более 1 мил.

#

136 Источник инфекции при аскаридозе

- Лошади
- Куры
- Свины
- Рыбы

- Человек

#

137 Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

- Желудка
- +Тонкой кишки**
- Толстой кишки
- Верхних дыхательных путей
- Почек

#

138 Механизм диарейного синдрома при ротавирусном гастроэнтерите включает все перечисленное, кроме:

- Нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
- Недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
- Накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в кишке

+Перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки

- Усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

#

139 Средняя продолжительность инкубационного периода при ротавирусном гастроэнтерите составляет:

- Менее 15 часов

+15-72 часа

- 5-7 дней
- 8-14 дней
- 6 месяцев

#

140 Основными клиническими симптомами ро-тавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:

- Острого начала
- +Высокой лихорадки**
- Рвоты, жидкого стула, обезвоживания
- Выраженной интоксикации
- Дизурии

#

141 Для ротавирусного гастроэнтерита характерны все перечисленные изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей, кроме:

- Гиперемии
- Отечности язычка
- Зернистости, наиболее постоянно наблюдаемой у основания язычка или на язычке, на задней стенке глотки

+Явлений фолликулярной ангины

- Ринита

#

142 Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите имеют все перечисленные признаки, кроме:

- Стул обильный, водянистый
- Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом
- Внезапные позывы к дефекации с выраженным болевым синдромом
- Облегчение после дефекации

+Примесь крови в испражнениях

#

143 Основной критерий тяжести ротавирусного гастроэнтерита:

+Степень интоксикации

- Выраженность изменений слизистых верхних дыхательных путей
- Степень дегидратации
- Продолжительность инкубационного периода
- Интенсивность боли в животе

#

144 Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

- Клиническая картина заболевания
- Эпидемиологические данные

+Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита.

- Исключение гастроэнтеритов другой этиологии
- R-графия органов грудной клетки

#

145 Питание больных ротавирусным гастроэнтеритом предусматривает:

- Ограничение количества белка
- Ограничение количества соли

+Исключение молока, молочных продуктов и других источников дисахаридов

- Ограничение количества жидкости
- Ограничением жиров

#

146 Время от момента заражения до развития половозрелой особи

+3 – 4 месяца

- 2 недели
- 2 суток
- 10 месяцев
- Более года

#

147 Для кишечного амебиоза характерно все перечисленное, кроме:

- Возбудитель относится к типу простейших

+Возбудитель существует в вегетативной форме не образуя цист

- Обитает обычно в верхнем отделе толстого кишечника, при определенных условиях превращаясь в тканевые формы

- Механизм заражения — фекально-оральный

- Возбудитель может быть гематофагом

#

148 Источником инфекции при амебиазе является:

+Больной в острой фазе болезни

- Грызуны

- Домашние животные

- Пресноводные моллюски

- Морские рыбы

#

149 Факторами передачи амебиаза является все перечисленное, кроме:

- Воды

- Мух

+Комаров

- Пищевых продуктов

- Предметов обихода

#

150 Обычная локализация амёб:

- Прямая кишка

+Слепая и сигмовидная кишка

- Поперечно-ободочная кишка

- Восходящая кишка

- 12-перстная кишка

#

151 При амебиазе в кишечнике возникает:

- Диффузное воспаление подслизистого слоя

- Тотальный некроз слизистой

+Изъязвление слизистой оболочки толстой кишки

- Полипозные разрастания на слизистой

- Изменений слизистой не возникает

#

152 Основное звено патогенеза амёбиаза:

- Внедрение и размножение амёб в стенке кишечника

- Цитолиз эпителия и образование язв

- Воспалительные изменения стенки кишки с отеком и избыточной клеточной реакцией

- Формирование амёбом в кишечнике, гематогенная диссеминация

+Все ответы правильные

#

153 Продолжительность инкубационного периода при амёбиазе составляет:

- 1 -6 часов

- 1-5 дней

+От 1-2 недель до нескольких месяцев

- 30 минут

- До 1 года

#

154 Начало заболевания при амебиазе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Начало заболевания может быть острым
- Могут быть проромальные явления в виде недомогания, понижения аппетита, головной боли

+Отмечается высокая лихорадка

- Отмечаются боли в животе
- Снижение аппетита

#

155 Для острого периода заболевания амебиазом характерны:

- Нормальная и субфебрильная температура
- Частота дефекации до 10-20 раз
- В испражнениях большое количество стекловидной слизи, примесь крови, возможен стул в виде "малинового желе"
- Боль в животе, тенезмы

+Все перечисленное

#

156 Наиболее частое внекишечное осложнение амебиаза:

- Амебный абсцесс мозга

+Амебный абсцесс печени

- Амебный абсцесс почек
- Амебный абсцесс сердца
- Амебиазный абсцесс легких

#

157 При амебном абсцессе печени возможны все перечисленные осложнения, кроме:

- Прорыва абсцесса в брюшную полость
- Острой печеночной недостаточности
- Прорыва абсцесса в плевральную полость
- Прорыва абсцесса через кожу

+Метастазирования в головной мозг

#

158 При тяжелом течении кишечного амебиаза могут быть все перечисленные осложнения, кроме:

- Перфорации язв, перитонита
- Кишечного кровотечения
- Тромбоза мезентериальных сосудов
- Отслойки слизистой толстой кишки

+Выпадения прямой кишки

#

159 Для лечения кишечного амебиаза применяют все перечисленное, кроме:

- Метронидазола
- Этамизола
- Фазижина
- Эметина

+Хинина

#

160 В какой орган попадает личинка аскариды из тонкой кишки для дальнейшего развития

- Головной мозг
- Селезенка
- Желудок
- Почки

+Легкие

#

161 Для характеристики балантидиаза правильно все перечисленное, кроме:

- Возбудитель относится к типу простейших, классу инфузорий
- Естественными носителями балантидии являются свиньи

+Возможно парентеральное заражение

- Возбудитель может длительно существовать в кишечнике человека, не проявляя патогенного действия
- Чаще инвазируются лица, контактирующие со свиньями

#

162 В организме человека балантидии паразитируют в:

- Желудке
- 12-ти перстной кишке
- Печени

+Толстой кишке

- Поджелудочной железе

#

163 Патогенез острого балантидиаза включает:

- Сенсibiliзацию стенки кишки
- Образование язв
- Интоксикацию
- Дизентерийно подобный синдром

+Все выше перечисленное

#

164 Для острого балантидиаза характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Повышения температуры тела
- Слабости, головной боли, снижения аппетита
- Болей в животе, поноса, метеоризма

+Генерализованной лимфаденопатии

- Эозинофилии, выраженной потери массы тела

#

165 При остром балантидиазе испражнения характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Частота стула до 20 раз в сутки
- Стул жидкий, возможна примесь слизи и крови
- Содержат большое количество грубых непереваренных частиц пищи

+Обильные, гомогенные

- Зловонные, с гнилостным запахом

#

166 При остром балантидиазе в периферической крови отмечаются все перечисленные изменения, кроме:

- Анемии

- Эозинофилии
- Лейкоцитоза, сдвига формулы влево

+Тромбоцитоза

- Умеренного увеличения СОЭ

#

167 Язвенное поражение кишки при балантидиазе характеризуется всем перечисленным, кроме:

+Язвы располагаются преимущественно в 12-перстной кишке

- При ректороманоскопии выявляются язвенные изменения
- Язвы имеют подрытые края
- Дно язвы покрыто некротическими массами
- В стенке кишки множество эозинофильных инфильтратов

#

168 Для лечения балантидиаза применяют все перечисленные препараты, кроме:

+Делагилл

- Метронидазола
- Эметина
- Ампициллина
- Фуразолидона

#

169 Основные клинические проявления аскаридоза верны, кроме:

+Нистагм

- Кашель
- Боли в животе
- Дисфункция кишечника
- Общая слабость

#

170 Количество яиц в самке аскариды, находящихся на разных стадиях развития

- 100
- 500
- 100 тыс.

+27 млн.

- 1 млн.

#

171 Для лечения аскаридоза применяются следующие препараты, кроме:

- Вермокс
- Декарис
- Пирантель

+Преднизолон

- Пиперазин

#

172 Длительность инвазии лентеца широкого у человека

- 2 часа
- 2 суток
- 1 год
- 5 лет

+Более 5 лет

#

173 Механизм передачи возбудителя при дифиллоботриозе

- Парентерально

+Фекально-оральный

- Трансмиссивный

- Воздушно-капельный

- Через почву

#

174 Инкубационный период при дифиллоботриозе

- 3 часа

+3 – 6 недель

- 3 месяца

- 5 месяцев

- Более года

#

175 Лабораторная диагностика при дифиллоботриозе

+Обнаружение в фекалиях яиц или члеников гельминта

- Исследование биоптатов икроножных мышц

- Серологические реакции

- Исследования ликвора

- Исследования мочи

#

176 Методы лечения дифиллоботриоза верны, кроме:

- Фенасал

- Экстракт мужского папоротника

- Семена тыквы

+Хинин

- Празиквантель

#

177 Продолжительность инкубационного периода при трихинеллезе составляет:

- 24-48 часов

+3-45 дней

- Более 45 дней

- 1 – 2 часа

- 70 дней

#

178 Характерными ранними признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:

- Одутловатости лица, конъюнктивита

- Лихорадки, эозинофилии

+Анемии

- Болей в мышцах

- Различных высыпаний на коже

#

179 Поражения сердечно-сосудистой системы при трихинеллезе проявляются всем перечисленным, кроме:

- Гипотонии
- Блокады проводящих путей сердца
- Изменений на ЭКГ

+Гипертония

- Миокардита

#

180 основные клинические проявления дифиллоботриоза верны, кроме:

- Боли в животе
- Головокружение, тошнота
- Кожно-аллергические реакции

+Менингеальный синдром

- Выраженная слабость

#

181 При подозрении на трихинеллез следует назначить больному:

- Декарис

+Минтезол, вермокс

- Хлоксил
- Ванкин
- Комбантрин

#

182 В физиологических условиях неэнтеропатогенные кишечные палочки участвуют во всех перечисленных процессах, кроме:

- Участвует в процессе пищеварения
- Обладает антогонистическими свойствами в отношении стафилококков
- Обладает антогонистическими свойствами в отношении грибов типа кандиды
- В синтезе витаминов группы В

+В синтезе желчи

#

183 Тяжесть клинических проявлений при трихинеллезе зависит от:

- Количества поступивших инвазионных личинок
- Уровня неспецифической резистентности и иммунитета инвазированного
- Особенности штамма возбудителя

+От всего перечисленного

-

#

184 Заражение дифиллоботриозом происходит:

- От больного человека
- При употреблении сырого мяса крупного рогатого скота
- При употреблении в пищу сырого свиного мяса

+При употреблении свежей икры и сырой рыбы

- Всего перечисленного

#

185 Для характеристики тениоза все перечисленные утверждения верны, кроме:

+Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырого свиного мяса

- Возбудитель может паразитировать у человека в половозрелой и личиночной стадии
- Взрослый гельминт паразитирует в тонком кишечнике в течение многих лет

- Членики паразита активно выходят из ануса
- Цистицеркоз развивается в результате попадания в желудок яиц цепня свиного

#

186 Для тениаринхоза характерно все перечисленное, кроме:

+Человек заражается при употреблении в пищу сырого свиного мяса

- Взрослый гельминт в течение многих лет живет в тонком кишечнике человека
- Основные факторы патогенеза — механическое, токсико-аллергическое и рефлекторное воздействие паразита на организм человека
- Патогномичный симптом — самопроизвольное выползание члеников из ануса
- В перианальном соскобе и кале обнаруживаются яйца паразита

#

187 Основными эпидемиологическими характеристиками гименолепидоза является все перечисленное, кроме:

- Возбудитель живет в тонком кишечнике человека, как во взрослой стадии, так и в личиночной

- Характерно возникновение внутрикишечной аутореинвазии

+Заражение происходит при употреблении речной рыбы

- Продолжительность жизни карликового цепня 3 месяца
- Заражение происходит при контакте с больными и предметами, загрязненными его фекалиями

#

188 Токсокароз характеризуется всем перечисленным, кроме:

+В организме человека токсокара развивается до половозрелой стадии

- Характерно развитие эозинофильной лейкомоидной реакции крови
- Часто отмечается увеличение печени и селезенки
- Патологический процесс связан с миграцией и жизнедеятельностью личинок токсокар
- Основные методы диагностики — серологические

#

189 Развитие миокардита при трихинеллезе связано с:

- Поражением сердечной мышцы трихинеллами
- Аллергическим поражением сердечной мышцы
- Нарушением кровообращения сердечной мышцы
- Паразитической интоксикацией

+Всем выше перечисленным

#

190 С целью диагностики трихинеллеза мышечная ткань берется из:

+Икрожной мышцы

- Мышц шеи
- Широкой мышцы спины
- Трапециевидной мышцы
- Из любой мышцы, перечисленной выше

#

191 Основной синдром, характерный для ботулизма:

+Паралитический

- Гастроинтестинальный
- Общеинтоксикационный

- Колитический
- Геморрагический

#

192 Важным, кардинальным признаком неврологических нарушений при ботулизме является:

+Симметричность поражений

- Асимметричность поражений
- Клонические и тонические судороги, сильные мышечные боли
- Менингеальный синдром
- Гиперстезия

#

193 Возбудителем при гименолепидозе является:

+Цепень карликовый

- Лентец широкий
- Аскарида
- Цепень свиной
- Цепень бычий

#

194 При ботулизме могут наблюдаться все следующие нарушения зрения:

- Нарушение конвергенции, аккомодации
- Глазодвигательные расстройства
- "Туман", "сетка" перед глазами
- Диплопия

+Все выше перечисленные симптомы

#

195 При глубоких поражениях нервных структур, в тяжелых случаях ботулизма имеет место (или может иметь место):

- Полная наружная и внутренняя офтальмоплегия
- Выраженный парез мышц лица
- Афонии
- Анартрия

+Все перечисленное

#

196 Первые клинические проявления брюшного тифа совпадают с периодом;

- Брюшнотифозного энтерита
- Лимфангита тонкого кишечника
- Мезентериита

+Бактериемии

- Вирусемии

#

197 При брюшном тифе наблюдается:

- Гипертония

+Гипотония

- Тахикардия
- Техиптоэ
- Угнетение сознания

#

198 Сальмонеллы:

- Не обладают инвазивностью
- + **Образуют эндотоксин**
- Обладают слабо выраженной инвазивностью
- Не содержат антигенной структуры
- Грамположительны

#

199 В пищевых продуктах сальмонеллы сохраняются:

- Часы
- 1-2 дня
- До 7 дней
- 2-4 месяца
- + **10 месяцев**

#

200 Место преимущественного внедрения возбудителя сальмонеллеза в организме человека:

- Желудок
- + **Тонкий кишечник**
- Толстый кишечник
- Мезентериальные лимфатические узлы
- Ротоглотка

#

201 Размножение сальмонелл в организме в основном происходит:

- На слизистой верхних дыхательных путей
- В желудке
- + **В тонком кишечнике**
- В мезентериальных лимфоузлах
- В толстой кишке

#

202 Основными структурными единицами, в которых происходит размножение сальмонелл, являются:

- + **Энтероциты**
- Эритроциты
- Лейкоциты
- Тромбоциты
- Эозинофилы

#

203 Кишечные палочки сохраняются во внешней среде:

- Несколько минут
- 1-2 недели
- 30-32 дня
- + **Больше 3-х месяцев**
- 30 минут

#

204 Источник заражения при гименолепидозе:

- Волк
- Крупный рогатый скот
- Грызуны
- Птицы

+Человек

#

205 Длительность инкубационного периода при гименолепидозе:

- 1 год
- 6 месяцев
- +2 недели**
- 2 часа
- 1-3 суток

#

206 Для специфического лечения гименолепидоза применяются следующие препараты:

- Аспирин

+Празиквантель

- Дицинун
- Преднизалон
- Гепарин

#

207 Большое разнообразие серологических разновидностей эшерихий обусловлено наличием:

- К-антигена
- Н-антигена

+0-антигена

- Фимбриальных (пили-) антигенов
- Vi - антител

#

208 Возбудителем тениоза является:

- Карликовый цепень
- Острицы
- Цепень вооруженный
- Цепень невооруженный
- Эхинококк

#

209 Промежуточным хозяином при тениозе является:

- Рыба
- Лиса
- +Свинья**
- Лошадь
- Муха

#

210 При тяжелой форме тениоза (цистоцеркоз) может поражать:

- Головной мозг
- Мышцы
- Кости

- Органы зрения

+Все выше перечисленное

#

211 Длительность среднего инкубационного периода при тениозе:

+6 – 12 недель

- 1 год

- 5 – 7 лет

- 1 – 2 дня

- 30 минут

#

КАПЕЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Возбудитель гриппа относится к:

- Ротавирусам

- Пикорнавирусам

- Энтеровирусам

+Ортомиксовирусам

- Арбовирусам

#

2 Источником инфекции при гриппе является:

+Больной человек

- Реконвалесцент

- Животные — резервуар вируса

- Птицы — резервуар вируса

- Все перечисленные

#

3 Механизм передачи гриппа:

+Воздушно-капельный

- Контактный

- Фекально-оральный

- Трансмиссивный

- Любой из перечисленных

#

4 Сезонность заболевания при гриппе:

- Летняя

+Зимняя

- Весенняя

- Осенняя

- Отсутствует

#

5 Основными звеньями патогенеза гриппа являются:

- Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса

- Вирусемия, токсемия

- Поражение центральной и вегетативной нервной системы

- Снижение иммунологической реактивности организма и активизация эндогенной бактериальной флоры

+Все перечисленное

#

6 В патогенезе гриппа имеют значение

- Вирулентность вируса
- Общий токсикоз
- Состояние защитных сил организма
- Резорбция гриппозного токсина

+Все перечисленное

#

7 Ведущие клинические синдромы гриппа:

- 1) Геморрагический
- 2) интоксикационный
- 3) астенический
- 4) катаральный

- 1, 2, 3

- 1, 3

- 2, 4

- 4

+1, 2, 3, 4

#

8 Основные клинические симптомы гриппа

- Лихорадка, гиперемия лица
- Катаральные явления
- Боли в глазных яблоках, боли в мышцах
- Озноб, недомогание

+Все перечисленные

#

9 Лабораторная диагностика гриппа осуществляется всеми перечисленными методами, кроме:

- Культивации вируса в культурах ткани
- Реакции связывания комплимента (РСК)
- РИГА
- Иммунофлюоресценции

+Кожно-аллергической пробы

#

10 Инкубационный период при гриппе чаще:

+До 2-х дней

- 3-4 дня

- 5-6 дней

- 2-3 недели

- Больше месяца

#

11 Грипп может протекать в следующих клинических формах:

- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая

- Молниеносная (гипертоксическая)

+Все перечисленные

#

12 Тяжелые форма гриппа сопровождаются:

- Носовыми кровотечениями
- Снижением артериального давления
- Высокой температурой
- Одышкой, кашлем

+Всем перечисленным

#

13 Клиническая картина гриппа у детей раннего возраста от 1 до 3 лет характеризуется:

- Поражением нервной системы
- Судорожным и менингеальным синдромом
- Дыхательной недостаточностью
- Ложным крупом (с отеком легких и гортани)

+Всем перечисленным

#

14 Клиническая картина гриппа у пожилых сопровождается:

- Ринофарингитом и фаринголарингитом
- Трахеобронхитом
- Конъюнктивитом
- Герпетическими высыпаниями

+Всем перечисленным

#

15 Бактериальная суперинфекция при гриппе обусловлена:

- Развитием некроза слизистой трахеи и бронхов
- Нарушением дренажной функции бронхов и микроциркуляции в легких
- Гиперчувствительностью замедленного типа к бактериальным антигенам
- Сенсibiliзацией лейкоцитов к бактериальным аллергенам

+Всем перечисленным

#

16 Для токсикоинфекционного шока при гриппе характерно все перечисленное, кроме:

+Тошноты, рвоты, диареи

- Снижения артериального давления
- Одышки
- Анурии
- Тахикардии

#

17 Клинические симптомы отека мозга при гриппе

- Резкая головная боль, расстройства сознания
- Брадикардия
- Многократная рвота
- Нарушения дыхания

+Все перечисленное

#

18 ДВС — синдром, развивающийся при гриппе, характеризуется:

- Повышением содержанием в крови продуктов деградации фибриногена
- Наличием в крови растворимых комплексов мономеров фибрина
- Усилением образования антитромбина в фазе гиперкоагуляции
- Наличием в крови лизосомальных ферментов

+Всем перечисленным

#

19 Признаки токсической энцефалопатии при гриппе;

+Выраженная астения с эмоциональной неустойчивостью

- Сопорозное состояние с повторным выпадением сознания
- Ступор с сохранением реакции на сильные раздражения
- Глубокая кома с арефлексией
- Все перечисленное

#

20 Симптомы острого гриппозного миокардита:

+Тахикардия и глухость сердечных тонов

- Акцент 2-го тона на аорте
- Ослабление первого тона
- Систолический шум на верхушке
- Все перечисленное

#

21 Признаки дыхательной недостаточности при гриппе:

1) *снижение артериального давления*

2) *чувство нехватки воздуха, одышка*

3) *циркуляторная гипоксия*

4) *диффузный цианоз*

- 1), 2), 3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 4)

+1), 2), 3), 4)

#

22 Ложный круп при гриппе характеризуется:

- Лающим кашлем
- Чувством нехватки воздуха
- Затрудненным и удлиненным вдохом
- Разлитым цианозом

+ Всем перечисленным

#

23 Отек легких при гриппе сопровождается следующими клиническими симптомами:

- Чувством нехватки воздуха
- Возбуждением
- Появлением влажных хрипов в лёгких и кашля с мокротой
- Снижением артериального давления

+Всем перечисленным

#

24 Терапия неосложненного гриппа средней тяжести включает:

- 1) антибактериальные препараты
- 2) специфический иммуноглобулин
- 3) противовирусные средства
- 4) симптоматические средства

-1),2),3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 4)

+3),4)

#

25 Применение антибиотиков в лечении гриппа показано при:

- 1) тяжелых формах гриппа
- 2) бактериальных осложнениях
- 3) у лиц пожилого возраста
- 4) ложном крупе

- 1), 2), 3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 4)

+1), 2), 3),4)

#

26 Терапия тяжелого осложненного гриппа:

- Противовирусная
- Антибактериальная
- Синдромальная
- Патогенетическая

+Все перечисленное

#

27 Показания к применению кортикостероидов при гриппе:

- Токсикоинфекционный шок
- Отек легких, ложный круп
- Отек мозга
- Менингоэнцефалит

+Все перечисленное

#

28 Острая респираторно-вирусная инфекция характеризуется:

- Этиологически разнородными болезнями
- Быстротой и массовостью распространения
- Высокой чувствительностью возбудителя к действию дезинфицирующих средств
- Широким распространением среди детей

+Всем перечисленным

#

29 Общими закономерностями различных форм острых респираторно-вирусных инфекций являются:

- Источник инфекции - больной человек
- Путь передачи – воздушно-капельный

- Высокая восприимчивость людей
- Заболеваемость среди детей занимает ведущее место

+ Все перечисленные

#

30 Энтеровирусом человека ЕСНО и Коксаки вызывают:

- Гриппоподобные заболевания
- Асептические менингиты, энцефалиты
- Диареи у детей раннего возраста
- Геморрагический конъюнктивит, герпетические ангины

+Все перечисленное

#

31 Основным симптомом риновирусной инфекции:

- Высокая лихорадка
- Головная боль

+Обильные водянистые выделения из носа

- Выраженные воспалительные изменения в зеве
- Все перечисленное

#

32 Для коронавирусной инфекции в отличие от риновирусной характерны:

+Симптомы острого гастроэнтерита

- Симптомы острого бронхита
- Симптомы лимфаденопатии
- Симптомы менингита
- Все перечисленное

#

33 Сезонность заболевания при парагриппе:

- Осенне-летняя
- Осенне-зимняя
- Весенне-зимняя
- Отсутствует

+Осенне-весенняя

#

34 Наиболее частое осложнение парагриппа: б

- Миокардит
- Пиелонефрит
- Пневмония
- Отит

+Ложный круп

#

35 Нарастание титра антител в крови переболевших парагриппом выявляется:

- С 1-го дня
- + С 8-10 дня**
- 10 - 15 дней
- С 15 дня
- К концу 3 недели

#

36 Показаниями к применению антибактериальных препаратов при парагриппе являются:

- Токсикоз
- Ложный круп
- Менингит
- Ларингит

+Пневмония

#

37 Показания к применению гормонов при парагриппе являются:

- Спазм гортани
- Отек мозга
- Нарушение микроциркуляции в органах и тканях

+Нарушение гемодинамики

- Все перечисленное

#

38 Для клиники аденовирусной инфекции у взрослых характерны:

- 1) ринофарингит
- 2) ларинготрахеит
- 3) тонзиллит
- 4) пневмония

- 1), 2), 3)

+1), 3)

- 2), 4)

- 4)

- 1), 2), 3), 4)

#

39 Для аденовирусной инфекции в отличие от гриппа характерно;

- 1) полиморфизм клинических проявлений
- 2) волнообразное течение
- 3) длительный период заразительности
- 4) отсутствие респираторного синдрома

+1), 2), 3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 4)

- 1), 2), 3), 4)

#

40 При аденовирусной инфекции наиболее часто встречаются:

- 1) ринофаринготонзиллит
- 2) конъюнктивит
- 3) пленчатая ангина
- 4) пневмония

+1), 2), 3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 4)

- 1), 2), 3), 4)

#

41 Наиболее частыми осложнениями аденовирусной инфекции являются:

- Пневмония
- Гайморит
- Отит
- Миокардит

+Все перечисленное

#

42 Респираторно-синцитиальная инфекция вызывается:

- Ротавирусами
- Пикорнавирусами
- Энтеровирусами
- Герпесвирусами

+Парамиксовирусами

#

43 Эпидемические подъемы при респираторно-синцитиальной инфекции отмечаются в:

- Осенне-летний сезон
- Осенне-зимний сезон

+Весенне-зимний сезон

- Летом
- Весной

#

44 Клиническая картина респираторно-синцитиальной инфекции у детей характеризуется:

- Бронхитом
- Бронхиолитом
- Развитием ателектазов
- Пневмонией

+Всем перечисленным

#

45 Для клиники респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно все перечисленное, кроме:

- Острого начала
- Недомогания, насморка
- Постепенного начала
- Озноба, лихорадки

+Желудочно-кишечных расстройств

#

46 Осложненные формы респираторно-синцитиальной инфекции наиболее часто проявляются:

+Бактериальной пневмонией

- Острым миокардитом
- Развитием менингитов
- Инфекционно-токсическим шоком
- Всем перечисленным

#

47 При респираторно-синцитиальной инфекции обычно отмечается:

- Ларингит
- Трахеит
- +Бронхиолит**
- Фарингит
- Все перечисленное

#

48 Возбудитель микоплазменной инфекции относится к:

- Грибам
- Бактериям
- Вирусам
- Ко всему
- +Все перечисленное не соответствует истине**

#

49 Источником микоплазм являются;

- Птицы, грызуны
- Крупный рогатый скот
- Козы, овцы, свиньи
- Человек

+Все перечисленные

#

50 Механизм передачи микоплазменной инфекции у человека все кроме:

- Воздушно-капельный
- Половой
- Вертикальный
- Парантеральный

+Трансмиссивный

#

51 Сезонность заболеваний при микоплазменной инфекции:

+Осенне-зимняя

- Весенняя
- Летняя
- Все перечисленное
- Зимняя

#

52 Возбудитель микоплазменной инфекции может быть выделен из всех перечисленных биологических сред, кроме:

+Крови

- Мокроты
- Глоточного соскоба
- Носового секрета
- Из легочной ткани умерших

#

53 Возбудитель микоплазменной инфекции чувствителен ко всем перечисленным антибиотикам, кроме:

- Тетрациклина

- Эритромицина

+Пенициллина

- Моксифлоксацин

- Азитромицин

#

54 Клинические формы микоплазменной инфекции:

- Острые респираторные заболевания

- Острые пневмонии

- Абактериальный уретрит

- Менингеальные формы

+Все перечисленные

#

55 При микоплазменной пневмонии может наблюдаться:

- Увеличение печени

- Увеличение селезенки

- Увеличение лимфатических узлов шеи

- Боли в животе, тошнота, рвота в начальном периоде

+Все перечисленное

#

56 Вирус кори обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

- РНК-содержащий парамиксовирус

- Наличие гемагглютинирующей, гемоли-зирующей и комплемент связывающей активности

- Вирусу свойственно цитопатогенное действие

- Вызывает повреждение хромосом

+Устойчив к воздействию физических и химических факторов

#

57 Эпидемиологически для кори характерно все перечисленное, кроме:

- Антропоноз

- Источник инфекции — больной человек

- Высокая восприимчивость людей к кори и стойкий пожизненный иммунитет

- Зимне-весенняя сезонность заболевания

+Рецидивирующий характер инфекции

#

58 Входные ворота инфекции при кори:

+Органы дыхания

- Желудочно-кишечный тракт

- Кожа

- Кровь

- Все перечисленное

#

59 Основное звено патогенеза кори:

+Вирусемия

- Аллергическая перестройка организма

- Анергия

- Повышение проницаемости сосудов

- Все перечисленное

#

60 Инкубационный период при кори чаще:

- До 7 дней

+От 8 до 11 дней

- От 12 до 21 дня

- Более 21 дня

- 21 – 30 дней.

#

61 Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- Острого начала

- Выраженных катаральных

- Интоксикации

+Гепато- лиенального синдрома

- Экзантемы и энантемы

#

62 В продромальном периоде кори наиболее характерным признаком является:

- Лихорадка

- Ринит, конъюнктивит

- Трахеит, бронхит

+Пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек, десен, губ

- Увеличение шейных лимфоузлов

#

63 Сыпь при кори характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Пятнисто-папулезная

+Точечная на гиперемизованном фоне

- Сливная

- Этапность высыпания с 3-4 дня болезни

- Пигментация и отрубевидное шелушение кожи в течение 2 недель после угасания сыпи

#

64 Лимфаденопатия при краснухе характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- Раннего увеличения лимфоузлов до появления сыпи

- Сохранения лимфаденопатии более 2-х недель после исчезновения экзантемы

- Наиболее увеличенных заднешейных, затылочных и околоушных лимфоузлов

+Болезненности лимфоузлов при пальпации

- Размер до горошины.

#

65 Поражение органов пищеварения при краснухе:

+Наблюдается редко

- Типично для клиники заболевания

- Склонность к поносам

- Увеличение печени и селезенки

- Запоры.

#

66 В периферической крови при краснухе наблюдается:

- 1) лейкопения
- 2) лимфоцитоз
- 3) плазматические клетки
- 4) лейкоцитоз

+1), 2), 3)

- 1), 3)

- 2), 4)

- 1), 2), 3), 4)

- 2, 3

#

67 Клинические формы проявления и особенности диагностики краснухи у беременных представлены:

- Типичными и атипичными формами краснухи

- Атипичные формы следует подозревать при наличии легкого катарального воспаления верхних дыхательных путей, появившегося спустя 15-21 день после контакта с больным краснухой и умеренно выраженной лимфаденопатии

- Наличие специфических антител в крови беременной не позже 12 дней после контакта с больным краснухой указывает на перенесенное ранее заболевание

- Краснуха диагностируется при нарастании титра специфических антител в 4 и более раз

+Все ответы правильные

#

68 Осложнениями при краснухе могут быть все перечисленные, кроме:

- Артритов

- Тромбоцитопенической пурпуры

- Энцефалита

+Гепатит

- Миокардита

#

69 Отличием краснухи от кори является все перечисленное, кроме:

- Менее выражены явления катара верхних дыхательных путей

- Отсутствие пятен Бельского-Филатова-Коплика

- Отсутствие этапности высыпаний в период разгара болезни

+Высокая лихорадка

- Сыпь не оставляет пигментации и шелушения

#

70 При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдается все перечисленное, кроме:

- Более выражен полиаденит

- Часто встречается гепатолиенальный синдром

- Имеет место ангина

- Наличие в крови атипичных мононуклеаров

+Выражены катаральные явления

#

71 Отличием краснухи от скарлатины является все перечисленное, кроме:

- Отсутствия яркой гиперемии слизистой мягкого неба и ангины

- Отсутствия характерного "малинового языка"

- Нет белого дермографизма и бледного носогубного треугольника
- Нет сгущения сыпи на сгибательных поверхностях и кожных складках конечностей Д.

+Наличия артралгий

#

72 Энцефалит при краснухе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Развитием через 2-5 дней после высыпания на коже
- Внезапным началом с появления высокой температуры, рвоты и нарушения сознания
- Наличия парезов и параличей
- При исследовании спинномозговой жидкости выявляются незначительный лимфоцитарный плеоцитоз, повышенное давление, увеличение содержания белка и сахара

+Из ткани мозга при приобретенной краснухе выделяют вирус

#

73 Синдром врожденной краснухи сопровождается следующими пороками развития плода:

- Пороки сердца (открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты)
- Поражения органа зрения (катаракта, микрофтальмия, глаукома, ретинопатия, недоразвитие век) и органа слуха (глухота, дефекты кортиева органа)
- Поражения нервной системы (микроцефалия, паралич конечностей, нарушение психического развития)
- Пороки развития скелета, черепа, мочеполовых и пищеварительных органов

+Все перечисленное

#

74 В патогенезе врожденной краснухи имеет значение все перечисленное, кроме:

- Внедрения вируса краснухи через эпителиальные клетки верхних дыхательных путей матери
- Гематогенного и лимфогенного заноса вируса в ткани плода
- Наличия тропизма вируса краснухи к эмбриональной ткани
- Зависимости частоты поражения плода от сроков беременности

+Наличия аллергического компонента

#

75 Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к:

- Арбовирусам
- Энтеровирусам

+Герпетическим вирусам

- Ретровирусам
- Ротовирусам

#

76 К характеристике вируса ветряной оспы и опоясывающего лишая относится все перечисленное, кроме:

- Устойчив к воздействию низких температур
- Устойчив к воздействию высоких температур
- Быстро погибает под воздействием ультрафиолетовых лучей

+ Устойчив к действию дезинфекционных средств

- Устойчив к высушиванию

#

77 Инкубационный период при ветряной оспе и опоясывающем лишае чаще:

- От 5 до 10 дней
- +От 10 до 17 дней**
- От 18 до 23 дней
- От 24 до 30 дней
- Более 30 дней

#

78 Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме:

- Острого начала
- Лихорадки
- Полиморфных пятнисто-везикулезных высыпаний на коже и слизистых
- +Увеличения печени и селезенки**
- Интоксикации

#

79 Лихорадка при ветряной оспе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Достигает 38-39°C
- Совпадает с появлением сыпи
- +Постоянного типа**
- Исчезает с окончанием высыпания
- Продолжительность лихорадки до 5-8 дней

#

80 К характеристике сыпи при ветряной оспе относится все перечисленное, кроме:

- Пятнисто-везикулезная
- Полиморфизм сыпи вследствие толчко-образных высыпаний в 3-5 приемов
- +Розеолезная**
- Часто сопровождается зудом
- Пустулёзная

#

81 Возбудитель эпидемического паротита относится к:

- Арбовирусам
- Парамиксовирусам
- Герпесвирусам
- Коронавирусам

+Риновирусам

#

82 Осложнения эпидемического паротита:

- Серозный менингит, менигоэнцефалит, энцефаломиелит
- Орхит
- Острый панкреатит
- Лабиринтит, артриты

+Все перечисленное

#

83 Редкие осложнения эпидемического паротита:

- Простатит, оофорит, мастит
- Тромбоцитопеническая пурпура

- Поражение плода у беременных
- Артриты

+Все перечисленное

#

84 При паротитном менингите в спинномозговой жидкости обнаруживают все перечисленное, кроме:

- Жидкость прозрачная или опалесцирует
- Цитоз до 1000 клеток и больше
- В ликворе преобладают лимфоциты
- В ликворе преобладают нейтрофилы

+Содержание белка снижено

#

85 Для инфекционного мононуклеоза характерно:

- Инкубационный период 4-15 дней
- Острое начало
- Высокая лихорадка, интоксикация
- Тонзиллит, лимфаденопатия

+Все перечисленное

#

86 При инфекционном мононуклеозе могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме:

+Разрыва селезенки

- Острой печеночной недостаточности
- Менингоэнцефалита, полирадикулоневрита
- Активации вторичной микробной флоры бронхит, отит, пневмония, синусит
- Геморрагического синдрома

#

87 Изменения лейкоцитарной формулы при инфекционном мононуклеозе:

- 1) лимфоцитоз (свыше 15% по сравнению с нормой)
- 2) атипичные мононуклеары (свыше 10% всех лейкоцитов)
- 3) умеренный лейкоцитоз
- 4) умеренная анемия

- Верно 1),2),3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

88 При серологическом исследовании в крови больных инфекционным мононуклеозом выявляют:

- 1) гетерофильные антитела к эритроцитам лошади быка. Барана
- 2) противобаранные агглютинины
- 3) антитела к вирусному капсиду класса IgM
- 4) антитела к ядерным антигенам вируса

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

89 Для лечения инфекционного мононуклеоза антибиотики показаны при:

+Длительной высокой лихорадке

- Выраженных некротических изменениях в ротоглотки

- Пневмонии

- У ослабленных детей

- Всем перечисленном

#

90 Возбудитель герпетической инфекции относится к:

- Альфа группе семейства герпес-вирусов

- Бета группе

- Гамма группе

- Недифференцированной группе

+Всему перечисленному

#

91 К основным эпидемиологическим характеристикам герпетической инфекции относятся все перечисленные, кроме:

- Возбудитель — ДНК содержащий вирус 2 типов: ВПГ-1 и ВПГ-2

- Вирус инактивируется при температуре более 50°C, спирт и эфиросодержащими веществами

- Источники инфекции — больные и вирусоносители

- СПИД-ассоциированная инфекция

+Основной путь передачи парентеральный

#

92 Пути передачи герпетической инфекции:

- Контактнo- бытовоy

- Воздушно-капельный

- Половоy

- Вертикальный, от матери к плоду

+Все перечисленные

#

93 Группами риска при герпетической инфекции являются:

- Проститутки, гомосексуалисты

- Новорожденные

- Больные после пересадки органов и тканей

- Лица с врожденным и приобретенным иммунодефицитным состоянием

+Все перечисленные

#

94 Основными звеньями патогенеза герпетической инфекции являются все перечисленные, кроме:

- Внедрение вируса через кожу и слизистые оболочки и первичная вирусемия

- Размножение вируса в органах и тканях (коже, легких, печени, селезенке, костном мозге, нервной системе)

+Вторичная вирусемия

- Аллергические изменения
- Пожизненная персистенция вируса в нервных ганглиях

#

95 При герпетической инфекции имеет место все перечисленное, кроме:

- Угнетения клеточного иммунитета
- Снижения гуморального иммунитета
- Образования иммунных комплексов
- Интеграции с генами других вирусов и активации

+Злокачественной трансформации клеток

#

96 Наиболее частыми являются основные формы герпетической инфекции, кроме:

- Латентного — бессимптомного носительства
- Первичной герпетической инфекции
- Рецидивирующей герпетической инфекции
- Хронической герпетической инфекции

+Молниеносной герпетической инфекции

#

97 Инкубационный период при герпетической инфекции обычно составляет:

- От 2 до 6 дней
- От 6 до 14 дней
- От 14 до 21 дня
- От 1 до 2 месяцев

+От 2 до 14 дней

#

98 Основными очагами поражения при герпетической инфекции являются:

- Кожа
- Слизистые оболочки
- Глаза
- Нервная система

+Все перечисленное

#

99 Для неосложненной герпетической инфекции характерно все перечисленное, кроме:

- Лихорадки
- Интоксикации
- Везикулезных высыпаний
- Вовлечения региональных лимфоузлов

+Поражения сердечно-сосудистой системы

#

100 Высыпания при герпетической инфекции носят характер:

- Сгруппированных полусферических пузырьков на фоне эритемы и отечности
- Появления зуда и жжения перед высыпанием
- Разрыва пузырька с образованием мокнущей эрозии
- Быстро исчезающей легкой пигментации

+ Все перечисленное

#

101 Основные клинические разновидности поражения кожи при герпетической инфекции представлены всем перечисленным, кроме:

- Простого герпеса
- Герпетивидной экземы Капоши
- Зостериформного герпеса
- Язвенно-некротической формы

+Геморрагической формы

#

102 Поражения слизистых при герпетической инфекции протекают в виде всего перечисленного, кроме:

- Стоматита
- Гингивостоматита

+Острого респираторного заболевания

- Эзофагита
- Гастрита

#

103 При герпетической инфекции возможны следующие варианты клинических проявлений поражения нервной системы:

- Серозный менингит
- Энцефалит
- Полирадикулоневрит
- Миелит

+Все перечисленное

#

104 Для герпетического гепатита характерны все следующие симптомы, кроме:

- Острого течения
- Лихорадки
- Выраженной интоксикации
- ДВС-синдрома

+Холестаза

#

105 Для лабораторной диагностики герпетической инфекции применяют все перечисленное, кроме:

- Выделения вируса из пораженных органов
- Цитологического исследования мазков
- Иммунологических методов определения антигена в сыворотке крови и спинномозговой жидкости

+Посева крови

- Выявления вирусспецифических иммуноглобулинов

#

106 Для лечения неосложненной герпетической инфекции приоритетно используют все перечисленные препараты, кроме:

- Противовирусных вирулицидного действия
- Аналогов нуклеозидов
- Интерферона и его индукторов
- Антибиотиков

+Кортикостероидов

#

107 Менингококковой инфекцией болеют:

- Дети первых 4 лет жизни
- От 5 до 14 лет
- От 15 до 30 лет
- От 31 года и старше

+Все перечисленные группы

#

108 Основной путь распространения менингококка в организме:

- Лимфогенный
- Неврогенный
- Гематогенный
- Лимфогенно-гематогенный

+Все перечисленное

#

109 К локализованным формам менингококковой инфекции относятся

+Острый назофарингита

- Острый менингит
- Менингококковый сепсис
- Иридоциклит
- Артрит

#

110 К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

- Менингококкцемии
- Менингококкового менингита
- Менингоэнцефалита
- Смешанного варианта менингококкце-мии с гнойным менингитом

+Менингококкового носительства

#

111 Для менингококкового назофарингита характерны следующие клинические признаки:

- 1) *субфебрильная температура*
- 2) *головная боль*
- 3) *першение в горле и боль при глотании*
- 4) *заложенность носа*
- 5) *задняя стенка глотки ярко гиперемирована, отечна, с множественными фолликулами*
- 6) *продолжительность лихорадки до 7 дней*
- 7) *Фебрильная температура*

- Все ответы правильные
- Все ответы правильные, кроме 2), 4)
- Все ответы правильные, кроме 1), 2), 3)

+Все ответы правильные, кроме 6)

- Все ответы неверны

#

112 Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

- Мазок из ротоглотки и носа на менингококк
- Посев крови на менингококк
- Бактериоскопия толстой капли крови
- Бактериоскопия ликвора

+Посев ликвора на менингококк

#

113 Для менингококкцемии характерны следующие клинические симптомы:

- Острое развитие заболевания
- Высокая лихорадка
- Головная боль, озноб, слабость
- В первые два дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь

+Все перечисленное

#

114 Сыпь при менингококкцемии носит типичный характер:

- Розеолезный
- Петехиальный
- Папулезный

+Геморрагический

- Полиморфный

#

115 Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:

- Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры
- На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии

+Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток

- Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный
- Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр

#

116 Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39-40°C
- Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы
- Появление рвоты с 1-го дня болезни
- Появление ригидности мышц затылка

+Нарушение зрения в виде двоения перед глазами

#

117 Для сверхострой формы менингококкового менингита характерны:

- Острейшего начала с высокой температуры
- На фоне положительных менингеальных знаков — преобладание судорог и бессознательного состояния
- Гиперемии и одутловатости лица, частого, глубокого дыхания
- Тахикардии с аритмией или же брадикардии, повышения АД

+Все перечисленные симптомы

#

118 Для менингококкового менингоэнцефалита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Острого начала, высокой температуры
- Ранней потери сознания
- Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов

+Менингеальные явления отсутствуют

- Ярко выраженных менингеальных знаков

#

119 Для синдрома вклинения вещества мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- На фоне менингита развиваются психомоторное возбуждение, общие клонико-тонические судороги
- Угасание корнеальных рефлексов, сужение зрачков, вялая их реакция на свет
- Нарастает брадикардия, быстро сменяющаяся тахикардией
- Развивается одышка, дыхание нарушается

+Черты лица заостряются, появляются круги под глазами

#

120 Клинически венитрикулит (эпендиматит) характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

- Сонливости, стойкого или прогрессирующего расстройства сознания
- Очень высокой степени мышечной ригидности, иногда с развитием опистотонуса, судорог
- Сильной головной боли, рвоты, гиперестезии
- Застойных явлений соска зрительного нерва

+Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов

#

121 При менингококковой инфекции у больных могут наблюдаться перечисленные осложнения:

- Токсико-инфекционного шока
- Желудочно-кишечных, маточных, паренхиматозно-субарахноидальных кровоизлияний
- Миоэндоперикардита
- Острого набухания и отека мозга с синдромом вклинения нарушения мозгового кровообращения

+Все перечисленное

#

122 Характеристика ликвора при менингококковом менингите:

- Скорость вытекания ликвора повышена
- Белесоватый или зеленый, мутный
- Цитоз — четырехзначный и выше, нейтрофильный
- Диссоциация клеточно-белковая

+Все перечисленное

#

123 В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:

+Пенициллин

- Левомецетин
- Ампициллин
- Сульфамометоксин
- Гентамицин

#

124 Клиническими показаниями к применению при менингококковом менингите максимальных доз пенициллина являются:

- Позднее поступления больного
- Особо тяжелое течение инфекции
- Запущенное течение менингита
- Менингоэнцефалит

+Все перечисленное

#

125 Основные критерии отмены антибактериальной терапии при менингококковом менингите:

- 1) нормализация температуры, улучшения самочувствия
- 2) отсутствие головной боли
- 3) исчезновение менингеальных симптомов, нормализация гемограммы
- 4) санация ликвора (лимфоцитарный цитоз ниже 100 клеток в 1 мл)

- Верно 1, 2, 3
- Верно 1,3
- Верно 2, 4

+Верно 4

- Верно 1, 2, 3, 4

#

126 Для лечения токсико-инфекционного шока при менингококковой инфекции применяют:

- 1) глюкокортикоиды
- 2) изотонические кристаллоидные растворы
- 3) левомецетин-сукцинат 1,5 г 3 раза в сутки парентерально
- 4) пенициллин 32-40 млн. ЕД в сутки

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

127 При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

- Пенициллин
- +Левомецетин**
- Гентамицин
- Сульфамометоксин
- Сульфален

#

128 К последствиям перенесенного менингококкового менингита относятся все перечисленные, кроме:

- Невритов зрительного, слухового и лицевого нерва
- Наклонности к гипертензионному синдрому при любых раздражениях в течение от 6 месяцев до 1 года
- Склонности к астении и неврастении
- Гидроцефалии

+Кальцификации мозга

#

129 Токсин возбудителя скарлатины обладает тропизмом к:

- Вегетативно-эндокринной системе
- Нервно-сосудистой системе
- Сердечно-сосудистой системе
- Лимфатической системе

+Всему перечисленному

#

130 Для скарлатины характерны следующие клинические симптомы:

- Острое начало, лихорадка, интоксикация
- Озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- Точечная сыпь на гиперемированном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- Шелушение кожи после угасания сыпи

+Все перечисленные

#

131 Коклюшем болеют:

- Дети в любом возрасте
- Новорожденные и дети первых месяцев жизни
- Подростки
- Взрослые

+Все перечисленные

#

132 Ведущими звеньями патогенеза при коклюше являются все перечисленные, кроме:

- Возбудитель попадает на слизистую оболочку верхних дыхательных путей

+Токсин, выделяемый палочкой коклюша, постоянно действует на рецепторный аппарат дыхательных путей

- Токсин, выделяемый палочкой коклюша, действует на центральную нервную систему
- Раздражение рецепторов дыхательных путей обуславливает кашель и приводит к возникновению очага раздражения в ЦНС
- Неспецифические раздражители дополнительно действуют на доминантный очаг возбуждения

#

133 Легионелла относится к:

- Простейшим
- Микоплазмам
- Хламидиям

+Бактериям

- Вирусам

#

134 Факторы передачи легионелл:

- Почва
- Системы водоснабжения
- Системы кондиционирования воздуха рециркуляторного типа
- Открытые ворота

+Все перечисленное

#

135 Пневмония при легионеллезе обычно:

- Очаговая
- Интерстициальная
- Сливная долевая, чаще двусторонняя
- Бронхопневмония

+Односторонняя плевропневмония

#

136 Инкубационный период при легионеллезе (острое респираторное заболевание):

+От 2 – 4-х суток

- 11-14 дней
- 15-20 дней
- 5-10 дней
- Более 20 дней

#

137 Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

- Цефалоспорины
- Гентамицин

+Эритромицин

- Пенициллин
- Левомецетин

#

138 Основное звено патогенеза дифтерии:

- Воздействие коринебактерии

+Воздействие экзотоксина

- Сенсбилизация организма больного
- Поражение ЖКТ
- Все перечисленное

#

139 Элементы патогенеза при дифтерии:

- Фиксация коринебактерии на клетках тканей, их размножение, продукция экзотоксина
- Увеличение регионарных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки
- Поражение миокарда, капилляров
- Поражение нервных клеток

+Все перечисленное

#

140 Чувствительностью к токсину дифтерии обладает:

- Сердечно-сосудистая система
- Нервная система
- Надпочечники
- Почки

+Все перечисленное

#

141 Инкубационный период при дифтерии составляет, кроме:

- 1-2 дня
- 3-4 дня
- 5-7 дней
- 8-12 дней

+Свыше 3 недель

#

142 При локализованной форме дифтерии ротоглотки налеты располагаются:

+На миндалинах

- На миндалинах и дужках
- На миндалинах и мягком небе
- На языке
- Налетов нет

#

143 Для распространенной формы дифтерии ротоглотки характерно:

- Фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация
- Налет на миндалинах, небных дужках, язычке
- Синюшная гиперемия и отек миндалин, небных дужек, язычка, мягкого неба
- Увеличение углочелюстных лимфоузлов

+Все перечисленное

#

144 Для токсической дифтерии ротоглотки характерно:

- Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка
- Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи
- Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки, отек -ндалин и окружающих тканей
- Увеличение и болезненность углочелюстных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки шеи

+Все перечисленные

#

145 При токсической дифтерии ротоглотки III степени отек распространяется:

- До середины шеи
- До ключиц

+Ниже ключиц

- Нет отека
- Отек слизистых оболочек

#

146 Для дифтерии ротоглотки у привитых характерно:

- Чаще локализованная форма
- Легкое течение, субфебрильная температура
- Налет на миндалинах снимается легко и не оставляет дефекта ткани
- Через 2-3 дня налеты исчезают

+Все перечисленное

#

147 Характеристика налета при дифтерии ротоглотки:

- Белого цвета, творожистый, легко снимается, слизистая после снятия налета не кровоточит

- Исходит из лакун, гнойного характера,

+Беловато-желтый, с перламутровым блеском, плотный. Избыток пленки в виде валика над поверхностью. Снимается с трудом, на слизистой остаются кровоточащие эрозии. Фибриновые пленки не растираются шпателем

- Легко снимаются, растираются шпателем

- Все перечисленное

#

148 Дифтерия носа у взрослых протекает в форме:

- Катаральной, катарально-язвенной

- Пленчатой

- Токсической

- Распространенной

+Всех перечисленных

#

149 При локализованном дифтерийном крупе пленки располагаются в:

- Ротоглотке

+Гортани

- Трахее

- Бронхах

- Все перечисленное

#

150 При распространенном дифтерийном крупе пленки располагаются в:

- Гортани

- Трахее

- Бронхах

- Ротоглотке

+Все перечисленное

#

151 Другие формы локализации дифтерии:

- Дифтерия глаза, уха

- Дифтерия наружных половых органов

- Дифтерия кожи и ран

- Дифтерия слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта

+Все перечисленное

#

152 Основная причина смерти больных при fulminantных формах дифтерии:

- Миокардит

- Паралич дыхательных мышц

- Парез мышц гортани

+Инфекционно-токсический шок

- Периферические параличи

#

153 Тяжелые миокардиты при дифтерии чаще возникают на:

- 1-2 день болезни
- 3-4 день болезни
- +5-8 день болезни**
- 10-12 день болезни
- 20 день болезни

#

154 При поражении нервной системы при дифтерии наблюдается:

- Инфекционно-токсическая энцефалопатия
- Парез (или паралич) мягкого неба, бульбарный паралич
- Поражение мышц конечностей в виде периферического неврита
- Параличи или парезы дыхательных мышц

+Все перечисленное

#

155 Какой форме дифтерии соответствует назначение сыворотки в курсовой дозе 30-40 тыс. МЕ:

+Локализованной дифтерии ротоглотки

- Распространенной дифтерии ротоглотки
- Токсической дифтерии ротоглотки I ст.
- Токсической дифтерии ротоглотки II ст.
- Токсической дифтерии ротоглотки III ст.

#

156 Какой форме дифтерии соответствует назначение сыворотки в курсовой дозе 80-120 тыс. МЕ:

+I

- II

-III

- Гипертоксическая

- Островчатая

#

157 При каких формах дифтерии применяют однократное введение сыворотки:

- Локализованной дифтерии ротоглотки
- Распространенной дифтерии ротоглотки, токсической I
- Дифтерии носа
- Дифтерии редких локализаций

+Всех перечисленных

#

158 Основные правила введения сыворотки при токсической дифтерии:

- Сыворотку вводят каждые 8-12 часов

+Первая доза должна составлять 1/2 от курсовой

- В первые 2 суток больной получает всю дозу

- Все перечисленные

- Вся доза вводится одномоментно

#

159 Вероятность осложнений при дифтерии у детей связана с:

1) наличием токсических форм

2) ранним возрастом ребенка

3) отсутствием или несвоевременным специфическим лечением

4) неадекватной антибактериальной терапией

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

+Верно 1), 2), 3), 4)

- Верно 1)

- Верно 1) и 2)

#

160 Введение противодифтерийной сыворотки при подозрении на распространенную форму дифтерии у привитого ребенка:

+Осуществляют немедленно

- Возможно отложить до получения предварительных результатов баканализа

- Возможно отложить до окончательного бактериологического подтверждения диагноза

- Осуществляется после получения положительных результатов серологических исследований

- Осуществляется после получения положительных результатов серологических и бактериологических исследований

#

161 Наиболее частое остаточное явление менингококкового менингита у детей:

- Гидроцефалия

- Парезы черепно-мозговых нервов

- Сердечно-сосудистые расстройства

+Астенический синдром

- Гормональные нарушения

#

162 Наиболее редкий возбудитель конъюнктивита у детей первых месяцев жизни:

- Аденовирус

- Стафилококк

+Гонококк

- Хламидия

- Стрептококк

#

163 Для лечения гриппа средней тяжести ребенку в возрасте 2 лет наиболее целесообразно применить:

+Лейкоцитарный интерферон, противогриппозный иммуноглобулин

- Переливание плазмы

- Ремантадин

- Симптоматические средства

- Антибиотики

#

164 Для профилактики гриппа у детей наиболее целесообразно применять:

- Ремантадин

+Противогриппозный иммуноглобулин

- Виразол

- Е-аминокапроновую кислоту

- Антибиотики

#

165 С целью профилактики внутрибольничных респираторно-вирусных инфекций у детей следует применять:

- Противогриппозный иммуноглобулин
- Ремантадин

+Лейкоцитарный интерферон

- Реаферон
- Виразол

#

166 Для респираторного микоплазмоза характерны все перечисленные проявления, кроме:

- Упорного малопродуктивного кашля

+Выраженной интоксикации

- Лимфаденопатии
- Длительной высокой лихорадки
- Длительных явлений бронхообструкции

#

167 Наиболее частые причины крупа у детей; кроме:

- Вирус гриппа
- Вирус парагриппа
- Аденовирус
- Микоплазма

+Стрептококк

#

168 Наибольшие трудности возникают при дифференциальном диагнозе крупа у детей с:

- Заглоточным абсцессом
- Папилломатозом гортани
- Врожденным стридором
- Инородным телом гортани

+Ангионевротическим отеком гортани

#

169 Критерием тяжести крупа у детей является все перечисленное, кроме:

- Высокой температуры
- Одышки

+Тахикардии

- Выраженности стеноза
- Длительности стеноза

#

170 Наиболее часто синдром крупа у детей отмечается в возрасте:

- 1-4 мес.
- От 5-6 мес. до 1 года
- 1-2 лет

+2-7 лет

- 10-14 лет

#

171 Патогенетический механизм крупа при парагриппе у детей раннего возраста:

- Нервно-рефлекторный спазм мышц гортани

- Отек подвязочного пространства
- Обильная экссудация слизи
- Отек слизистой гортани

+Все перечисленное

#

172 Для крупа у детей характерно все перечисленное, кроме:

- Грубый кашель
- Стенотическое дыхание
- Измененный голос

+Экспираторная одышка

- Инспираторная одышка

#

173 Стойкая нарастающая осиплость голоса при крупе у детей характерна для:

- Дифтерии
- Гриппа

+Парагриппа

- Аденовирусной инфекции
- Кори

#

174 Остро наступившую афонию при гриппозном крупе у детей вызывает:

- Накопление мокроты в голосовой щели
- Парез гортанного нерва

+Отек подвязочного пространства

- Спазм голосовой щели
- Кровоизлияния на слизистой гортани

#

175 При ОРВИ у детей круп обычно развивается в:

+Первые часы болезни

- 1-3 день болезни
- 3-4 день болезни
- После 5 дня болезни
- После 10 дня

#

176 Типичные признаки крупа I степени при ОРЗ у детей, кроме:

- Периодическое появление стенотического дыхания

+Постоянное стенотическое дыхание

- Периодическое появление инспираторной одышки
- Периодическая тахикардия
- Осипший голос

#

177 Для крупа II степени при ОРЗ у детей характерно все перечисленное, кроме:

- Бледности кожи с "мраморным" рисунком

+Постоянного стенотического дыхания, инспираторной одышки

- Тахикардии, беспокойства
- Симптома "выпадения пульсовой волны"
- Локальный цианоз

#

178 Признаки крупа III степени при ОРЗ у детей:

- Приступы резкого беспокойства, сменяющиеся заторможенностью
- Судороги
- Резкая бледность и цианоз кожи
- Выраженная тахикардия, приглушение тонов сердца

+Все перечисленное

#

179 Для крупа III степени при ОРЗ у детей характерно все перечисленное, кроме:

- Выраженного стенотического дыхания с резким западением всех уступчивых мест грудной клетки на вдохе
- Напряжения мышц шеи
- Ослабления дыхания при аускультации легких
- Симптома "выпадения пульсовой волны"

+Брадикардии

#

180 Показания к назначению гормональной терапии детям с крупом при ОРЗ

- Круп I степени
- Круп I степени у детей с проявлениями аллергии
- Круп II и III степени, поротекающий с преимущественным отеком подсвязочного пространства
- Круп III степени с гнойным экссудатом

+Все перечисленное

#

181 Наиболее частая причина острого обструктивного бронхита у детей:

+Респираторные вирусы

- Бактерии
- Пневмоцисты
- Микоплазмы
- Хламидии

#

182 Основная причина бронхиолита у детей 1-го полугодия жизни:

- Пневмоцисты
- Вирус парагриппа

+Респираторно-синтициальный вирус

- Стафилококк
- Микоплазма

#

183 Для бронхиолита у детей характерно все перечисленное, кроме

+Токсико́за

- Бледности, цианоза, тахикардии
- Экспираторной одышки
- Диффузных мелкопузырчатых хрипов в легких
- Сосудистого полнокровия на рентгенограмме легких

#

184 Для лечения бронхиолита у детей применяют:

- Препараты, улучшающие микроциркуляцию
- Гормоны
- Инфузионную терапию
- Ультразвуковые ингаляции

+Интал

#

185 Наиболее частый возбудитель деструктивной пневмонии у детей:

+Стафилококк

- Микоплазма
- Пневмококк
- Грамотрицательные бактерии
- Клостридии

#

186 Наиболее частый возбудитель пневмонии у детей при внутрибольничном заражении:

- Пневмококк
- Микоплазма
- Стрептококк

+Синегнойная палочка

- Гемофильная палочка

#

187 Средняя продолжительность инкубационного периода при скарлатине:

- 1-2 дня
- 3-7 дней
- 8-12 дней

+2-4 дня

- Более 12 дней

#

188 Основными симптомами скарлатины являются все перечисленные, кроме:

- Лихорадки, интоксикации
- Острого тонзиллита, подчелюстного лимфаденита

+Артритов

- Сливающейся точечной сыпи на гиперемированном фоне
- Сгущения сыпи в естественных складках кожи

#

189 Сроки появления сыпи при скарлатине:

+1-2 сутки болезни

- 3-4 сутки болезни
- 5-7 сутки болезни
- 7-10 сутки болезни
- Позже 10 дня

#

190 Ранние осложнения скарлатины:

+Отит, синусит, лимфаденит

- Гнойный артрит
- Нефрит
- Миокардит

- Флебиты

#

191 Для скарлатины типичной локализацией сыпи является все перечисленное, кроме:

+Ладоней и подошвенной стороны стоп

- Боковых поверхностей груди
- Сгибательной поверхности рук
- Внутренней поверхности бедер
- Сгибательной поверхности ног

#

192 Скарлатиноподобная сыпь характерна для всех перечисленных заболеваний, кроме:

- Краснухи
- Псевдотуберкулеза
- Инфекционного мононуклеоза

+Аллергической реакции

- ОРВИ

#

193 Инфекционный мононуклеоз редко регистрируется в возрасте:

+До 1 года

- 2-3 лет,
- 4-10 лет
- 10 -15лет
- Старше 15 лет

#

194 Для инфекционного мононуклеоза характерны все перечисленные симптомы, кроме:

+Инфекционно-токсической энцефалопатии

- Лимфаденопатии с преимущественным увеличением заднешейной группы лимфоузлов
- Ангины
- Гепатоспленомегалии
- Наличие атипичных мононуклеаров

#

195 Ранние проявления инфекционного мононуклеоза:

1) увеличение заднешейных, затылочных и глубоких шейных лимфоузлов

2) склерит, конъюнктивит

3) увеличение носоглоточных и небных миндалин с резким затруднением дыхания

4) гепатоспленомегалия

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

196 Изменения гемограммы у больных инфекционным мононуклеозом в период разгара, кроме:

- Умеренный лейкоцитоз
- Увеличение лимфоузлов
- Атипичные мононуклеары

- Увеличение моноцитов

+Лейкопения

#

197 Диспансерное наблюдение после перенесенного мононуклеоза:

- Не проводится
- Проводится в течение 1 недели
- Проводится в течение 1 месяца

+При наличии клинических проявлений и остаточных изменений периферической крови проводится в течение 6-12 месяцев

- Пожизненно

#

198 Критерии диагноза хронического мононуклеоза;

- Длительность более 6 месяцев
- Диагноз этого заболевания в анамнезе — инфекционный мононуклеоз, либо наличие во время него высоких титров антител класса М к вирусу Эпштейн-Барра
- В период острого заболевания антитела класса М к капсидному антигену вируса Эпштейн-Барра выявились 1 : 512 и выше, к раннему вирусному антигену 1 : 650 и выше
- Определение вируса методом ПЦР

+Все перечисленные

#

199 Лабораторное подтверждение диагноза хронический мононуклеоз:

- Положительная реакция Пауля-Буннеля
- Наличие атипичных мононуклеаров
- Определение вируса Эпштейн-Барра в крови и тканях
- Обнаружение IgM и IgG к вирусу Эпштейн-Барра

+Все перечисленное

#

200 Для орхита при паротитной инфекции у детей характерно все перечисленное, кроме:

- Обычно возникает у мальчиков до 8 лет
- Чаще наблюдается у мальчиков старше 12-14 лет

+Характерно двухстороннее поражение

- Может возникать атрофия яичек, азооспермия или олигозооспермия
- Одностороннее поражение

#

201 Особенностью коклюша у детей первых лет жизни является:

+Высокая восприимчивость

- Низкая восприимчивость
- Летне-осенняя сезонность
- Отсутствие стойкого иммунитета
- Все перечисленное

#

202 Для катарального периода коклюша характерно:

- Высокая лихорадка, выраженный ринит
- +Субфебрильная или нормальная температура, кашель**
- Навязчивый приступообразный кашель
 - Лимфаденопатия

- Боли в горле при глотании

#

203 С каким из перечисленных заболеваний необходимо дифференцировать коклюш у детей первых месяцев жизни:

- Паракоклюш
- Респираторно-синтициальная инфекция и пневмоцистоз
- Пневмония
- Инородное тело бронха

+Все перечисленное

#

204 Для лечения тяжелых форм коклюша у детей применяют все перечисленное, кроме:

- Антибиотиков

+Специфического иммуноглобулина

- Оксигенотерапии
- Глюкокортикоидов
- Дыхательных analeптиков

#

205 При остановке дыхания у ребенка с коклюшем необходимо применить:

- Искусственное дыхание и ИВЛ
- Бемегрид внутривенно
- Гидрокортизон внутривенно
- Ингаляцию кислорода

+Все перечисленное

#

206 Наиболее типичные осложнения кори у детей первых трех лет жизни:

1) отит

2) гайморит

3) пневмония

4) менингит, энцефалит

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

207 Наиболее типичные осложнения кори у детей школьного возраста:

+Отит

- Фронтит
- Гайморит
- Гнойный менингит
- Менингоэнцефалит

#

208 Противокоревой иммуноглобулин по контакту с коревым больным вводится:

- Всем детям до 3 лет
- Детям, которые перенесли митигированную корь
- Детям, старше 3 лет, не болевшим корью и не привитым ранее

- Детям всех возрастных групп при отсутствии у них специфических антител в сыворотке крови

+Всем перечисленным группам

#

209 Осложнением краснухи у детей является

- Отит

+Энцефалит, энцефаломиелит

- Полиартралгии и полиартрит преимущественно мелких суставов кисти

- Инфекционно-токсический шок

- Все перечисленное

#

210 Наибольшая заболеваемость ветряной оспой наблюдается:

+5 мес.-1 года

- 2-4 лет

- 4-11 лет

- 14 – 16 лет

- Взрослые

#

211 Варицелла-зостер вирус:

+Малоустойчив во внешней среде

- Устойчив во внешней среде в течение недели

- Сохраняется во внешней среде в течение месяца

- Сохраняется во внешней среде в течение года

- Ни одно из перечисленных свойств не характерно

#

212 Варицелла-зостер вирус первоначально попадает:

+В клетки слизистых оболочек рото - и носоглотки

- В лимфатические узлы

- В кровь

- В эпителиальные клетки желудочно-кишечного тракта

- В эпителиальные клетки кожи

#

213 Причиной диссеминации ветряночных высыпаний и генерализации инфекционного процесса, вызванного вирусом варицелл-зостер, может быть:

- Угнетение Т-клеточного звена иммунитета

- Применение до или во время заболевания гормональных препаратов

- Применение до или во время заболевания цитостатических препаратов

- Наличие длительно текущих хронических заболеваний

+Любая из выше перечисленных

#

214 Характерным свойством варицелла-зостер-вируса является:

- Эктодермотропность и нейротропность

- Гепатотропность

- Нефротропность

- Тропность к половым органам

+Все перечисленное

#

215 Характерной особенностью ветряной оспы у детей является:

+Острое начало

- Длительный продромальный период
- Лихорадка длится до 2-х недель
- Позднее появление сыпи
- Гепато-лиенальный синдром

#

216 Характерными чертами сыпи при ветряной оспе являются:

- Пузырьковая сгруппированная сыпь преимущественно на лице, волосистой части головы и туловище
- Возможно появление афтозных элементов на видимых слизистых оболочках
- Ложный и истинный полиморфизм
- Везикулы имеют вдавление в центре

+Все перечисленные

#

217 Эволюция элементов сыпи от макулы к папуле и далее к пузырьку при ветряной оспе, как правило, происходит в пределах:

+36 часов

- 2-х дней
- 4-х дней
- 5-7 дней
- 7-10 дней

#

218 Температурная кривая типичного случая ветряной оспы показывает:

- Максимальную температуру за 24 часа до появления первых высыпаний
- Максимальную температуру за 48 часов до появления первых высыпаний

+Высота и длительность температуры коррелируют с тяжестью синдрома сыпи

- Высокая температура не характерна
- При появлении сыпи температура нормализуется

#

219 У детей ветряная оспа может протекать при нормальной или субфебрильной температуре в случае:

+Иммунизации гамма-глобулином

- Если возраст ребенка - до 1 года
- При обильных высыпаниях
- При геморрагической форме
- В любом из перечисленных

#

220 Больной ветряной оспой является инфекционным до тех пор, пока:

- Не прекратится появление везикул
- Везикулы не высохнут
- Не пройдет 48 часов после появления корок

+Не отпадут все корочки

- При нормализации температуры

#

221 Особенности ветряной оспы у взрослых:

- Чаще встречаются продромальные явления
- Лихорадка более продолжительная и выраженная, чем у детей
- Высыпания, как правило, более обильные и длительные
- Высыпания возникают одновременно

+Все перечисленные

#

222 Варицелла-зостер вирус чаще всего вызывает специфическое поражение:

- Легких, а также вещества и оболочек мозга
- Желудочно-кишечного тракта, селезенки
- Почек

+Эндокринного аппарата

- Всех перечисленных систем

#

223 Изменения со стороны крови при ветряной оспе у взрослых:

- Характерен нормоцитоз, высокая СОЭ

+Характерен лейкоцитоз, нейтрофилез

- Характерна лейкопения, лимфоцитоз на всем протяжении заболевания
- Не имеют специфического характера
- Характерна выраженная эозинофилия

#

224 К атипичным формам ветряной оспы относятся:

- Стертая, рудиментарная
- Геморрагическая
- Гангренозная
- Генерализованная

+Все перечисленные

#

225 Тяжесть клинических проявлений при коклюше обусловлена

- Бактериемией

+Токсемией

- Аллергизацией организма
- Сопутствующими заболеваниями
- Образование иммунных комплексов

#

226 Судорожный синдром при коклюше развивается вследствие:

- Аллергизирующего действия коклюшного микроба
- Развития ацидоза
- Расстройства кровообращения
- Поражения ЦНС

+Всего вышеизложенного

#

227 Основная причина развития доминантного очага в ЦНС при коклюше:

- Действие микроба

+Токсина

- Возраст больного

- Наличие сопутствующих заболеваний
- Неадекватная терапия

#

228 Сроки развития пневмоний при коклюше:

- На первой неделе заболевания
- На второй неделе заболевания

+На 3 неделе заболевания

- Позже
- В первые дни болезни

#

229 Характер кашля в катаральный период коклюша:

- Влажный

+Сухой

- Приступообразный
- Кашель с обильной мокротой
- Кашель с кровянистой мокротой

#

230 Длительность спазматического периода при коклюше:

- 3-4 дня
- 1-2 недели
- +3-4 недели**
- 2-3 месяца
- До 6 месяцев

#

231 Пароксизмы в судорожный период чаще наблюдается:

- Утром
- +Днем**
- Вечером
- Ночью
- Независимо от времени суток

#

232 Пароксизм сопровождается:

- Болями в животе
- Бледностью лица
- Тошнотой
- Рвотой

+Гиперемией, синюшностью лица

#

233 При выслушивании легких в спастическом периоде коклюша выслушивается:

- Везикулярное дыхание
- +Сухие хрипы**
- Влажные хрипы
- Сухие и влажные хрипы
- Клокочущее дыхание

#

234 Наиболее тяжелое течение пневмонии при коклюше наблюдается:

+У детей первого года жизни

- У детей 2-6 лет
- У детей школьного возраста
- У взрослых
- У мальчиков школьного возраста

#

235 Остановка дыхания во время пароксизма при коклюше может отмечаться у:

- Взрослых
- Детей школьного возраста
- Детей 2-5 лет
- У новорожденных

+При тяжелом течении болезни, независимо от возраста

#

236 Со стороны периферической крови при коклюше характерно:

- Лейкопения
- Количество лейкоцитов не изменено
- Количество лейкоцитов умеренно повышено

+Гиперлейкоцитоз, моноцитоз

- Выраженная эозинофилия

#

237 При коклюше СОЭ:

- Замедлена

+Не изменена или несколько замедлена

- Умеренно повышена
- Резко повышена
- Может быть любой из выше перечисленных

#

238 Лекарственный препарат, уменьшающий длительность и силу судорожного периода при коклюше:

- Бром
- Седуксен

+Аминазин

- Валериана
- Эуфиллин

#

239 Этиотропную терапию коклюша более целесообразно проводить:

- Сульфаниламидными препаратами
- Пенициллином
- Нитрофурановыми препаратами

+Ампициллином

- Эритромицином

#

240 Показания к назначению кортикостероидных препаратов при коклюше:

- Эмфизема легких резко выраженная
- Ателектаз легких
- Мелкоочаговая пневмония

- Сливная пневмония

+Тяжелое течение заболевания

#

241 Терапевтические мероприятия при остановке дыхания у детей с коклюшем:

- Введение лобелина

- Введение мезатона

+Искусственное дыхание

- Введение антигистаминных препаратов

- Введение аминазина

#

242 Первичная вакцинация против коклюша проводится в возрасте:

- 1-2 месяца

+3 месяца

- С 5-6 мес.

- С 8-10мес

- Старше года

#

243 Вирус эпидемического паротита устойчив:

- Во внешней среде

- Во влажной среде

+ Малоустойчив

- При высушивании

- При нагревании

#

244 Вирус эпидемического паротита проникает в слюнные железы через:

- Проток слюнной железы

- Эпителий в области выводного протока

- Слизистую верхних отделов респираторного тракта

- Слизистые верхних отделов дыхательных путей.

+Слизистую полости рта, глотки, носа

#

245 В патогенезе эпидемического паротита имеет значение:

- Тропность вируса к тканям

- Первичная вирусемия

- Вторичная вирусемия

- Репликация вируса

+Все перечисленное

#

246 Инкубационный период при эпидемическом паротите в среднем составляет:

- От 3 до 10 дней

+От 11 до 23 дней

- От 15 до 19 дней

- 18 дней

- Более 30 дней

#

247 При эпидемическом паротите температурная кривая может быть:

- Двухволновая
- Трехволновая
- Одноволновая
- Много волновая

+Любая из перечисленных

#

248 Длительность лихорадки при эпидемическом паротите зависит от:

- Особенности вируса
- Наличия осложнений
- Вторичной вирусемии
- Состояние иммунитета

+Всего перечисленного

#

249 Формы эпидемического паротита по тяжести течения:

- Легкая
- Среднетяжелая
- Тяжелая
- Латентная

+Все перечисленные

#

250 Первые признаки эпидемического паротита:

- Боли в области височно-нижнечелюстного сустава
- Сухость во рту

+Боли в области околоушной слюнной железы

- Снижение аппетита
- Головная боль

#

251 Признак Мурсу характерен для:

- Гнойного паротита
- Камней слюнных желез

+Эпидемического паротита

- Туберкулеза слюнных желез
- Гриппа

#

252 Максимальное увеличение околоушных слюнных желез чаще наблюдается:

- К 5 дню
- К 3 дню
- К 10 дню

+1-2 день

- Все перечисленное

#

253 Для эпидемического паротита в начальном периоде болезни характерно:

- Гиперемия кожи в месте поражения
- Воспаление слизистой полости рта
- Герпетическая сыпь
- Все перечисленное

+Увеличение слюнных желез

#

254 Для неосложненного эпидпаротита характерно:

+Брадикардия

- Тахикардия
- Изменений пульса нет
- Аритмия
- Все перечисленное

#

255 Панкреатит при эпидемическом паротите начинается:

+Остро

- Постепенное
- С предвестников
- На 2-ой неделе болезни
- Все перечисленное

#

256 Острый панкреатит при эпидемическом паротите возникает:

- С первого дня болезни
- +С 4-9 дня от начала болезни**
- В конце 2 -и недели болезни
- На 12-14 день болезни
- Позднее 15 дня.

#

257 Орхит при эпидемическом паротите развивается чаще:

- У детей до 10 лет
- У мужчин старше 30 лет
- У детей 1 года жизни
- +У детей 12 лет и старше**

- Все перечисленное

#

258 Орхит при эпидемическом паротите начинается:

+С 3-10 дня болезни

- С первого дня болезни
- С 14 дня
- С 12-18 дня болезни
- Все перечисленное

#

259 Первыми клиническими признаками орхита являются:

- Высокая лихорадка
- Проявление общей интоксикации
- Боли в области яичек
- Припухлость яичек

+Все перечисленное

#

260 Какие местные проявления характерны для орхита при эпидемическом паротите:

- Гиперемия кожи мошонки

- Отек
- Болезненность
- +Все перечисленное**
- Чаще одностороннее поражение

#

261 Серозный менингит при эпидемическом паротите, как правило:

- Появляется раньше, чем поражаются слюнные железы
- Появляются после исчезновения припухлости слюнных желез
- +Наслаивается на поражение слюнных желез**
- Появление менингита не связано с поражением слюнных желез
- Все перечисленное

#

262 Нормализация цитоза при паротитном менингите:

- Наступает в ранние сроки
- Может сохраняться до 2-х месяцев
- Наступает вместе с исчезновением припухлости желез
- Держится более 2-х месяцев
- +Держится до 2-3 недель**

#

. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

1 В воротах печени в орган входят:

- 1) печеночная артерия
- 2) общий желчный печеночный проток
- 3) портальная вена
- 4) лимфатические сосуды

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

2 Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов:

- Повышение уровня билирубина сыворотки крови
- Повышение активности АлАТ и АсАТ
- Гипоальбуминемия
- Гипопротромбинемия
- +Все перечисленное**

#

3 Наиболее ранний лабораторный показатель цитолитического синдрома:

- Повышение уровня билирубина сыворотки крови
- +Повышение активности АлАТ**
- Повышение активности АсАТ
- Снижение уровня альбумина сыворотки крови

- Повышение активности щелочной фосфатазы

#

4 Вирус гепатита А относится к:

+Энтеровирусам (пикорнавирусам)

- Гепаднавирусам

- Арбовирусам

- Флавивирусам

- Ретровирусам

#

5 Наибольшую эпидемиологическую опасность при вирусном гепатите А представляют:

1) *больные в желтушном периоде*

2) *больные в конце инкубационного и в преджелтушном периоде*

3) *реконвалесценты*

4) *больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

+Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4.

#

6 Механизм передачи вирусного гепатита А:

- Капельный

+Фекально-оральный

- Парентеральный

- Половой

- Перинатальный

#

7 Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме:

- Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде

+Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года

- Заболеваемость имеет сезонный характер

- Характерны циклические подъемы заболеваемости

- Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

#

8 Иммуитет при вирусном гепатите А

+Стойкий

- Нестойкий

- Отсутствует

- Не изучен

- Нестерильный

#

9 Основной механизм патогенеза вирусного гепатита А:

+Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит

- Аутоиммунное повреждение гепатоцита

- Развитие аллергических реакций

- Повреждение эндотелия сосудов
- Все перечисленное

#

10 Морфологические изменения при вирусном гепатите А характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Дистрофии печеночных клеток
- Некробиоза гепатоцитов
- Фокального или пятнистого типа некроза печени

+Жировой инфильтрации гепатоцитов

- Мезенхимальноклеточной инфильтрации портальных полей

#

11 Средняя продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А:

+3-4 недели

- 5-11 недель
- 12-24 недели
- 30-36 недель
- 50-60 недель

#

12 Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите А:

1) *артралгический*

2) *гриппоподобный*

3) *латентный*

4) *диспепсический*

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- +Верно 2), 4)**
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

13 После появления желтухи при вирусном гепатите А состояние больного как правило:

+Улучшается

- Остается без изменения
- Ухудшается
- Развивается печеночная недостаточность
- Все перечисленное

#

14 Для ВГА характерно течение:

- Затяжное

+Острое

- Хроническое
- Подострое
- Рецидивирующее

#

15 После перенесенного острого ВГА хронические формы регистрируются:

- Менее 1% больных
- У 2-5% больных

+Не регистрируются

- У 6-10% больных
- У 50 % больных

#

16 Острый вирусный гепатит А верифицируется:

- Повышением активности АлАТ
- Повышением уровня билирубина сыворотки крови

+Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM

- Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG
- Обнаружение HBs Ag

#

17 Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

- 1 раз в месяц в течение 3 месяцев
- 1 раз через 1 месяц после выписки
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года

+При необходимости до 6 месяцев

- В течение 3 лет

#

18 Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса IgG свидетельствует:

- Об инкубационном периоде гепатита А
- О периоде разгара болезни

+О перенесенном гепатите А

- О хронизации процесса
- О преджелтушном периоде гепатита А

#

19 Вирус гепатита В:

- РНК-содержащий гепаднавирус

+ДНК-содержащий гепаднавирус

- ДНК-содержащий энтеровирус
- РНК-содержащий пикорнавирус
- РНК-содержащий ретровирус

#

20 К характеристике вируса гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- Устойчив к воздействию низких температур
- Устойчив к воздействию высоких температур

+Быстро погибает под воздействием консервантов крови

- Устойчив к действию дезинфекционных средств
- Устойчив к высушиванию

#

21 Источником инфекции при вирусном гепатите В не является:

- Больной острым гепатитом
- Больной хроническим гепатитом
- "Хронические" носители вируса
- Все вышеперечисленные

+Больное домашнее животное

#

22 Механизм передачи вируса гепатита В:

- Капельный
- Контактный
- +Парентеральный**
- Трансмиссивный
- Фекально-оральный

#

23 Передача вируса гепатита В от матери к плоду осуществляется:

- Пренатально
- Интранатально
- Постнатально
- +Во все перечисленные периоды**
- Не передается

#

24 Основной механизм патогенеза вирусного гепатита В:

- Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит
- +Иммуноопосредованный цитолиз**
- Развитие аллергических реакций
- Мезенхимально-воспалительная реакция
- Повреждение эндотелия сосудов печени

#

25 Средняя продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите В составляет:

- Менее 45 дней
- +50-180 дней**
- Более 6 месяцев
- Более 12 месяцев
- Несколько дней

#

26 К антигену нуклеокапсида вируса ГВ относятся все вышеперечисленные, кроме:

- +HBsAg**
- HBcorAg
- HBxAg
- HBeAgI
- HBeAgII

#

27 В инкубационном периоде ГВ в крови регистрируются:

- 1) HBsAg
 - 2) HbcorAg
 - 3) HBeAg
 - 4) HbxAg
- Верно 1), 2), 3)
 - +Верно 1), 3)**
 - Верно 2), 4)
 - Верно 4)
 - Верно 1), 2), 3), 4)

#

28 Патогномоничный синдром для преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

+Артралгический

- Диспепсический
- Астеновегетативный
- Латентный
- Все перечисленные

#

29 Начало болезни при гепатите В обычно:

+Острое

- Постепенное
- Латентное
- Острейшее
- Подострое

#

30 Общая продолжительность преджелтушного периода при вирусном гепатите В обычно составляет:

+1-5 дней

- 6-30 дней
- 31-40 дней
- 41-60 дней
- 60-70 дней

#

31 После появления желтухи при вирусном гепатите В состояние больного может:

- Улучшаться
- Ухудшаться
- Оставаться без изменений
- Ухудшаться с развитием печеночной недостаточности

+Все перечисленное

#

32 Исходом вирусного гепатита В может быть все перечисленное, кроме:

- Хронического гепатита
- Цирроза печени
- Первичного рака печени
- Выздоровления

+Амилоидоза печени

#

33 Клиническим критерием повышенного риска хронизации вирусного гепатита В является:

- Тяжелое течение болезни
- Острый гепатит В циклического течения

+Прогрессирующее течение острого гепатита В

- Холестатическая форма острого вирусного гепатита В
- Все перечисленное

#

34 К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

+Уровня АЛАТ

- Персистенция HBV > 30 дней
- Обнаружения HBeAg
- Активной репликации HBV
- Высокого содержания HBV-ДНК

#

35 К особенностям течения вирусного гепатита В у детей до 1 года относится все перечисленное, кроме:

- Частого развития тяжелых и фульми-нантных форм

+Относительно слабой выраженности симптомов преджелтушного периода

- Острого начала заболевания, часто с высокой температурой
- Большей длительностью желтухи, часто спленомегалии и геморрагического синдрома
- При одинаковой тяжести заболевания интенсивность желтухи больше, чем у детей старшего возраста

#

36 В преджелтушном периоде вирусного гепатита В можно обнаружить все следующие перечисленные маркеры, кроме:

- HBs антигена в сыворотке крови

+Анти HBs в сыворотке крови

- HBe антигена в сыворотке крови
- Анти HBsog класса М в сыворотке крови
- HBcAg в ткани печени

#

37 Наружная оболочка вируса гепатита В имеет антиген:

- HBe Ag-I
- HBsog Ag

+HBs Ag

- HBxAg
- HBeAg-II

#

38 В острой желтушной стадии вирусного гепатита В в крови можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме:

- HBs антиген
- Анти HBsog класса М
- HBe антиген

+Анти HBs

- Анти HBe

#

39 К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- Степени гипербилирубинемии
- Выраженности общей интоксикации
- Геморрагического синдрома

+Повышения тимоловой реакции

- Снижения протромбинового индекса

#

40 Признаки интоксикации при вирусном гепатите В:

- Общая слабость, вялость, адинамия
- Снижение аппетита, тошнота, рвота
- Головная боль, головокружение, нарушение сна
- Тахикардия, геморрагические проявления

+Все перечисленное

#

41 В периферической крови в остром периоде вирусного гепатита В характерны все перечисленные изменения, кроме:

+Нейтрофилия.

- Лейкопении.
- СОЭ в пределах нормы
- Плазматической реакции
- Относительного лимфоцитоза.

#

42 В качестве этиотропной терапии острого и хронического ВГВ применяют:

- Кортикостероиды
- Иммуномодуляторы

+Противовирусные препараты

- Цитостатики
- Антибиотики

#

43 При диспансеризации реконвалесцентов перенесших вирусный гепатит В выполняются все следующие правила, кроме:

- Обследование производится через 3, 6, 9, 12 месяцев

+Реконвалесценты могут быть сняты с учета через 3 месяца при хороших клинико-биохимических показателях

- Выписка на работу допускается не ранее, чем через 1 месяц при удовлетворительных клинико-биохимических показателях
- Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спорта 6-12 месяцев
- В течение 6 месяцев противопоказаны профилактические прививки

#

44 Особенности дельта-вируса является все перечисленное, кроме:

- Парэнтеральной передачи инфекции
- Возможности естественного пути передачи вируса

+Вирус может размножаться самостоятельно

- Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции
- Для репродукции вируса необходимо наличие HBs антигена

#

45 Основным механизмом патогенеза дельта-вирусной инфекции:

+Прямое цитопатическое действие на гепатоцит, развитие микст-гепатита

- Цитолиз гепатоцитов связан с иммунными воздействиями
- Не оказывает цитопатического действия на гепатоцит

- Патологическое воздействие вируса связано в основном с мезенхимально-воспалительной реакцией

- Развитие аллергических реакций

#

46 Наиболее неблагоприятным для больного является:

- Смешанная острая форма гепатита В и гепатита Д (ко-инфекция)

- Гепатит В без присоединения дельта-вируса

+Сочетание хронического гепатита В с острой дельта-суперинфекцией

- Микст-инфекция гепатита А и В

- Микст-инфекция гепатита В и С

#

47 Особенности желтушного периода коинфекции гепатита В и гепатита Д:

+Субфебрильная температура в течение 7-12 дней от начала желтухи

- Нарастает интоксикация при проявлении желтухи

- Усиление болей в области печени

- Чаще, чем при вирусном гепатите В уртикарные высыпания, спленомегалия

- Все перечисленное

#

48 Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита Д:

- Выявление в крови HBs антигена

- Выявление в крови HBe антигена

- Тяжелое течение заболевания

+Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15-32 день от начала желтухи

- Наличие диспепсических и астеновегетативных симптомов

#

50 Биохимические показатели сыворотки крови при смешанной инфекции (гепатит В и гепатит Д) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Выражен симптом цитолиза

- Гипербилирубинемия стойкая, сохраняется дольше, чем при гепатите В

- Снижен сулемовый тест

+Преобладает свободный билирубин

- Снижен протромбиновый индекс

#

51 При гепатите Д у носителей HBs антигена отмечено, преимущественно:

- Легкое течение

+Тяжелое течение, с нередкой трансформацией в фульминантный гепатит

- Субклиническая форма

- Безжелтушная форма

- Холестатическая форма

#

52 Этиологическим подтверждением острой ко-инфекции (В+Д) является одновременное обнаружение:

1) HBs Ag.

2) анти HBc класса М.

3) HDVAg.

4) *анти HDV класса M*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

+Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

53 Этиологическим подтверждением острого ГД у носителей HBs Ад (суперинфекции) является одновременное обнаружение:

1) *HBsAg*

2) *HDVAg.*

3) *анти HDV класса M*

4) *анти HBc класса M*

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

54 Для острого гепатита Д у носителей HBs антигена характерно все перечисленное, кроме :

- Многоволнового характера болезни с обострениями

+Меньшей интенсивности желтухи

- В период обострения наблюдается лихорадка в течение 1-2 дней

- Новая волна заболевания сопровождается желтухой и клинико-ферментативным обострением

- Клинико-ферментативные обострения отражают продолжающуюся репликацию вируса Д и формирование хронического, активного гепатита Д

#

55 К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится все перечисленное, кроме:

+Чаще болеют дети в возрасте 2-5 лет

- В основном болеют взрослые 20-35 лет

- Передается водным путем

- Характеризуется эпидемическим распространением

- Отмечается тяжелое течение болезни с высокой летальностью у беременных женщин

#

56 Инкубационный период при гепатите Е составляет:

- 1-13 дня

+14-50 дней

- 51-70 дней

- Более 70 дней

- Более 100 дней

#

57 Общая продолжительность преджелтушного периода гепатита Е составляет:

+До 9 дней

- От 10 до 19 дней
- От 20 до 30 дней
- Более 30 дней
- Более 50 дней

#

58 Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита E от гепатита A:

- Лихорадка
- Слабость, снижение аппетита
- Боли в правом подреберье и эпигастральной области

+Артралгии

- Сыпь

#

59 Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита E:

- Снижение протромбинового индекса
- Билирубин-ферментная диссоциация

+Гемоглинурия и развитие острой почечной недостаточности

- Снижение сулемового теста
- Повышение тимоловой пробы

#

60 Хронический вирусный гепатит представляет собой;

+Исход ОВГ

- Осложнение ОВГ
- Самостоятельную форму заболевания печени
- Совокупность причин
- Все перечисленное

#

61 Возможные биологические фазы вируса при верифицированном ХВГВ

+Репликативная, интегративная

- Обострение
- Ремиссия
- Активная
- Неактивная

#

62 Основные маркеры репликативного хронического ВГВ:

- HBsAg
- Анти HBc класса G

+HBeAg, HBV — ДНК

- Анти Hbe
- Анти HBs

#

63 Основные маркеры интегративного хронического ВГВ:

+HBs Ag, анти Hbe

- Анти HBs
- HBeAg,
- Анти HBc класса G

- HBV—ДНК

#

64 Показатели аутоиммунных процессов при ХГ:

- 1) полиорганность
- 2) маркеры ХВГ
- 3) антимитохондриальные антитела
- 4) биохимические признаки цитолиза
- 5) сенсбилизация Т-лимфоцитов к ЛПЧ

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 5)

#

65 Признаки угрозы хронизации при ОГВ:

- Легкое течение острого гепатита В

- Тяжелое и фульминантное течение

+Высокая репликативная активность HBV при легком течении

- Высокие показатели АлАТ в желтушном периоде

- Высокий уровень билирубина в желтушный период

#

66 Основные формы клинического течения хронического гепатита В:

1) с выраженной клинической симптоматикой

2) бессимптомное течение

3) отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей

4) клинически сглаженное малосимптомное течение

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

+Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1),2),3),4)

#

67 Первые клинические проявления хронического гепатита В:

- Желтуха

- Тромбоцитопения

- Отеки, асцит

+Астено-вегетативный синдром

- Геморрагический синдром

#

68 Основное отличие цирроза печени от хронического гепатита:

- Гепатоспленомегалия

+Распространенный фиброз печеночных долек

- Вторичные печеночные знаки

- Астено-вегетативный синдром

- Геморрагический синдром

#

69 Основной принцип терапии ХВГ с высокой репликацией вируса:

+Этиотропная терапия

- Антиоксиданты
- Анаболические препараты
- Средства метаболической терапии
- Желчегонные препараты

#

70 Характерный клинический признак хронического, вирусного гепатита Д:

- Астено-вегетативный, геморрагический синдром
- Выраженные вторичные печеночные знаки, отечно-асцитический синдром
- Волнообразное течение заболевания с чередованием обострений и ремиссий
- "Немотивированные" ознобы с повышением температуры до 38° и выше в течение 1 -3 дней, сопровождающиеся иктеричностью

+Все перечисленное

#

71 При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают:

- HBs антиген
- HDV—РНК
- Анти-дельта класса М и G
- Дельта-антиген в печени

+Все перечисленное

#

72 Возбудитель гепатита С:

- Относится к семейству Flaviviridae
- Содержит однонитевую РНК
- Существуют разные генотипы HCV
- Образует разные субтипы мутантов

+Все перечисленное

#

73 Для острого гепатита С наиболее характерно течение:

- Острое циклическое
- +Субклиническое, безжелтушное**
- Острое фульминантное
- Затяжное
- Рецидивирующее

#

74 При реактивации хронического вирусного гепатита С в крови обнаруживают:

- Анти HCV класса М
- Анти HCV класса G
- АнтиHCVNS4
- Нарастание содержания HCV — РНК

+Все перечисленное

#

75 Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

+Интерферон

- Ацикловир

- Фоскарнет
- Азидотимидин
- Неовир

#

76 Для вирусного гепатита А при беременности характерны все перечисленные особенности, кроме:

- Большой частоты анемий
- +Вертикальной передачи инфекции от больной матери плоду**
- Увеличения СОЭ, чаще лейкоцитоз, нейтрофилез
- Меньшей выраженности гипертрансфе-раземии
- Большой частоты и выраженности холе-статических явлений

#

77 Основная особенность акушерской тактики при вирусных гепатитах у беременных включает:

- Противовирусную терапию
- Применение кортикостероидных препаратов
- Прерывание беременности при установлении диагноза — вирусный гепатит
- +Проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних выкидышей и преждевременных родов**
- Применение гепатопротекторов

#

78 К поражениям печени, возникающим в связи с беременностью, относится все перечисленное, кроме;

- +Холецистита**
- Токсикоз беременных ранний
- Холестатического гепатоза
- Острого жирового гепатоза
- Токсикоз беременных поздний

#

79 Основными клиническими особенностями острого жирового гепатоза беременных является все перечисленное, кроме:

- +Носит рецидивирующий характер**
- Клинически протекает как фульминантный гепатит
- Характерный признак раннего периода — интенсивная изжога
- Печень обычно не увеличена
- Летальность составляет 80-85%

#

80 Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:

- Герпетической инфекции
- Инфекционного мононуклеоза
- +Гриппа**
- Цитомегаловирусной инфекции
- Энтеровирусной инфекции

#

81 Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:

- Лептоспироза
- Псевдотуберкулеза
- Иерсиниоза

+Дизентерии

- Бруцеллеза

#

82 Поражение печени может отмечаться при:

- Амебиазе
- Токсоплазмозе
- Малярии
- Лейшманиозе

+Всех перечисленных протозойных инфекциях

#

83 Возбудитель паразитирует в ткани печени или желчевыводящих путях при:

- Эхинококкозе
- Фасциолезе
- Описиторхозе
- Шистосоматозах

+Всех перечисленных гельминтозах

#

84 Для острого алкогольного гепатита характерны все перечисленные признаки, кроме:

+Наличия длительного преджелтушного периода

- Слабости, повышения температуры тела
- Анорексии, тошноты, рвоты, чувства горечи во рту
- Болей в верхнем отделе живота, часто сильных, напоминающих печеночную колику
- Желтухи, гепатомегалии, спленомегалии и симптомов портальной гипертензии

#

85 Из перечисленных препаратов наиболее частой причиной поражения печени являются:

- Туберкулостатические (изониазид, ПАСК, этамбутол и др.)
- Производные фенотиазина (аминазин)
- Ингибиторы моноаминоксидазы (ипразин и др.)
- Антибиотики (рифампин, тетрациклин, биомицин), сульфаниламидные препараты

+Все перечисленные

#

86 Поражения печени, протекающие с холестазом, могут вызывать:

- Азатиоприн
- Анаболические стероиды
- Пероральные контрацептивы
- Аминазин

+Все перечисленные

#

87 Патогенетическая основа поражения печени при острой сердечной недостаточности и шоке:

+Нарушение микроциркуляции

- Острая надпочечниковая недостаточность
- Снижение центрального венозного давления
- Гипоксия гепатоцитов
- Активация свободнорадикального окисления липидов

#

88 Для поражения печени при хронической недостаточности кровообращения характерно все перечисленное, кроме:

- Отсутствия или минимальной выраженности воспалительной реакции

+Значительного повышения активности трансаминаз

- Основное значение в механизме желтухи имеет нарушение экскреции билирубина
- Повышения активности в сыворотке крови ЛДГ-5
- Гепатомегалия

#

89 Поражение печени может возникать при системном заболевании соединительной ткани:

- Системной красной волчанке
- Узелковом периартериите
- Системной склеродермии
- Ревматоидном артрите

+Всех перечисленных

#

90 Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:

- Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника
- Портальная бактериемия

+Нарушение питания, нарушение желчевыделения

- Изменения печеночной гемодинамики
- Все перечисленное

#

91 Наиболее частыми формами повреждения печени при заболевании других органов пищеварительной системы являются:

- Цирроз печени
- Амилоидоз, гемохроматоз печени

+Ожирение печени и хронический неспецифический реактивный гепатит

- Гепатоцеребральная дистрофия
- Синдром Бадда-Киари

#

92 Поражение печени специфично для всех перечисленных ниже заболеваний крови, кроме:

- Гемобластозов
- Острых и хронических лейкозов, остео - миелофиброза
- Эритремии

+Апластической анемии

- Лимфогранулематоза

#

93 К наиболее частым возбудителям бактериальных абсцессов печени относятся все перечисленные микроорганизмы, кроме:

- Стафилоккоков, стрептококков
- Представителей рода кишечных бактерий
- Псевдомонад
- Протея

+Гонококка

#

94 Биохимическим показателем наличия гемолиза эритроцитов является:

- Повышение содержания аминотрансфераз
- Повышение содержания щелочной фосфатазы

+Повышение уровня свободного билирубина

- Снижение протромбинового индекса
- Снижение сулемовой пробы

#

95 При наследственных пигментных гепатозах поражение печени имеет характер:

- Воспалительный
- Дистрофический
- Обменный
- Токсический

+Ферментопатический

#

96 Синдром Жильбера характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Передается по аутосомно-доминантному типу
- Патогенетическая основа — недостаточность в гепатоцитах глюкуронилтрансферазы
- Нарушение экскреции билирубина из гепатоцитов

+Патогенетическая основа — гемолиз эритроцитов

- Повышение в сыворотке крови содержания свободного билирубина

#

97 Синдром Криглера-Наджара характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Характер передачи аутосомно-рецессивный
- Патогенетическая основа — отсутствие в гепатоцитах глюкуронилтрансферазы

+Желтуха проявляется впервые в возрасте старше 15 лет

- Резко выраженная желтуха сопровождается тяжелыми неврологическими нарушениями
- Значительное повышение в сыворотке крови содержания свободного билирубина

#

98 Синдром Дабина-Джонсона характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Основное звено патогенеза — нарушение экскреторной функции гепатоцитов
- Желтуха обусловлена повышением связанного билирубина
- В цитоплазме гепатоцита содержится большое количество пигмента

+Характерна нормальная гистология печени

- При холецистографии желчный пузырь и протоки контрастируются слабо и с опозданием или не контрастируются

#

99 Дети, находящиеся в контакте с больным вирусным гепатитом А, подлежат медицинскому наблюдению со дня разобщения в течение:

+35 дней

- 45 дней

- 60 дней

- 7 дней

- 15 дней

#

100 Плановые прививки в период карантина в детском учреждении после изоляции последнего больного гепатитом А не должны проводиться в течение:

+2 месяцев

- 4 месяцев

- 6 месяцев

- 1 года

- 2 лет

#

101 Продолжительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим вирусный гепатит А;

- 3 месяца

+6 месяцев

- 12 месяцев

- Обязательно через 1 месяц после выписки и затем по показаниям

- 9 месяцев

#

102 Для продромального периода гепатита В у детей старшего возраста характерно все перечисленное, кроме:

+Постепенного начала

- Общего недомогания, вялости

- Снижения аппетита, тошноты, иногда рвоты

- Острого начала с высокой лихорадкой

- Тяжесть в эпигастрии и правом подреберье

#

103 О злокачественной форме вирусного гепатита у ребенка раннего возраста свидетельствует все перечисленное, кроме:

- Геморрагического синдрома

- Энцефалопатии

- Сокращения размеров печени.

- Печеночного запаха

+Диарейного синдрома

#

104 В стадии прекомы у детей с вирусным гепатитом В отмечается все перечисленное, кроме;

- Спутанного сознания

- Геморрагического синдрома

- Судорожных подергиваний

+Полного отсутствия рефлексов

- Сохранения рефлексов

#

105 Врожденный гепатит чаще развивается при внутриутробном инфицировании всеми перечисленными возбудителями, кроме:

- Цитомегаловируса
- Токсоплазмы
- Вируса простого герпеса

+Вируса эпидемического паротита

- Вируса гепатита В.

#

106 Дети, родившиеся от женщин с острым или хроническим гепатитом В, подлежат диспансерному наблюдению в течение:

- 3 месяцев
- 6 месяцев

+1 года

- 2-х лет
- Пожизненно

#

КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:

- Трансмиссивного
- Контактного

+Парентерального

- Алиментарного
- Воздушно-капельного

#

2 Для чумы характерны все следующие эпидемиологические закономерности, кроме:

- Эпидемии чумы следует за эпизоотиями ее среди грызунов
- Заболеваемость имеет сезонный характер.
- Возникновение эпидемий чумы обусловлено не только биологическими, но и социально-бытовыми факторами

+Тяжесть заболевания не связана со штаммом возбудителя чумы

- К особо опасным инфекциям чума относится вследствие высокой летальности и склонности к пандемическому распространению

#

3 В патогенезе локализованной чумы имеют значение:

- Внедрение возбудителя через кожу и слизистые оболочки
- Возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумный карбункул
- Поражение лимфатических желез с образованием первичного бубона первого, второго и т. д. порядков
- Поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации сосудистых стенок

+Все перечисленное

#

4 Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:

- Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка
- Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета

+Отек болезненный и равномерный

- Первичный бубон чаще единичный
- Локализуется в паховой, подмышечной, шейной, околоушной области

#

5 Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:

- Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии
- Геморрагическая септицемия
- Наличие токсических лимфаденитов
- Токсико-инфекционный шок

+Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии и геморрагическая септицемия

#

6 При первичной легочной чуме характерно все перечисленное, кроме:

- Воздушно-капельного пути заражения
- Геморрагической септицемии
- Пневмонические очаги возникают раньше бактериемии
- Наличие фибринозного или фибринозно-геморрагического плеврита

+При микроскопии содержимого альвеол возбудитель чумы не обнаруживается

#

7 Патоморфологически при первичной чуме наблюдается:

- 1) *лобулярная пневмония*
- 2) *лобарная пневмония*
- 3) *очаги воспаления различной величины*
- 4) *альвеолит*

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

8 Токсины чумы вызывают возникновение:

- 1) *Лимфаденита*
- 2) *Энцефалита*
- 3) *Шока*
- 4) *гепатита*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

9 По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:

- Кожную
- Бубонную
- Легочную
- Септическую

+Все перечисленное

#

10 Независимо от клинической формы чумы для начального периода характерно:

- 1) *потрясающий озноб, температура 39-40*
- 2) *мучительная головная боль*
- 3) *шатаяющаяся походка, невнятная речь*
- 4) *бессонница, мышечные боли, тошнота, рвота*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4) ,

#

11 Для кожной формы чумы характерными являются все перечисленные изменения, кроме:

- Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы, везикулы и пустулы
- Изъязвление пустулы с появлением темного струпа
- Образование фликтены
- Выраженная гиперестезия

+Развитие лимфангоита

#

12 В отличие от сибирязвенного карбункула при чуме:

- Нет стекловидного стека подлежащих тканей
- Нет дополнительных пузырчатых высыпаний вокруг черного струпа
- Определяется резкая болезненность при пальпации
- Содержимое пустулы кровянисто-гнойное с обилием возбудителя чумы

+Все ответы правильные

#

13 При бубонной форме чумы могут быть выявлены все следующие изменения; кроме

- Воспаленный лимфоузел, регионарный к месту внедрения возбудителя
- Наличие периаденита, болезненного при пальпации
- Сглаженность контуров бубона
- Вынужденное положение больных

+Развитие лимфангоита

#

14 Наиболее частыми осложнениями бубонной чумы являются:

+Септицемия

- Пневмония
- Менингит
- Флегмона
- Серозное воспаление кожи

#

15 Для первично-септической формы чумы наиболее характерно:

+Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции

- Быстрое поражение сосудов
- Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры
- Образование множественных очагов инфекции

- Отек мозга

#

16 Для легочной формы чумы наиболее типично:

- Наличие режущих болей в груди, одышка

- Кашель с пенистой кровавой мокротой

- Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы

+Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации

- Нарастание легочно-сосудистой недостаточности

#

17 При легочной чуме наибольшую опасность эпидемиологически представляет:

- Начальный период лихорадочного возбуждения

+Разгар болезни с максимальным выделением больным возбудителя

- Терминальный период с прогрессирующей одышкой, цианозом, комой

- Начальный период лихорадочного возбуждения. Разгар болезни с максимальным выделением больным возбудителя

- Разгар болезни с максимальным выделением больным возбудителя и терминальный период с прогрессирующей одышкой, цианозом, комой

#

18 Для кишечной формы чумы наиболее типично:

1) обильный жидкий стул со слизью и кровью

2) тошнота, рвота с примесью крови

3) резкие боли в подложечной области

4) наличие в фекалиях чистой культуры возбудителя

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

19 Для океанического штамма возбудителя чумы, кроме классических форм характерны:

- Бактерионосительство

- Пестис минор

- Ангинозная и глазная формы

+Все перечисленное

- Фарингиальная

#

20 Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:

- Пунктат из бубона

- Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен

- Мокрота, слизь из зева

- Кровь, секционный материал

+Все перечисленное

#

21 Для ускоренной лабораторной диагностики чумы применяют:

- Серологические

- Люминесцентно-серологический метод
- Биологическую пробу

+Бактериоскопический метод

- Бактериологический метод

#

22 Легочная форма туляремии в отличие от чумы:

- Протекает более легко по типу мелкоочаговой пневмонии, бронхоаденита

+Имеет благоприятный прогноз

- Не сопровождается развитием токсико-инфекционного шока
- Отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн

- Все ответы правильные

23 В отличие от банальной плевропневмонии при легочной чуме может не наблюдаться:

1) *аускультативные изменения в легких*

2) *кровохарканье*

3) *изменения со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы*

4) *очаговый характер инфильтрата*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

24 Для антибактериального лечения чумы применяют:

- Стрептомицин

- Тетрациклины

- Левомецетин

- Гентамицин

+Все перечисленное

#

25 Для патогенетической терапии чумы используют:

- Кристаллоицидные и коллоидные растворы

- Стероидные гормоны

- Сердечно-сосудистые препараты

+Все перечисленное

- Антикоагулянты

#

26 Профилактика чумы предусматривает предупреждение:

- Заражения лиц, работающих с зараженным материалом или подозрительным на зараженность чумой материалом

- Заболеваний людей и возникновения вспышек в природных очагах

- Завоз чумы на территорию страны из-за рубежа

+Все перечисленное

- Вакцинация

#

27 Мероприятия, направленные на предупреждение завоза чумы;

- Врачебный осмотр пассажиров
- Санитарный осмотр грузов, багажа, транспортных средств, следующих через портовые города
- Выявление и изоляция больных, подозрительных на заражение чумой
- Обследование и врачебное наблюдение в течение 6 дней за лицами, прибывающими из зон, неблагоприятных по чуме

+Все перечисленное

#

28 Для возбудителя сибирской язвы характерно:

- Грамположительная бактерия
- Аэроб, во внешней среде образует споры V. Вирулентность возбудителя связана с способностью образовывать капсулу в организме и выделять экзотоксин
- Неустойчивость вегетативных форм возбудителя к физико-химическим воздействиям

+Все перечисленное

#

29 Источником инфекции при сибирской язве являются:

+Больные домашние животные (крупный рогатый скот, лошади, ослы, овцы, козы, олени, верблюды, свиньи)

- Больной человек
- Бактерионоситель
- Все перечисленное
- Птицы

#

30 Основной путь передачи инфекции при сибирской язве:

+Контактный

- Воздушно-пылевой
- Алиментарный
- Трансмиссивный
- Парентеральный

#

31 Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат:

- Выделения больных животных и их трупы
- Пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных
- Почва, вода, воздух, обсемененные сибиреязвенными спорами
- Предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья: головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и др.

+Все перечисленное

#

32 Для сибирской язвы характерны эпидемиологические закономерности:

- Высокая устойчивость возбудителя во внешней среде
- Летне-осенняя сезонность заболевания
- Наибольшая заболеваемость среди мужчин
- Развитие болезни обусловлено характером трудовой деятельности и особенностями быта

+Все перечисленное

#

33 Иммуитет при сибирской язве:

+Стойкий

- Нестойкий
- Отсутствует
- Не изучен
- Естественный (видовой)

#

34 В патогенезе сибирской язвы имеет значение:

- Внедрение возбудителя через кожу, слизистые оболочки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта
- Поражение регионарных лимфатических узлов
- Генерализация процесса при лимфогенном и гематогенном распространении возбудителя
- Токсемия, приводящая к развитию токсико-инфекционного шока

+Все перечисленное

#

35 Патологоанатомическая картина при сибирской язве представлена всеми описанными изменениями, кроме:

- Сибирезвенный карбункул на коже
- Серозно-геморрагическое воспаление кишечника
- Наличие геморрагического трахеита, плеврита, пневмонии
- Лимфаденит

+Всё перечисленное

#

36 Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

- От 8 до 12 часов
- +От 2 до 3 дней**
- От 5 до 7 дней
- От 8 до 10 дней
- Более 2-х недель

#

37 Различают следующие клинические варианты сибирской язвы:

- Локализованную (кожную и висцеральную)
- Генерализованную вторичную
- Сибирезвенный сепсис

+Все перечисленные

- Ни одной из перечисленных

#

38 Наиболее частой разновидностью кожной формы сибирской язвы является:

+Карбункулезная

- Эдематозная
- Буллезная
- Рожистоподобная
- Карбункулезная и эдематозная

#

39 Тяжесть состояния при кожной форме сибирской язвы:

+Зависит от места локализации процесса

- Не зависит от места локализации процесса
- Не изучена
- Зависит от начала лечения
- Зависит от начала лечения и не зависит от места локализации процесса

#

40 Типичными симптомами сибирезвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:

- Наличия язвы с темным дном
- Выраженного воспалительного отека по краям язвы
- Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости
- Появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы

+Наличие болезненности в зоне некроза

#

41 Для эдематозной разновидности кожной формы сибирской язвы наиболее характерно:

- Зудящее пятно в области первичного очага

+Наличие выраженного отека при небольшом карбункуле

- Регионарный лимфаденит
- Все перечисленное
- Сочетание зудящего пятна в области первичного очага и наличие выраженного отека при небольшом карбункуле

#

42 Буллезная разновидность кожной формы сибирской язвы сопровождается:

+Появлением в областях входных ворот возбудителя больших пузырей, наполненных геморрагическим содержимым

- Формированием обширных язвенно-некротических поверхностей
- Развитием вторичного инфильтрата
- Болью
- Всем перечисленным

#

43 При рожистоподобной разновидности кожной формы сибирской язвы наиболее часто выявляют:

+Беловатые множественные пузыри на гиперемированной, припухшей, безболезненной коже

- Пузыри, заполненные геморрагическим содержимым
- Неглубокие язвы с синюшным дном и обильным серозным отделяемым
- Все перечисленное
- Регионарный лимфаденит

#

44 Развитие вторичной септицемии у больных кожной формой сибирской язвы сопровождается всеми перечисленными симптомами, кроме:

- Нового подъема температуры до 40-41°, озноба

+Появления на коже вторичных пустул, буллезных элементов, геморрагии

- Развития пневмонии с геморрагическим отеком легких
- Поражения кишечника с кровавой рвотой и стулом
- Менингоэнцефалита

#

45 Возможны следующие осложнения и исходы при кожной форме сибирской язвы:

- Выздоровление
- Летальный исход
- Вторичная септицемия
- Токсико-инфекционный шок

+Все перечисленное

#

46 Клиническая картина поражения кишечника при сибирской язве представлена всеми следующими симптомами, кроме:

- Многократной рвоты "кофейной гущей"
- Частого жидкого стула с примесью крови

+Увеличения печени и селезенки

- Болезненности при пальпации живота
- Пареза кишечника

#

47 Для легочной формы сибирской язвы и плевропневмонии общими являются все перечисленные симптомы, кроме:

- Острого начала с проявлением резкой болезненности в грудной клетке
- Тахипное
- "Ржавой" мокроты, кровохарканья

+Выраженных физикальных данных - резкое укорочение перкуторного звука, влажные хрипы

- Развития токсического шока

#

48 Важнейшим отличительным признаком легочной формы чумы и септической формы сибирской язвы является:

+Наличие катаральных симптомов в начале заболевания

- Характерный эпидемиологический анамнез
- Тяжелая форма интоксикации в первые дни болезни, не соответствующая физикальным изменениям в легких
- Кровохарканье
- Боль в грудной клетке

#

49 Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:

+Банальным карбункулом

- Рожей
- Кожной формой чумы
- Язвенно-бубонной формой туляремии
- Кожной формой чумы и язвенно-бубонной формой туляремии

#

50 В отличие от кожной формы сибирской язвы при банальных карбункулах и фурункулах отмечается все перечисленное, кроме:

- Гиперемии пораженной области кожи
- Резкой болезненности в области язвы и окружающих тканей
- Наличия гноя под корочкой

- Умеренного отека

+Выраженного лимфаденита

#

51 Для рожи в отличие от сибирской язвы характерны:

- Четкие контуры воспалительной зоны
- Болезненность кожи по периферии воспаления
- Наличие лимфаденита
- Отсутствие струпа

+Все перечисленное

#

52 Туляремиальные язвы отличаются от сибиреязвенных всем перечисленным, кроме:

- Поверхностного расположения
- Отсутствия черного струпа в центре поражения
- Отечности мягких тканей по периферии

+Болезненности при пальпации

- Выраженного лимфаденита

#

53 Для бактериологического исследования на сибирскую язву берут:

- Материал из карбункула
- Кровь
- Мокроту
- Рвотные массы и испражнения

+Все перечисленное

#

54 Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

+Специфический глобулин

- Противосибиреязвенную сыворотку
- Противосибиреязвенную вакцину
- Химиопрепараты
- Специфический глобулин и противосибиреязвенную сыворотку

#

55 Для антибиотикотерапии сибирской язвы используют все перечисленные препараты, кроме:

- Пенициллина
- Тетрациклина и его производных

+Левомецетина

- Цефалоспоринов
- Рифампицинов

#

56 К средствам патогенетической терапии при сибирской язве относятся:

- Стероидные гормоны
- Дезинтоксикационные растворы
- Свежезамороженная плазма и кровь
- Гепарин

+Все перечисленное

#

57 Правила выписки выздоравливающих при сибирской язве включают:

- При кожной форме выписку производят после отторжения струпа и формирования рубца
- Лиц, перенесших септическую форму болезни, выписывают после клинического выздоровления и двухкратного отрицательного бактериологического посева крови
- Бактериологический посев крови проводят с интервалом 5 дней
- Лица, соприкасающиеся с больным, находятся под медицинским наблюдением 8 суток

+Все перечисленное

#

58 Профилактические ветеринарно-санитарные мероприятия при сибирской язве:

- Изоляция и лечение больных животных
- Дезинфекция в очаге с соблюдением необходимых правил при захоронении трупов в скотомогильниках
- Контроль, за выпуском и реализацией животного сырья
- Вакцинация животных и людей

+Все перечисленное

#

59 Для этиологии желтой лихорадки характерно все перечисленное, кроме:

- Возбудитель желтой лихорадки — фильтрующийся вирус, размером от 12 до 27 нм
- Относится к арбовирусам, содержит РНК
- Обладает пантропностью, особенно висцеро- и нейротропными свойствами

+Устойчив во внешней среде

- В зараженных комарах-переносчиках выживает до 4 недель

#

60 К характерным для желтой лихорадки эпидемиологическим данным относятся все перечисленные, кроме:

- Природно-очаговое заболевание с ореалом распространения в зоне тропического пояса
- Существует 2 эпидемиологических варианта желтой лихорадки: эндемический (джунглевый) и эпидемический (городской).
- Городская желтая лихорадка является антропонозным трансмиссивным заболеванием

+Желтая лихорадка джунглей передается по циклу животное-комар-животное

- Восприимчивость к желтой лихорадке

#

61 Источником инфекции и переносчиком при желтой лихорадке являются все перечисленные, кроме:

+Приматы джунглей

- Птицы
- Опоссумы, пекари, муравьи, броненосцы, ленивцы
- Больной человек с конца инкубационного периода и первые 3-4 дня болезни
- Комары

#

62 Наиболее вероятные ворота инфекции при желтой лихорадке:

+Кожа

- Алиментарный тракт
- Верхние дыхательные пути
- Кожа и верхние дыхательные пути

- Парентеральный

#

63 В патогенезе желтой лихорадки наибольшее значение имеют все перечисленные фазы, кроме:

- Внедрения вируса при укусе комара через кожу
- Лимфогенного заноса вируса в регионарные лимфоузлы
- Вирусемии
- Поражения эндотелия капилляров внутренних органов и развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

+Токсинемии

#

64 Патологоанатомические изменения при желтой лихорадке:

- Желтуха
- Геморрагический диатез внутренних органов
- Наличие эозинофильного некроза (тельца Каунсилмена) и жировой дистрофии печени
- Поражение клубочкового и канальцевого аппарата почек

+Все перечисленное

#

65 Геморрагический синдром при желтой лихорадке представлен всеми перечисленными изменениями, кроме:

- Геморрагической сыпи на коже и слизистых разной величины
- Желудочно-кишечных кровотечений

+Гематурии

- Носовых кровотечений
- Тромбоцитопении

#

66 Поражение печени и почек при желтой лихорадке:

+Наблюдается у всех больных

- Чаще развивается с 1-2 дня болезни
- Связаны с тропизмом вируса к эндотелию сосудов печени и почек
- Является осложнением заболевания
- Развивается в период второй волны лихорадки

#

67 Причины летальности при желтой лихорадке:

1) почечная недостаточность

2) печеночная недостаточность

3) геморрагический шок

4) дыхательная недостаточность

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

68 Дифференциальный диагноз желтой лихорадки проводят с:

- Вирусным гепатитом

- Лептоспирозом
- Геморрагическими лихорадками
- Малярией

+Всем перечисленным

#

69 Для желтой лихорадки характерно:

- Желтуха
- Геморрагический синдром
- Лихорадка

+Все перечисленное

- Миалгии

#

70 Для лептоспироза и желтой лихорадки характерны общие признаки, кроме:

- Желтухи

+Оба заболевания вызваны вирусом

- Геморрагического синдрома
- Поражение почек
- Поражение печени

#

71 Общие принципы лечения малярии и желтой лихорадки:

- Дезинтоксикация
- Сердечно-сосудистые средства
- Глюкокортикоиды

+Все перечисленное

- Витаминотерапия

#

72 Отличием геморрагических лихорадок от желтой лихорадки является:

- Развитие геморрагического синдрома на фоне снижения температуры
- Отсутствие второй лихорадочной волны

+Нет увеличения печени и желтухи

- Отсутствие специфических лабораторных данных (выделения вируса, реакции связывания комплемента, реакции торможения непрямой геммагглютинации)
- Изменение анализа крови (лейкопения с нейтропенией, лимфопения)

#

73 Наиболее достоверным методом лабораторной диагностики желтой лихорадки является:

+Выделение вируса из крови больного, печени и мозга умершего

- Реакция связывания комплемента в титре 1:16 и выше
- Реакция нейтрализации вируса
- Реакция торможения гемагглютинации
- Гистологическая картина биопсии печени

#

74 При лечении желтой лихорадки используют все перечисленные препараты, кроме:

- Дезинтоксикационных растворов в объеме 2-3 л в сутки
- Глюкокортикоидных гормонов парентерально
- Сердечно-сосудистых средств (строфан-тин, коргликон, камфора)

+Антибиотиков

- Специфического иммуноглобулина

#

75 Профилактика желтой лихорадки включает следующие меры:

- Изоляция больного в боксе на первые 5 дней болезни
- Работа медицинского персонала в спецодежде
- Уничтожение комаров-переносчиков в эпидемических очагах
- Вакцинация населения вакциной 17Д "Дакар"

+Все перечисленные

#

76 Основные эпидемиологические характеристики обезьяньей оспы включают все перечисленное, кроме:

- Возбудитель - ДНК содержащий вирус рода ортопоксвирусов, сходен по антигенным свойствам с вирусом натуральной оспы
- Циркуляция вируса в естественных условиях поддерживается обезьянами

+Алиментарный путь передачи

- Чаще болеют дети до 10 лет
- Вирус неустойчив во внешней среде

#

77 Основными путями передачи инфекции при обезьяньей оспе являются все перечисленные, кроме:

- Воздушно-капельного
- Воздушно-пылевого

+Алиментарного

- Контактного-бытового
- Инокуляционного

#

78 Наиболее частыми входными воротами инфекции при оспе обезьян являются:

+Органы дыхания

- Желудочно-кишечный тракт
- Кожа
- Слизистые оболочки
- Кровь

#

79 Для патогенеза оспы обезьян характерны все перечисленные основные звенья, кроме:

- Внедрения вируса через дыхательные пути
- Вирусемия

+Лимфогенное распространение

- Токсемия
- Фиксация вируса в эктодермальной ткани и проникновение в эпителий кожи и слизистых оболочек

#

80 Инкубационный период при оспе обезьян чаще составляет:

- От 5 до 8 дней
- От 9 до 14 дней
- От 15 до 21 дня

- От 22 до 30 дней

+Неизвестен

#

81 Основными клиническими симптомами при обезьяньей оспе являются все перечисленные, кроме:

- Выявленного продромального периода
- Лихорадки
- Интоксикации
- Везикулезно-папулезной сыпи на коже и слизистых оболочках

+Увеличения печени и селезенки

#

82 Продромальный период при оспе обезьян характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- Острого начала
- Повышения температуры выше 39° С
- Болей в пояснично-крестцовой области, мышцах

+Нарушения сознания

- Появления коревидной или скарлатиноподобной "раш" сыпи

#

83 Для сыпи при оспе обезьян в разгаре заболевания характерны все перечисленные признаки, кроме:

- Стадийности высыпания: макула-папула-везикула, пустула-корка-рубец
- Оспенных элементов — плотные, многокамерные, имеют в центре пупковидное вдавление
- Высыпаний на ограниченном участке — мономорфных
- Типичной локализации сыпи: лицо, конечности, ладони, подошвы

+Отсутствие кожного зуда

#

84 Критериями тяжести при оспе обезьян являются:

- Выраженность интоксикации
- Интенсивность высыпаний
- Нарушение деятельности внутренних органов

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

85 Для лабораторной диагностики обезьяньей оспы применяют:

- Вирусологические исследования, метод флюоресцирующих антител
- Реакцию непрямой гем агглютинации для обнаружения антигена вируса оспы
- Реакцию торможения гемагглютинации для обнаружения антител

+Все ответы правильные

- Методы электронной микроскопии

#

86 Для этиологии оспы характерны все следующие особенности, кроме:

- Возбудитель оспы относится к ДНК содержащим вирусам
- Различают 2 разновидности вируса: возбудитель натуральной оспы, возбудитель алястрима

+Возбудитель оспы хорошо выдерживает нагревание

- Возбудитель оспы хорошо размножается на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов

- Возбудитель оспы устойчив к низкой температуре и высушиванию

#

87 Источником инфекции при натуральной оспе являются:

+Больной человек

- Корова

- Обезьяна

- Все перечисленное

- Птицы

#

88 Основным звеном патогенеза натуральной оспы является:

+Вирусемия

- Бактериемия

- Токсинемия

- Все перечисленные

- Вирусемия и токсинемия

#

89 Наиболее характерными морфологическими изменениями при натуральной оспе являются:

- Чаще поражается кожа и слизистые оболочки

- В эпидермисе кожи характерна баллонирующая дегенерация

- Наличие внутри мембраны клеток телец Гварниери

- Правильного ответа нет

+Все ответы правильные

#

90 Среди клинических форм оспы наиболее опасна в эпидемиологическом плане:

- Ранняя или поздняя геморрагическая форма

- Вариолоид без сыпи

- Оспенная энантема, при которой поражения ограничиваются слизистой верхних дыхательных путей

- Плоская форма, при которой не развиваются типичные везикулы

+Обычная оспа, при которой на 5-й день высыпаний наблюдается лихорадка

#

91 Клинические особенности оспы все перечисленное, кроме:

+Вариации инкубационного периода

- Начало высыпаний сопровождается заметным ухудшением общего состояния и исчезновением начальных симптомов

- Высыпания наиболее густо расположены на открытых поверхностях кожи

- Наличие признака Арчилл-Робертсона

- Наличие нейропаралитического кератита

#

92 Критериями тяжести при оспе являются:

- Выраженность интоксикации

- Интенсивность высыпаний

- Нарушение деятельности внутренних органов

+Все перечисленное

- "Черная оспа"

#

93 Высыпания при натуральной оспе характеризуются:

- Этапностью

- Инфильтратом кожи в основании элементов

- Одинаковым возрастом элементов

- Наличием вдавлений в центре пустул

+Всем перечисленным

#

94 У привитых оспа отличается следующими особенностями:

- Появление сыпи на 2-3 день продромального периода

- Чаше, сыпь не достигает стадии пустул

- Скудность высыпания

- Иногда появление сыпи не сопровождается лихорадкой

+Все перечисленное

#

95 Основными признаками алястрима является:

- Умеренная интоксикация

- Появление сыпи на 3 день болезни

- Инкубационный период длится 12 дней

- Самочувствие больных нарушено мало, даже при обильной сыпи

+Все перечисленное

#

96 Классификация возбудителя холеры включает следующие биотипы:

- Классический холерный вибрион

- Холерный вибрион Эль-Тор

- Серотипы по 0-антигену: Тип Огава (содержит фракцию В) Тип Инаба (содержит фракцию С) Тип Гикошимо (содержит фракции В и С)

+Все перечисленные типы

- Ни один из перечисленных

#

97 Возбудитель холеры обладает всеми перечисленными свойствами, кроме:

- Грамотрицателен

- Обладает большим полиморфизмом

- Элективной средой роста является щелочная пептонная вода и мясо - пептон-ный агар

+Облигатный анаэроб

- Имеет 5 фаготипов

#

98 Для холерного вибриона характерны:

- Токсин бактериальной оболочки — эндотоксин

- Токсин клетки — "фактор проницаемости"

- Холероген-экзотоксин

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

99 Ведущим путем заражения при холере является:

+Водный

- Пищевой
- Контактно - бытовой
- Все перечисленное
- Трансмиссивный

#

100 Эпидемиологическими особенностями холеры Эль-Тор являются:

- Длительное вибрионительство после перенесенного заболевания
- Наличие значительного количества стертых форм и вибрионительства
- Более выраженная резистентность вибрионов к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

101 Бактериологическому исследованию при холере подлежит все пе-. речисленное, кроме;

- Рвотных масс
- Фекалий

+Крови

- Желчи
- Отрезков тонкой кишки трупов

#

102 Длительность вибрионительства при холере Эль-Тор составляет:

- В среднем 4 дня
- Не более 15-17 дней

+До нескольких месяцев

- Может быть пожизненным
- Вибрионительства не существует

#

103 При холере возбудитель интенсивно размножается в:

- Желудке

+Тонкой кишке

- Кровяном русле
- Всех перечисленных органах
- Толстой кишке

#

104 Диарея при холере обусловлена:

- Эндотоксином

+Экзотоксином

- Проникновением вибриона в энтероциты
- Воспалительными изменениями эпителия тонкой кишки
- Всем перечисленным

#

105 Поражение слизистой тонкой кишки при холере характеризуется:

- Десквамацией эпителия ворсинок
- Некрозом слизистой

+Эпителий структурно не поврежден

- Всё перечисленное
- Ничем из перечисленного

#

106 В патогенезе холеры имеет значение все перечисленное, кроме:

- Проникновения и размножения вибрионов в тонком кишечнике
- Выделения холерными вибрионами энтеротоксина и нейраминидазы, активирующих системы циклического аденозинмонофосфата
- Развития синдрома электролитной диареи
- Развития гемоконцентрации, гиповолемии, метаболических расстройств

+Потери белков плазмы

#

107 Потеря воды при холере происходит за счет:

- Внеклеточной жидкости
- Внутрисосудистой жидкости
- Внутриклеточной жидкости

+Все ответы правильны

- Все ответы неправильные

#

108 Тяжесть болезни при холере обусловлена:

1. Обезвоживанием
2. Интоксикацией
3. Потерей электролитов
4. Потерей белков плазмы

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

109 Патологоанатомические изменения при холере представлены:

- Резким обезвоживанием всех тканей, сгущением крови
- Серозные оболочки полнокровны с точечными кровоизлияниями
- Слизистая желудка, тонких и толстых кишок набухшая, полнокровная с мелкими кровоизлияниями
- В паренхиматозных органах — дистрофические изменения

+Все перечисленное

#

110 Возможны следующие клинические формы холеры:

- Холерный энтерит и гастроэнтерит
- Холерный алгид
- Атипичные формы (стертые формы, "сухая" холера и молниеносные формы)
- Холера-микст

+Все перечисленные

#

111 Инкубационный период при холере:

- 48 часов
- От 3 до 5 суток
- От 6 до 12 суток
- Более 12 суток

+От нескольких часов до 6 суток

#

112 Типичные холерные испражнения имеют все перечисленные признаки, кроме:

- Жидкость типа рисового отвара
- Жидкость, окрашенная желчью

+Сохраняют каловый запах

- Не имеют запаха
- Имеют большой объем

#

113 Клинические признаки легкой формы холеры включают все перечисленное, кроме:

+Субфебрильной температуры

- Отсутствия судорог мышц
- Умеренно выраженной сухости слизистой рта
- Понос не более 10 раз в день. Сгущение крови отсутствует
- Рвота нечастая

#

114 Клинические признаки средне-тяжелой формы холеры включают все перечисленное, кроме:

+Фебрильной температуры

- Локальных судорог
- Выраженной сухости слизистой рта
- Снижение тургора кожи
- Обильного стула до 10 раз в сутки

#

115 Клинические признаки тяжелой формы холеры, включают все перечисленное, кроме:

- Субнормальной температуры
- Одышки, тотального цианоза
- Обезвоживания III степени

+Поноса и рвоты без счета

- Анурии

#

116 При гиповолемическом шоке, обусловленном холерой, имеет место все перечисленное, кроме:

- Тахикардии, одышки, цианоза, гипотензии

+Множественного обильного стула

- Анурии
- Уменьшения массы циркулирующей крови и плазмы, сгущения крови
- Гипоксии артериальной крови, гипероксии венозной крови

#

117 Острая почечная недостаточность при холере развивается в результате всех перечисленных причин, кроме:

- Снижения артериального давления
- Гиповолемии
- Гипокалиемии

+Нарушения клубочковой фильтрации

- Сгущения крови

#

118 Неотложным лечебным мероприятием при холере является:

- Этиотропная терапия

+Инфузионная терапия солевыми растворами

- Введения парентеральных белковых препаратов
- Все перечисленное
- Переливание крови

#

119 Для регидратации у больных холерой применяются все перечисленные растворы, кроме:

- Раствора "Трисоль"
- Раствора "Дисоль"
- Раствора "Квартасоль"
- Растворов "Хлосоль", "Лактосоль"

+Полиглюкина

#

120 Раствор "Дисоль" для регидратационной терапии больных холерой используют при:

- Гипокалиемии
- Нормальном содержании калия в плазме крови

+Гиперкалиемии

- Всех перечисленных состояниях
- Гипернатриемии

#

121 Температура растворов, вводимых парентерально больным холерой, должна быть не ниже:

+36-37°C

- 37 -38°C
- 38-39°C
- 39-40°C
- 40-50°C

#

122 Из методов определения дефицита жидкости при холере следует отдать предпочтение:

+Относительной плотности плазмы

- Индексу гематокрита
- Концентрации общего белка
- Вязкости крови
- Концентрации электролитов

#

123 К препаратам используемым при антибактериальной терапии больных холерой относятся все перечисленные, кроме:

- Тетрациклинов
- Левомицетина (хлорамфеникол)
- Фторхинолонов
- Препаратов нитрофуранового ряда

+Сульфаниламидов

#

124 Патогенетическая терапия больных холерой включает все перечисленное, кроме:

- Восстановления водно-электролитного баланса
- Введения 2-3 л струйно, со скоростью 100 мл в минуту, затем капельно — 10 мл в 1 мин., количество введенной жидкости соответствует степени дегидратации
- Проведения коррекции продолжающихся потерь жидкости и электролитов до прекращения поноса и полного восстановления функции почек

+Введения плазмы и кровезаменителей

- Восстановление КОС

#

125 Бактериологическое исследование испражнений и трупного материала при подозрении на холеру включает:

- Микроскопию препаратов, окрашенных по Граму
- Посев материала на среды накопления (щелочная пептонная вода) и твердые (щелочной агар)
- Идентификацию выделенной культуры по сумме биологических свойств: антигенная структура, ферментативная активность, чувствительность к фагам

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Геморрагические лихорадки по эпидемиологическим особенностям подразделяют на:

- Клещевые (Крым-Конго, Омская, Кьясанурская лесная болезнь)
- Комариные (желтая лихорадка, геморрагическая лихорадка ДЕНГЕ, лихорадка Чикунгунья)
- Контагиозные (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, Аргентинская, Боливийская, Марбурга, Ласса, Эбола)

+Все перечисленные

- Вирусные

#

2 Основные пути передачи геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других геморрагических лихорадок:

- 1) алиментарный.
- 2) трансмиссивный.
- 3) аспирационный.
- 4) контактный

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

3 Ведущие звенья патогенеза для геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других геморрагических лихорадок:

1) внедрение возбудителя, вирусемия, интоксикация

2) гемодинамические нарушения

3) острая почечная недостаточность

4) формирование иммунитета

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

4 Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

- Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота

- Боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век

- Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения

- Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков

+Все перечисленное

#

5 Основные клинические синдромы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

- Менингоэнцефалитический

- Абдоминальный

+Геморрагический

- Общелихорадочный

- Все перечисленные

#

6 Отличительной особенностью Крымской геморрагической лихорадки от других лихорадок является:

+Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью

- Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом

- Острая почечная недостаточность

- Суставной синдром

- Синдром желтухи

#

7 Отличительной особенностью Омской геморрагической лихорадки от, других лихорадок является:

- Преобладание геморрагического синдрома над острой почечной недостаточностью

- Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС

+Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом

- Суставной синдром
- Наличие печеночной недостаточности

#

8 Исходом геморрагических лихорадок может быть все перечисленное, кроме:

- Постинфекционной анемии
- Хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- Постинфекционной миокардиодистрофии
- Хронического пиелонефрита

+Токсико-инфекционного шока

#

9 Основные лабораторные методы диагностики при геморрагических лихорадках:

- Вирусологические

+Серологические

- Бактериологические
- Биологические
- Общие клинические

#

10 При исследовании периферической крови у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в разгар заболевания отмечают:

- Увеличение количества лейкоцитов

+Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ

- Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина
- Все перечисленное верно
- Все перечисленное не соответствует истине

#

11 В прогрессирующей фазе олигурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают:

- Изогипостенурию, протеинурию
- Эритроциты и лейкоциты
- Клетки почечного эпителия, зернистые, фибринные цилиндры

+Все указанные изменения

- Все перечисленное не соответствует истине

#

12 При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

- Повышение мочевины
- Повышение креатинина и мочевины

+Повышение калия, креатинина и мочевины

- Повышение калия редко
- Повышение креатинина и мочевины и редко повышение калия

#

13 При геморрагических лихорадках медикаментозное лечение включает:

- Коррекцию кислотно-основного состояния, дезинтоксикацию
- Лечение сердечно-сосудистой недостаточности
- Предупреждение и лечение специфических и неспецифических осложнений

- Дезинтоксикация

+Все перечисленное

#

14 Выписка из стационара при геморрагической лихорадке производится после:

- Исчезновения клинических проявлений болезни
- Нормализации морфологических и биохимических показателей крови, мочи
- Не ранее 3-4 недель от начала заболевания при тяжелых формах болезни
- Изогипостенурия и полиурия не являются противопоказанием для выписки

+Все ответы правильны

#

15 Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом проводится:

- Через 3, 6, 9, 12 месяцев врачом кабинета инфекционных заболеваний
- Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений резидуального синдрома или хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- При наблюдении переболевших в кабинете инфекционных заболеваний исследуют мочу, артериальное давление, при необходимости — консультация нефролога, окулиста

+Все указанное верно

- ЭКГ

#

16 Основной источник инфекции при бруцеллезе:

- Больной человек

+Крупный и мелкий рогатый скот

- Дикие животные
- Пресноводные
- Мышевидные грызуны

#

17 Пути заражения при бруцеллезе являются все перечисленные, кроме:

- Контактного
- Алиментарного
- Аэрогенного
- Трансмиссивного

+Аэрогенного и трансмиссивного

#

18 Основное место фиксации бруцелл в организме человека:

1) ретикулоэндотелиальная система, кровь

2) нервная система, опорно-двигательный аппарат

3) уrogenитальная система

4) лимфатические узлы

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

19 Сенсibilизация при бруцеллезе проявляется через:

- 1 неделю
- 2 недели
- 3 недели
- 4 недели

+Более 4 недель

#

20 Причины перехода острого инфекционного процесса в хронический при бруцеллезе:

- Незавершенный фагоцитоз
- Аллергизация организма
- Изменение реактивности организма

+Все указанное

- Все перечисленное не соответствует истине

#

21 При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

+До 3-х месяцев

- От 3-х до 6 месяцев
- Свыше 6 месяцев
- Более года
- До 2 месяцев

#

22 При подострой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

- До 3-х месяцев

+От 3-х до 6 месяцев

- Свыше 6 месяцев
- Более года
- До 2 месяцев

#

23 При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

- До 3-х месяцев
- До 6 месяцев

+Свыше 6 месяцев

- Более года
- До 2 месяцев

#

24 К основным клиническим симптомам острого бруцеллеза относятся:

1. Лихорадка, лимфаденопатия
2. Ознобы, потливость
3. Увеличение печени и селезенки
4. Очаговые поражения

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

25 Основные клинические симптомы хронического бруцеллеза включают поражение:

- 1) опорно-двигательного аппарата
- 2) центральной нервной системы
- 3) периферической нервной системы
- 4) желудочно-кишечного тракта

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

26 При обострении хронического бруцеллеза со стороны опорно-двигательного аппарата могут наблюдаться:

- 1) пери- и параартриты
- 2) бурситы
- 3) тендовагиниты
- 4) перихондриты

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

27 При поражении периферической нервной системы у больных хроническим бруцеллезом наблюдаются:

- 1) невриты, плекситы, радикулиты, соляриты
- 2) атрофия слухового и зрительного нервов
- 3) Полинейропатии
- 4) ригидность мышц затылка и симптом Кернига

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3) .

- Верно 2), 4)
- Верно 4).
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

28 При бактериологическом методе исследования бруцелл выделяют из всех перечисленных сред, кроме:

- Крови

+Мочи

- Костного мозга
- Ликвора
- Синовиальной жидкости

#

29 Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют реакцию:

- Агглютинации (Райта)
- Непрямой гемагглютинации (РНГА)

- Хеддельсона

- Кумбса

+Все перечисленные

#

30 Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

- Сенсibilизации организма к бруцеллезному антигену

- Степени тяжести процесса

+Степени активности инфекционного процесса

- Реинфекции

- Выздоровление

#

31 Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

- Острой форме

- Острой и подострой форме

- Острой, подострой и обострение хронической формы заболевания

+Все перечисленное

- Не проводится

#

32 Для лечения бруцеллеза наиболее эффективными антибактериальными препаратами являются:

1) *Тетрациклины*

2) *рифампицин*

3) *гентамицин, нетромицин*

5) *ципрофлоксацин*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

33 В комплексном лечении больных бруцеллезом применяют:

1) *Нестероидные противовоспалительные препараты*

2) *витамины*

3) *физиотерапевтические методы и ЛФК*

4) *бальнеологическое лечение*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

34 Основные принципы профилактики бруцеллеза:

- Ликвидация инфекции среди с/х животных

- Обеззараживание продуктов и сырья животного происхождения

- Создание устойчивости к бруцеллезу у людей

+Все указанное

- Все перечисленное не соответствует истине

#

35 Источником инфекции при туляремии являются все перечисленные, кроме

- Грызунов
- Крупного и мелкого рогатого скота
- Эктопаразитов

+Больного человека

- Домашних животных

#

36 При туляремии возможны все перечисленные пути заражения, кроме:

- Контактного
- Алиментарного
- Аспирационного
- Трансмиссивного

+Парентерального

#

37 Ведущие звенья патогенеза при туляремии

1) внедрение возбудителя в регионарные лимфоузлы

2) формирование первичного лимфаденита (бубона)

3) аденит и периаденит

4) генерализация инфекции с развитием вторичных бубонов

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4

#

38 Основным патоморфо-логическим субстратом при туляремии являются:

+Специфические гранулемы

- Бубоны
- Лимфаденит
- Периаденит
- Очаги некроза

#

39 К основным клиническим симптомам при туляремии относятся все перечисленные, кроме:

- Лихорадки, головной боли, потливости
- Лимфаденопатии, полиморфной сыпи
- Гепатолиенального синдрома
- Болей в мышцах ног, спины, поясницы

+Анурии

#

40 При туляремии наблюдаются следующие клинические формы заболевания:

1) бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно-бубонная

2) Глазная

3) торакальная, абдоминальная

4) генерализованная

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4) .

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

41 Бубоны при туляремии:

1) одиночные, множественные

2) односторонние, двусторонние

3) Малоблезненные

4) хорошо контурируются

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

42 Вариантами исхода бубона при туляремии могут быть:

- Нагноение

- Изъязвление

- Рубцевание и склеротизация

- Полное рассасывание

+Все перечисленное

#

43 Для генерализованной формы туляремии характерны следующие признаки:

- Длительная лихорадка, выраженная интоксикация

- Генерализованная лимфаденопатия, отсутствие первичного аффекта и регионарного лимфаденита

- Увеличение печени, селезенки

- Высыпания на коже

+Все перечисленное

#

44 Для диагностики туляремии применяют:

- Серологические реакции

- Кожно-аллергическую пробу

- Биологический метод

+Все указанные методы

- Все перечисленное не соответствует истине

#

45 Дифференциальную диагностику туляремии следует проводить с:

- Неспецифическим или туберкулезным лимфаденитом

- Сибирской язвой, бруцеллезом, чумой

- Дифтерией, ангиной

- Тифо-паразитифозными заболеваниями, пневмонией

+Все ответы правильные

#

46 Для лечения туляремии применяют:

- Рифампицин
- Гентамицин
- Тетрациклин
- Левомецетин

+Все перечисленное

#

47 Для патогенетической терапии туляремии применяют:

- 1) Антибиотики
- 2) кортикостероиды
- 3) кровезаменители
- 4) солевые и коллоидные растворы

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

48 К общим методам профилактики при туляремии относятся:

- Гидромелиоративные работы и усовершенствование системы агротехнических мероприятий
- Истребление грызунов, соблюдение техники безопасности при работе с культурой
- Санитарно-просветительная работа
- Проведение плановой вакцинации в очагах туляремии

+Все ответы правильные

#

49 Пути заражения при лептоспирозе могут быть все перечисленные, кроме:

- Пищевого
- Контактного-бытового
- Водного

+Воздушно-капельного

- Алиментарного

#

50 Основной путь распространения лептоспир в организме человека;

- Гематогенный
- Лимфогенный
- Неврогенный

+Все перечисленные

- Ничего из перечисленных

#

51 Основные фазы патогенеза лептоспироза:

- Первичная лептоспиремия
- Размножение лептоспир в органах и тканях
- Генерализация инфекции, лептоспиремия
- Органные поражения, токсемия, универсальный капилляротоксикоз

+Все перечисленные

#

52 Ведущие клинические признаки лептоспироза:

- Лихорадка, интоксикация, головная боль
- Боли в затылочных, икроножных мышцах, мышцах спины и живота
- Геморрагический синдром, высыпания на коже
- Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха

+Все перечисленное

#

53 При лептоспирозе желтуха появляется в сроки:

+От 1 до 10 дня болезни

- От 7 до 14 дня болезни
- От 15 до 20 дня болезни
- От 20 до 30 дня болезни
- Позже 30 дня

#

54 Сыпь при лептоспирозе:

- 1) *появляется на 3-5 день болезни у 30% больных*
- 2) *локализуется на коже конечностей и туловища, полиморфная, эфемерная*
- 3) *после исчезновения сыпи возможно отрубевидное шелушение кожи*
- 4) *всегда имеются петехиальные элементы*

+Верно 1),2),3

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

55 Для лептоспироза характерны:

- Гиперемия лица, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктив
- Увеличение печени со 2-3 дня заболевания
- Увеличение селезенки менее чем у 50% больных
- Снижение артериального давления

+Все перечисленное

#

56 Проявления геморрагического синдрома при лептоспирозе:

- Петехиальная сыпь на коже
- Кровоизлияния под конъюнктиву, в склеры
- Носовые, желудочные, маточные, кишечные кровотечения
- Кровоизлияния в мозг, миокард и другие органы

+Все перечисленное

#

57 Изменения мочи при лептоспирозе:

- 1) *протеинурия, эритроциты, лейкоциты*
- 2) *белок Бен-Джонса*
- 3) *гемалиновые цилиндры, клетки почечного эпителия*
- 4) *глюкозурия*

- Верно 1), 2), 3)
- +Верно 1), 3)**
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

58 Развитие ОПН при лептоспирозе биохимически проявляется повышением содержания в крови:

- 1) Мочевины
- 2) Креатинина
- 3) Калия
- 4) Натрия

- +Верно 1), 2), 3)**
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

59 Морфологические изменения в печени при лептоспирозе характеризуются:

- 1) цитолизом гепатоцитов
- 2) мезенхимально-воспалительными изменениями, холестазом
- 3) жировым гепатозом
- 4) дистрофией гепатоцитов

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- +Верно 1), 2), 3), 4)**

#

60 Острая почечная недостаточность при лептоспирозе развивается в результате:

- Нарушения микроциркуляции
- Нарушения клубочковой фильтрации
- Нарушения канальцевой реабсорбции
- Нарушения микроциркуляции
- Нарушения клубочковой фильтрации
- + Нарушения микроциркуляции**
- + Нарушения клубочковой фильтрации**
- + Нарушения канальцевой реабсорбции**

#

61 Основная причина смерти при лептоспирозе:

- Токсико-инфекционный шок
- +Острая почечная недостаточность**
- Менингит
- Острая печеночная недостаточность
- Кровотечения

#

62 Изменения в периферической крови при лептоспирозе:

- 1) лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения
- 2) анемия, тромбоцитопения
- 3) повышение СОЭ
- 4) отсутствие эозинофилов в начале болезни

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

63 Для желтушной формы лептоспироза характерно:

- Повышение содержания билирубина за счет прямого
- Повышение содержания ферментов
- Повышение содержания холестерина
- Повышение содержания билирубина за счет непрямого
- Повышение содержания билирубина за счёт прямого и повышение содержания ферментов

#

64 Для диагностики лептоспироза применяют следующие лабораторные исследования, кроме:

- Обнаружения лептоспир в крови и моче при микроскопии
- Заражения лабораторных животных
- Серологических реакций
- Посева крови, мочи, ликвора

+Определения клиренса креатина

#

65 В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе чаще применяют:

+Пенициллин

- Левомецетин
- Ампициллин
- Гентамицин
- Эритромицин

#

66 В качестве специфической терапии при лептоспирозе применяют:

+Антибиотики

- Кортикостероиды
- Специфический иммуноглобулин
- Антипаразитарные средства
- Вакцину

#

67 Иммуноглобулин при лептоспирозе показан:

+В первую неделю заболевания

- На второй неделе болезни
- В любые сроки
- В первые два дня заболевания
- Позже 2-ой недели

#

68 Возбудитель токсоплазмоза относится к:

+Простейшим

- Вирусам
- Бактериям
- Грибам
- Микоплазмам

#

69 Резервуаром токсоплазм является все перечисленное, кроме:

- Диких животных
- Домашних животных

+Птиц

- Почвы
- Человека

#

70 Окончательным хозяином токсоплазмы является:

+Кошка

- Собака
- Человек
- Птица
- Грызуны

#

71 Промежуточным хозяином токсоплазмы являются все перечисленные, кроме:

+Кошки

- Собаки
- Человека
- Животных
- Птиц

#

72 Источником токсоплазмоза для человека является все перечисленное, кроме:

- Кошки
- Сырого мяса
- Сырых овощей, зелени; контаминированных токсоплазмами

+Сырого молока

- Сырого мяса, молока, сырых овощей, зелени; контаминированных токсоплазмами

#

73 Пути передачи токсоплазмоза:

1) Пероральный

2) Перкутанный

3) Трансплацентарный

4) Воздушно-капельный

+ Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

74 Жизненный цикл развития токсоплазмы проходит в виде:

- Трофозоидов
- Ооцист
- Псевдоцист

+Всего перечисленного

- Ооцист и псевдоцист

#

75 Различают следующие фазы развития токсоплазм:

- Кишечная или половая в кишечнике кошки
- Внекишечная или тканевая в организме промежуточного хозяина

+ Кишечная или половая в кишечнике кошки Внекишечная или тканевая в организме промежуточного хозяина

- Кишечная или половая в кишечнике кошки, цисты
- Цисты

#

76 Устойчивые во внешней среде формы токсоплазм:

- Пролиферативные
- Ооцисты

+Цисты

- Правильно все перечисленное
- Ооцисты и цисты

#

77 В патогенезе заболевания токсоплазмозом выделяют следующие фазы:

- Внутриклеточное размножение токсоплазм
- Образование псевдоцист, цист
- Появление некротических изменений в тканях, в местах внедрения и размножения токсоплазм

+Все перечисленные

- Образование цист

#

78 Течение токсоплазмоза может быть:

- Острым
- Острым и латентным
- Острым, латентным и хроническим
- Иннопарантное

+Все перечисленное

#

79 Для острого токсоплазмоза характерны следующие клинические проявления:

- Увеличение лимфатических узлов
- Повышение температуры тела
- Ухудшение самочувствия
- Летучие боли в мышцах, суставах

+Все перечисленное

#

80 При остром токсоплазмозе чаще увеличиваются:

+Шейные, затылочные лимфатические узлы

- Подмышечные
- Паховые
- Все перечисленные
- Шейные, затылочные и подмышечные лимфатические узлы

#

81 Токсоплазмы обнаруживаются в биопсийном материале лимфатического узла:

- Всегда

+Часто

- Редко
- Никогда
- Случайная находка

#

82 Токсоплазмоз у больных с иммунодефицитом и СПИДом может протекать в виде:

- Энцефалита
- Энцефалита и менингоэнцефалита
- Энцефалита, менингоэнцефалита и миокардита
- Пневмонии

+Все перечисленное

#

83 Исходы острого токсоплазмоза:

- Выздоровление
- Переход в хроническую стадию
- Резидуальные явления со стороны ЦНС

+Все перечисленное

- Летальный исход

#

84 При токсоплазмозе возможно вовлечение в процесс и поражение всех перечисленных органов и систем, кроме:

- Нервной системы
- Внутренних органов
- Гениталий
- Глаз

+Кожи

#

85 Наиболее характерное поражение глаз при токсоплазмозе:

+Хориоретинит

- Конъюнктивит
- Неврит зрительного нерва
- Кератит
- Хориоретинит, неврит зрительного нерва

#

86 Наиболее характерное поражение гениталий при токсоплазмозе:

- Сальпингоофорит
- Дисфункция яичников
- Первичное бесплодие

+Невынашивание беременности

- Сальпингоофорит, дисфункция яичников, невынашивание беременности

#

87 Наиболее характерный признак острого токсоплазмоза:

- Увеличение лимфатических узлов
- Повышение температуры
- Интоксикация
- Розеолезно-папулезная сыпь на коже

+Все перечисленное

#

88 У беременных токсоплазмоз может быть:

- Острым
- Латентным
- Подострым
- Хроническим

+Всем перечисленным

#

89 Иммунологическое обследование беременных при токсоплазмозе проводится с целью выявления:

- Инаппарантного течения токсоплазмоза
- Серопозитивных беременных
- Обострения хронического токсоплазмоза

+Всего перечисленного

- Бессимптомного носительства

#

90 К группам риска по токсоплазмозу у беременных относятся:

- Серопозитивные

+Серонегативные, с отрицательной кожной пробой

- С положительной кожной пробой
- С наличием Ig M
- С наличием Ig G

#

91 Врожденный токсоплазмоз у новорожденных развивается при:

+Остром токсоплазмозе у беременных

- Хроническом токсоплазмозе у беременных
- Обострении хронического токсоплазмоза при беременности
- Всем перечисленном
- Хроническом токсоплазмозе у беременных и обострении хронического токсоплазмоза

#

92 Условием для внутриутробного поражения плода токсоплазмами является:

+Паразитемия у беременных

- Наличие токсоплазм в тканях и органах беременной в виде цист
- Высокие титры антител в серологических реакциях
- Положительная кожная проба
- Паразитемия у беременных, высокие титры антител в серологических реакциях

#

93 Для врожденного токсоплазмоза характерно все перечисленное, кроме:

- Поражения нервной системы
- Поражения глаз
- Поражения внутренних органов
- Эмбриопатии

+Нефропатии

#

94 Для диагностики токсоплазмоза применяются следующие серологические реакции:

- Связывания комплемента
- Непрямой иммунофлюоресценции
- Иммуноферментный анализ
- Непрямой гемагглютинации

+Все перечисленное

#

95 Положительные серологические реакции на токсоплазмоз свидетельствуют о наличии:

+Специфических антител

- Токсоплазменного антигена
- Токсоплазм
- Специфических сенсibilизированных лимфоцитов
- Иммуных комплексов

#

96 Требования к проведению серологических

тестов при токсоплазмозе:

- Указание титров антител
- Динамическое исследование сыворотки с интервалом 2-3 недели
- Постановка двух и более реакций

+Все перечисленное

- Постановка ПЦР

#

97 При латентном течении токсоплазмоза титры антител:

- Высокие

+Средние

- Низкие
- Отрицательные
- Нет нарастания титра антител в динамике

#

98 При остром течении токсоплазмоза титры антител:

- Высокие
- Средние
- Низкие
- Отрицательные

+ Нарастание титра антител в динамике

#

99 При инфицированности или так называемом "здоровом носительстве" токсоплазм титры антител:

- Высокие

+Средние

- Низкие
- Отрицательные
- Нет нарастания титра антител в динамике

#

100 Динамика показателей антител в серологических реакциях при токсоплазмозе:

- Остаются положительными десятки лет
- Становятся отрицательными через несколько лет

+Переходят в отрицательные после лечения токсоплазмоза

- Становятся отрицательными через несколько лет, переходят в отрицательные после лечения токсоплазмоза
- Все перечисленное

#

101 Положительная кожная проба с токсо-плазмином свидетельствует о наличии:

- Специфических антител
- Токсоплазм
- Токсоплазменных антигенов

+Специфических сенсibilизированных лимфоцитов

- Специфических антител, токсоплазм

#

102 Кожная проба с токсоплазмином:

+Остается положительной многие годы

- Быстро становится отрицательной
- Переходит в отрицательную после лечения токсоплазмоза
- Быстро становится отрицательной или переходит в отрицательную после лечения токсоплазмоза
- Быстро становится отрицательной у беременных

#

103 Показание к лечению больных токсоплазмозом:

- Острое течение заболевания
- Обострение хронического токсоплазмоза
- Латентное течение у беременных
- Врожденный токсоплазмоз

+Все перечисленное

#

104 Для лечения больных токсоплазмозом применяют:

- Антибиотики широкого спектра действия

+Комбинацию сульфаниламидов и дараприма

- Кортикостероиды
- Комбинацию сульфаниламидов и дараприма; кортикостероиды
- Сочетание антибиотиков широкого спектра действия и комбинацию сульфаниламидов и дараприма

#

105 Длительность лечения больных токсоплазмозом обусловлена:

- Известными схемами и клиническим улучшением
- Уменьшением титров антител

+Получением отрицательных показателей в серологических реакциях

- Известными схемами и клиническим улучшением, уменьшением титров антител
- Уменьшением титров антител, получением отрицательных показателей в серологических реакциях

#

106 Прием этиотропных препаратов при токсоплазмозе может вызвать следующие побочные реакции:

- Лейкопению, тромбоцитопению
- Аллергические реакции
- Диспепсические реакции
- Обострение хронического заболевания желудочно-кишечного тракта

+Все перечисленное

#

107 Профилактика токсоплазмоза включает все перечисленные мероприятия, кроме:

- Отказа от дегустации сырых мясных продуктов
- Лечения больных кошек
- Мытья овощей и зелени

+Специфической вакцинации

- Обеззараживания почвы

#

108 Основной резервуар и источник инфекции псевдотуберкулеза:

- Свиньи
- Собаки
- Кошки

+Мышевидные грызуны

- Коровы

#

109 Основные факторы передачи псевдотуберкулеза:

- 1) *мясо и мясные продукты*
- 2) *сырые овощи, вода*
- 3) *консервы, рыба*
- 4) *молоко и молочные продукты*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

+Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

110 Ведущий путь передачи псевдотуберкулеза:

- Контактный

+Пищевой

- Воздушно-капельный

- Трансмиссивный

- Воздушно-пылевой

#

111 Инкубационный период при псевдотуберкулезе составляет:

- От 1 до 2 дней
- +От 3 до 18 дней**
- От 19 до 30 дней
- От 1 до 2 месяцев
- Более 1 месяца

#

112 Для псевдотуберкулеза характерно все перечисленное, кроме:

- Острого начала

+Частого, жидкого, водянистого стула

- Выраженной интоксикации, высокой лихорадки
- Тошноты, рвоты, болей в животе
- Озноба, головной боли

#

113 Основные клинические симптомы псевдотуберкулеза:

1) боли в суставах, мышцах

2) высокая лихорадка авта-тоспленомегалия

3) першение в горле, кашель

4) гиперемия лица и шеи, кистей и стоп, инъекция сосудов конъюнктив

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

114 Лихорадка при псевдотуберкулезе характеризуется:

- Повышение температуры до 38-39° и выше, чаще постоянная
- Максимальное повышение температуры в первые дни болезни
- Продолжительность лихорадки обычно не превышает 6-7 дней
- Сопровождается ознобами, потливостью

+Всем перечисленным

#

115 При псевдотуберкулезе сыпь:

- Наблюдается во всех случаях заболевания.
- Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагий или петехий.
- Появляется на 1-6 день болезни.
- После исчезновения сыпи часто появляется пластинчатое шелушение

+Все перечисленное.

#

116 Поражение органов пищеварения при псевдотуберкулезе:

1) типично для клиники заболевания

2) признаки терминального илеита, мезаденита, аппендицита

3) тошнота, рвота, иногда

4) боли в животе

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

117 Клинические формы псевдотуберкулеза по преобладающему синдрому:

- Абдоминальная, желтушная, катаральная
- Скарлатиноподобная, артралгическая
- Генерализованная, смешанная
- Желтушная, катаральная

+Все перечисленные

#

118 По тяжести течения различают следующие формы псевдотуберкулеза:

- Легкую
- Легкую и средней тяжести

+Легкую, средней тяжести и тяжелую

- Латентную
- Носительство

#

119 При обострении псевдотуберкулеза наблюдают:

- Ухудшение общего состояния
- Повышение температуры тела
- Появление новых органических поражений
- Усиление угасающих симптомов

+Все перечисленное

#

120 Рецидивы при псевдотуберкулезе:

- 1) возникают через 1-3 недели после выздоровления*
- 2) обычно бывают 1-2 рецидива*
- 3) возможно 3 и более рецидива*
- 4) обычно протекают тяжелее первичного заболевания*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

121 Симптомы поражения печени при псевдотуберкулезе:

- Боли в правом подреберье
- Гепатомегалия
- Желтуха
- Повышенная активность трансаминаз

+Все перечисленное

#

122 Токсическое поражение почек при псевдотуберкулезе проявляется:

- Альбуминурией
- Альбуминурией и микрогематурией
- Альбуминурией, микрогематурией и цилиндрурией.

- Азотемией

+Все перечисленное

#

123 При псевдотуберкулезе в периферической крови наблюдается:

- 1) *нейтрофильный лейкоцитоз*
- 2) *увеличение СОЭ*
- 3) *тромбоцитопения, эозинофилия, анемия*
- 4) *Лимфоцитоз*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

124 Для лабораторной диагностики псевдотуберкулеза применяют все перечисленное, кроме:

- Посева кала, мочи и смывов из зева
- Посева крови
- Реакции агглютинации
- Реакции непрямой гемагглютинации

+Обнаружение иерсиний в моче при микроскопии

#

125 Возбудитель псевдотуберкулеза чувствителен к:

- Левомецетину
- Цефамезину
- Ципрофлоксацину
- Гентамицину, нетромицину

+Всем перечисленным антибиотикам

#

126 Длительность курса лечения псевдотуберкулеза левомецетином:

- 7 дней
- 10 дней
- +14 дней**
- 21 день
- Более 3 недель

#

127 Патогенетическая терапия псевдотуберкулеза включает:

- Дезинтоксикацию

+Дезинтоксикацию и десенсибилизацию

- Хирургическое лечение

- Региратация

- Сердечно-сосудистые средства

#

128 Основными эпидемиологическими характеристиками иерсиниоза являются все перечисленными, исключая:

- Зооноз

+Возбудитель образует споры

- Основной путь передачи — алиментарный
- Заболеваемость выше в холодное время года
- Возбудитель может размножаться при 0-9°

#

129 Иерсиниоз передается через все перечисленные продукты, кроме:

- Мяса и мясных изделий
- Овощей и фруктов

+Консервов

- Молока
- Молочных продуктов

#

130 Инкубационный период при иерсиниозе составляет:

+1-6 дней

- 7-14 дней
- 15-21 день
- 21-28 дней
- Более 1 месяца

#

131 Основные клинические симптомы гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:

- Острое начало, лихорадка, интоксикация
- Озноб, бессонница, головная боль
- Боли в животе, жидкий стул, возможна рвота
- Локальная болезненность при пальпации в правой подвздошной области

+Все перечисленное

#

132 Основные характеристики гастроэнтероколитической формы иерсиниоза:

- Встречается чаще, чем другие клинические формы (70%)
- Тяжелое течение редко
- Температура обычно субфебрильная, интоксикация выражена слабо
- Стул от 2 до 15 раз в сутки, примесь крови редко

+Все верно.

#

133 При иерсиниозе могут наблюдаться все следующие симптомы, кроме:

- Желтухи
- Высыпаний на коже, артралгий
- Лимфаденопатии, узловатой эритемы

+Бульбарных расстройств

- Увеличения печени и селезенки

#

134 Сыпь при иерсиниозе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Пятнисто-папулезная
- Точечная

+Везикулярная с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях

- Со сгущением на кистях и стопах, вокруг суставов
- На спине, животе, конечностях

#

135 Иерсиниоз может протекать в виде:

- Мезентериального лимфаденита
- Паренхиматозного гепатита
- Аппендицита, терминального илеита
- Поражения суставов, лакунарной ангины

+Всех перечисленных форм

#

136 Варианты течения иерсиниоза:

- Острое
- Острое затяжное
- Острое, затяжное и хроническое
- С осложнениями со стороны суставов

+Все перечисленное

#

137 Возбудитель орнитоза:

- Вирусы
- Простейшие

+Хламидии

- Бактерии
- Риккетсии

#

138 Резервуаром и источником инфекции для человека при орнитозе являются:

+Домашние и дикие птицы

- Больной орнитозом
- Крупный и мелкий рогатый скот
- Домашние и дикие животные
- Насекомые

#

139 Фазы патогенеза орнитоза;

- Проникновение возбудителя в клетки эпителия бронхов, бронхиол и альвеол
- Размножение возбудителя внутри клетки
- Проникновение возбудителя в кровь, токсемия
- Гематогенное поражение органов с формированием вторичных очагов

+Все перечисленное

#

140 При орнитозе возможны варианты течения:

- Острое
- Хроническое
- Латентное
- Посторнитозная хроническая пневмония

+Все перечисленное

#

141 Клинические формы течения орнитоза:

- Пневмоническая
- Менингопневмония

- Менингит
- Орнитоз без поражения легких

+Все перечисленные

#

142 Инкубационный период при орнитозе:

- 1-5 дней
- +6-17 дней**
- 18-21 день
- 21-28 дней
- Более 30 дней

#

143 Основные клинические симптомы пневмонических форм острого орнитоза (первые дни болезни):

- 1) *острое начало (возможно указание часа)*
- 2) *озноб, лихорадка, интоксикация*
- 3) *слабость, разбитость, адинамия, сильная головная боль*
- 4) *отсутствие симптомов поражения верхних дыхательных путей*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

144 Симптомы поражения органов дыхания при орнитозе:

- Чаще появляются на 2-4 день болезни.
- Умеренный кашель, сухой или с отделением мокроты.
- Боли в груди плеврального характера
- Физикальные признаки пневмонии

+Все верно.

#

145 Гепатоспленомегалия при орнитозе появляется:

- 1) *в первые дни болезни*
- 2) *после нормализации температуры*
- 3) *в период ранней реконвалесценции*
- 4) *к концу первой недели болезни*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

146 Какие поражения нервной системы регистрируются при орнитозе:

- Гнойный менингит

+Серозный менингит

- Менингоэнцефалит

- Нейротоксикоз

- Полинейропатия

#

147 Клинические симптомы орнитоза без поражения легких:

1) сухой кашель, першение в горле, фарингит

2) острое начало, высокая лихорадка, интоксикация

3) боли в животе, жидкий стул

4) гепатоспленомегалия, головная боль, задержка стула

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

148 Путь заражения при орнитозе

+Воздушно-капельный

- Контактный

- Алиментарный

- Трансмиссивный

- Воздушно-пылевой

#

149 Для орнитоза характерно все перечисленное, кроме:

- Выздоровления в течение 2-3 месяцев

- Наличия обострений заболевания

+Хорошего эффекта при лечении пенициллином

- Возникновения рецидивов

- Своевременное выявление источников инфекции

#

150 Характерные изменения крови при орнитозе:

- Лейкопения и анемия

+Лейкопения и нормоцитоз

- Анемия и тромбоцитопения

- Эозинофилия

- Ускорение СОЭ

#

151 Наиболее эффективные этиотропные препараты при орнитозе:

- Пенициллин

+Тетрациклин

- Стрептомицин

- Цефазолин

- Ципрофлоксацин

#

152 Альтернативный антибиотик для лечения орнитоза при непереносимости тетрациклинов и у беременных:

- Гентамицин

- Ампиокс

+Эритромицин

- Стрептомицин
- Рифампицин

#

153 Доза тетрациклина в сутки для лечения орнитоза:

+0,2-0,3 г 4 раза

- 0,4-0,5 г 4 раза
- 0,6-0,7 г 4 раза
- 0,2-0,3 г. 2 раза
- 0,4-0,5 г. 2 раза

#

154 Сроки прекращения антибактериальной терапии при орнитозе:

- 9-10 дней нормальной температуры
- +4-5 дней нормальной температуры**
- 1-2 дня нормальной температуры
- При снижении температуры
- В первые дни болезни

#

155 Доброкачественный лимфоретикулез вызывается:

- Вирусами
- Хламидиями
- Простейшими
- +Бактериями**
- Микоплазмами

#

156 Источник инфекции при доброкачественном лимфоретикулезе:

- Кошки
- Собаки
- Крупный рогатый скот
- Больной человек
- +Мышевидные грызуны**

#

157 Основными клиническими симптомами при доброкачественном лимфоретикулезе являются:

- Первичный аффект, лихорадка
- Регионарный лимфаденит
- Общая интоксикация
- Гепатоспленомегалия

+Все ответы правильные

#

158 При болезни кошачьей царапины могут наблюдаться:

- 1) Глазные формы болезни
- 2) Энцефалопатия
- 3) Радикулит
- 4) Полиневрит

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

159 Диагностика классических форм болезни кошачьей царапины основана на:

- Эпиданамнезе (контакт с кошкой)

- Эпиданамнезе и наличии первичного аффекта

+Эпиданамнезе, наличии первичного аффекта и регионарного лимфаденита

- Наличие гнойного лимфаденита

- Боли в пораженном участке

#

160 Дополнительные методы диагностики болезни кошачьих царапин:

- Обнаружение возбудителя при гистологическом исследовании биоптатов лимфоузла

- Положительные результаты кожного теста с антигеном возбудителя

- Серологические методы

- Данных гемограммы

+Все перечисленное

#

161 Основным резервуаром сапа в природе являются:

+Лошади, ослы, мулы

- Зебры, львы, тигры

- Леопарды, барсы, рыси

- Мелкие грызуны и больной человек

- Птицы

#

162 Заражение сапом происходит всеми перечисленными путями, кроме:

- Контактного

- Алиментарного

- Аспирационного

+Трансмиссивного

- Через поврежденную кожу

#

163 Основные звенья патогенеза при сапе включают:

- Проникновение возбудителя в организм человека через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки

- Бактериемию и токсемию

- Выработку антител

- Формирование иммунитета

+Все перечисленное

#

164 Основные клинические симптомы при сапе:

- Лихорадка и озноб

- Миалгии, артралгии

- Гиперемия кожи в области внедрения возбудителя с последующим образованием пустулы и язвы

- Появление на коже множественных вторичных узелков, язв, папул, абсцессов, свищей

+Все перечисленное

#

165 При сапе возможно развитие всего перечисленного, кроме:

- Специфической пневмонии
- Менингита и абсцесса мозга

+Острой почечной недостаточности

- Поражение хрящей и костей
- Абсцессы в мышцах

#

166 При лечении сапа применяют:

- Сульфатиазол
- Кристаллоидные и коллоидные растворы
- Антибиотики при вторичной инфекции
- Вакцинотерапию

+Все перечисленное

#

167 Для профилактики сапа используют:

- Ветеринарный надзор, уничтожение животных, больных острой формой сапа
- Спецодежду при подозрении на сап у животных с обработкой ее дезинфицирующими растворами
- Установление карантина при появлении случаев заболевания сапом
- Соблюдение правил вскрытия трупов животных и людей, умерших от сапа

+Все перечисленное

#

168 Больные сапом люди:

- Подлежат лечению на дому
- Могут находиться в общем отделении
- Госпитализируются в боксированное отделение инфекционного стационара

+Госпитализируются в инфекционные больницы, приспособленные для работы с ООИ

- Госпитализируются в инфекционные отделения с обычными палатами

#

169 Мелиоидоз вызывается:

- Хламидиями
- Простейшими

+Бактериями

- Вирусами
- Глистами

#

170 Основным резервуаром мелиоидоза являются все перечисленные, кроме:

+Мелких грызунов (крысы, мыши)

- Кошек, овец, собак
- Крупного рогатого скота, лошадей
- Больного человека
- Птиц

#

171 Возможны следующие пути заражения мелиоидозом:

- Контактный
- Алиментарный
- Аэрогенный

+Все перечисленное

- Трансмиссивный

#

172 Различают следующие основные звенья патогенеза при мелиоидозе:

- Проникновение возбудителя в организм
- Бактериемию и токсемию
- Выработку антител
- Формирование прочного иммунитета

+Все перечисленное

#

173 Основными клиническими симптомами при мелиоидозе являются все перечисленные, кроме:

- Лихорадки с ознобами

+Острой печеночной недостаточности

- Кашля с мокротой кровянисто-слизистого характера
- Формирования специфической пневмонии, менингита
- Абсцессов в мышцах

#

174 При лечении мелиоидоза применяют все следующие препараты, кроме:

- Антибиотиков
- Сульфаниламидов
- Коллоидных и кристаллоидных препаратов
- Гормональных препаратов

+Вакцинотерапии

#

175 Мелиоидоз эндемичен в:

1) *Европе*

2) *Юго-Восточной Азии*

3) *США*

4) *Северной Австралии*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4

+Верно 2), 3), 4)

#

176 Страны эпидемичные по мелиоидозу:

- Вьетнам, Кампучия
- Таиланд, Индия
- Малайзия, Индонезия
- Бирма, Борнео, Филиппины, Шри-Ланка

+Все перечисленные

#

177 Профилактика мелиоидоза состоит во всех случаях, кроме:

- Изоляция больных
- Уничтожение грызунов
- Запрещение купания в стоячих водоемах

+Специфическая профилактика

- Сочетание изоляции больных и специфической профилактики

#

178 Заболевания мелиоидозом в Европе и США:

- 1) *не встречаются*
- 2) *встречаются редко и связаны с грызунами*
- 3) *наблюдаются только у животных*
- 4) *все случаи заболевания являются завозными*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

+Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

179 Инкубационный период мелиоидоза:

+2-4 дня

- Более 2 недель

- 2-3 недели

- Более месяца

- Несколько часов

#

180 Основные клинические формы мелиоидоза:

- Септическая (острая, хроническая)
- Легочная (инфильтративная, абсцедирующая)
- Рецидивирующая
- Латентная

+Все перечисленные

#

181 При мелиоидозе имеют место:

- Тяжелое течение болезни
- Формирование абсцессов
- Множественные пустулы на коже
- Прогрессирующая дыхательная недостаточность

+Все перечисленное

#

182 Диагноз мелиоидоза основан на основании:

- Эпидемиологических данных
- Клинических симптомов
- Выделение возбудителя (кровь, гной, мокрота)
- РСК, РГА со специфическим антигеном

+Все перечисленное

#

183 Чаще всего при легочной форме мелиоидоза поражаются:

- Плевра
- Все легкое
- Очаги в нижних долях
- Нет четкой локализации

+Верхняя доля

#

184 Резервуар инфекции при кампилобактериозе:

- 1) домашние животные
- 2) дикие животные
- 3) мышевидные грызуны
- 4) Земноводные

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

185 Факторы передачи кампилобактериоза:

- Вода
- Сырое молоко
- Мясные продукты
- Контакт с больными животными

+Все перечисленное

#

186 Основные звенья патогенеза кампилобактериоза:

- Бактериемия
- Интоксикация
- Воспалительные изменения энтероцитов
- Гематогенное обсеменение органов и тканей

+Все перечисленное

#

187 У беременных женщин при кампилобактериозе;

- Заболеваемость протекает без поражения плода
- Трансплацентарная передача инфекции отмечается, но не вызывает каких-либо осложнений со стороны плода

+Трансплацентарная передача инфекции приводит к абортam и внутриутробному заражению детей

- Заражение плода происходит только в родах
- Заражение плода происходит только в постнатальном периоде

#

188 Инкубационный период при кампилобактериозе наиболее часто составляет:

- 1-2 дня
- +2-5 дней**
- 6-10 дней

- 11-15 дней

- 15-30 дней

#

189 Основные клинические формы кампилобактериоза:

- Гастроинтестинальная

- Генерализованная (септическая)

- Инаппарантная

- Хроническая

+Все перечисленные

#

190 Лабораторные методы диагностики кампилобактериоза:

- Выделение возбудителя (испражнения, кровь, ликвор)

- Реакция связывания комплемента

- Реакция пассивной гемагглютинации

+Все перечисленное

- Выделение возбудителя содержимого желудка

#

191 Для этиотропной терапии кампилобактериоза эффективны все препараты, кроме:

- Тетрациклин

- Эритромицин

- Фуразолидон

- Ципрофлоксацин

+Пенициллин

#

192 Ящур вызывается:

- Бактериями

+Вирусами

- Простейшими

- Хламидиями

- Грибами

#

193 Основным резервуаром ящура являются все перечисленные животные, кроме:

- Крупного рогатого скота

- Свиной

- Диких животных

+Мышевидных грызунов

- Коз, овец

#

194 Пути заражения ящуром могут быть все перечисленные, кроме:

- Контактного

- Алиментарного

- Воздушно-пылевого

+Трансмиссивного

- Воздушно-капельного

#

195 Различают следующие звенья патогенеза при ящуре, кроме:

- Внедрения и размножения возбудителя в клетках эпителия слизистых оболочек кожи
- Формирования первичного аффекта в месте внедрения
- Вирусемии с последующим формированием вторичных афт и везикул

+Поражения ЦНС

- Формирования иммунитета

#

196 Основными клиническими симптомами при ящуре являются все перечисленные, кроме:

- Лихорадки с ознобами
- Миалгии и анорексии
- Стоматита, конъюнктивита
- Поражения кожи в межпальцевых складках и около ногтей

+Увеличения печени и селезенки

#

197 Дифференциальный диагноз при ящуре проводится со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- Афтозного стоматита
- Герпангины
- Болезни Бехчета
- Ветряной оспы

+Стрептодермии

#

198 Диагноз ящуре ставится на основании:

- Клинических данных
- Эпидемиологического анализа и эпизоотологической обстановки
- Биопробы
- Реакции связывания комплемента с парными сыворотками

+Всего перечисленного

#

199 Резервуаром инфекции при листериозе являются:

- Грызуны
- Свиньи, коровы, лошади, кролики
- Куры, утки
- Кошки, собаки

+Все перечисленное

#

200 Основной путь заражения при листериозе:

+Алиментарный

- Трансплацентарный
- Контактный
- Трансмиссивный
- Аэрогенный

#

201 Этиологические особенности при листериозе характеризуются:

- Возбудитель — листерия в виде палочки
- Возбудитель — листерия в виде кокко-бактерии

- Листерия-грамположительная
- Листерия-аэроб, способна вызывать гемолиз, устойчива во внешней среде

+Все перечисленное

#

202 Основными патогенетическими звеньями листериоза являются:

- Ворота инфекции — слизистая оболочка пищеварительного тракта
- Возможно проникновение листерий через миндалины
- Формирование регионарного лимфаденита
- Генерализация процесса, оседание возбудителя в ретикулоэндотелиальной системе, в нервной системе

+Все перечисленное

#

203 Возможны следующие клинические формы листериоза:

- Ангинозно-септическая
- Глазожелезистая и железистая
- Нервная форма (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, психозы), тифоподобная форма
- Листерииоз беременных и новорожденных

+Все перечисленные

#

204 По течению возможны все следующие формы листериоза, кроме:

- Острой
- Подострой
- Хронической

+Латентной

- Абортивной

#

205 Основными клиническими симптомами при остром листериозе являются:

- Заболевание начинается внезапно с явлениями интоксикации, ознобом, лихорадкой
- На кожных покровах появляется крупнопятнистая или эритематозная сыпь, сгущающаяся в области крупных суставов, увеличены и болезненны лимфатические узлы (углочелюстные, шейные, подмышечные, мезентериальные)
- Менингеальные симптомы при нервных формах
- Острый гастроэнтерит, острый пиелит, эндокардит, увеличены печень, селезенка

+Все перечисленное

#

206 Основные клинические симптомы листериоза новорожденных:

- Лихорадка, одышка, заложенность носа, цианоз
- Бронхопневмония, гнойный плеврит
- Желтуха, гепатомегалия, реже увеличение селезенки
- Экзантема, фарингит, конъюнктивит, понос, менингеальные симптомы, судороги, параличи

+Все перечисленное

#

207 Для бактериологического подтверждения листериоза исследуют:

- Кровь

- Спинномозговую жидкость
- Смывы из зева
- Околоплодные воды, плаценту

+Все перечисленное

#

208 Для лечения листериоза применяют:

- Тетрациклины
- Пенициллин, ампициллин
- Эритромицин
- Левомецетин, гентамицин

+Все перечисленные

#

209 Более инвазивны возбудители:

- Иерсиниоза

+Псевдотуберкулеза

- Инвазивны в равной степени
- Неинвазивны
- При бактерионосительстве

#

210 Длительное бактериовыделение возможно при:

- Иерсиниозе
- Псевдотуберкулезе
- При обеих формах одинаково

+Не существует

- Транзиторное

#

211 Причиной появления точечной сыпи при псевдотуберкулезе и иерсиниозе является:

- Аллергический компонент воспаления
- Действие вазоактивных компонентов токсина
- Бактериемия

+Все вышеуказанное

- Воспаление

#

212 Продолжительность применения антибиотиков при среднетяжелом течении генерализованных форм иерсиниоза (псевдотуберкулеза) составляет:

- 1 неделя

+2 недели

- 3 недели

- 1 месяц

- Более месяца

#

213 Выписка реконвалесцента генерализованной формы иерсиниоза (псевдотуберкулеза) среднетяжелого или тяжелого течения должна происходить не ранее:

- 10-го дня после исчезновения проявлений болезни

+20-го дня после исчезновения проявлений болезни

- 30-го дня после исчезновения проявлений болезни

- 1,5 месяца после исчезновения проявлений болезни

- 2 месяца после исчезновения проявлений болезни

#

214 Реконвалесценты иерсиниоза (псевдотуберкулеза) подлежат диспансерному наблюдению в КИЗе:

- В течение 1-го месяца

+В течение 3-х месяцев

- В течение 6-ти месяцев

- В течение года

- Пожизненно

#

ТРАНСМИССИВНЫЕ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

1 Возбудителем сыпного тифа является риккетсия:

+Провачека

- Музера

- Акари

- Бернета

- Сибирика

#

2 Источником сыпного тифа является:

+Больной человек

- Клещи

- Домашние животные

- Грызуны

- Все перечисленные

#

3 Передача возбудителя при сыпном тифе осуществляется:

+Вшами

- Комарами

- Клещами

- Грызунами

- Всем перечисленным

#

4 Передача инфекции при сыпном тифе осуществляется всеми перечисленными путями, кроме:

- Через поврежденную кожу

- Через слизистые

- Воздушно-пылевым путем

+Фекально-оральным путем

- Через конъюнктиву глаз

#

5 Различают следующие фазы патогенеза сыпного тифа:

- Развитие пролиферативно-деструктивного эндovasкулита

- Риккетсиемию

- Токсинемию

- Образование специфических сыпнотифозных гранулем или узелков Попова-Давыдовского

+Все перечисленное

#

6 Патологоанатомические изменения при сыпном тифе характеризуются;

- Наличием специфических сыпнотифозных гранулем в органах
- Увеличением селезенки
- Кровоизлияниями в органах
- Менингоэнцефалитом

+Всем перечисленным

#

7 В начале заболевания сыпным тифом характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Гиперемии лица
- Инъекции сосудов склер
- Энантемы на мягком небе
- Высыпания на конъюнктиве

+Сыпи на коже туловища

#

8 В период разгара клинических проявлений сыпного тифа характерно все перечисленное, кроме:

- Розеолезно-петехиальной сыпи
- Снижения АД
- Усиления головных болей.

+Энтеро-колитического синдрома

- Лихорадки

#

9 Для сыпи при сыпном тифе характерны:

- Розеолезный характер
- Розеолезно-папулезный характер
- Полиморфизм элементов
- Петехии

+Все перечисленное

#

10 Изменения сыпи при сыпном тифе характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Гиперпигментации петехий
- Побледнения розеол.
- Исчезновения петехий через 7-9 дней

+Повторного подсыпания элементов

- Обилие сыпных элементов

#

11 К особенностям сыпи при сыпном тифе относятся:

- Розеола могут превратиться в папулу
- Сыпь редко располагается на лице
- Сыпь может располагаться на ладонных и стопных поверхностях
- Возможно полное отсутствие элементов сыпи

+Все перечисленное

#

12 Поражения сердечно-сосудистой системы при сыпном тифе проявляется всеми следующими симптомами, кроме:

- Тахикардии
- Глухости сердечных тонов

+Повышения цифр АД

- Расширения границ сердечной тупости
- Изменений на ЭКГ

#

13 Для поражения нервной системы при сыпном тифе характерно:

- Развитие менингита
- Бульбарные расстройства
- Развитие энцефалита
- Развитие полирадикулоневрита

+Все перечисленное

#

14 Поражение психической сферы при сыпном тифе проявляется в виде:

- Головных болей
- Галлюцинаций
- Возбуждения
- Беспокойство

+Всего перечисленного

#

15 Для тифозного статуса при сыпном тифе характерно все перечисленное, кроме:

- Беспокойства
- Бреда
- Зрительных и слуховых галлюцинаций

+Снижения температуры тела

- Расстройство сна

#

16 Характерный для сыпного тифа симптом Говорова-Годелье проявляется всеми следующими изменениями, кроме:

- Затруднения при высовывании языка
- Толчкообразные движения языка

+Гнусавость голоса

- Тремор языка
- Девиация языка

#

17 К неблагоприятным прогностическим признакам при сыпном тифе относят все перечисленные симптомы, кроме:

- Статического тремора
- Менингеального синдрома
- Лейкоцитоза
- Снижения цифр АД

+Обильной розеолезной сыпи

#

18 К осложнениям сыпного тифа относятся;

- Острая сердечно-сосудистая недостаточность
- Миокардит
- Психоз
- Тромбофлебиты

+Все перечисленное

#

19 Для симптома Киари-Авцына при сыпном тифе характерно:

+Петехиальная сыпь на переходных складках конъюктив

- Энантема на мягком небе
- Розеола на ладонях и подошвах.
- Тремор языка
- Гиперемия, одутловатость лица

#

20 Для этиотропной терапии сыпного тифа применяют все перечисленные препараты, кроме;

- Тетрациклинов
- Левомецетина

+Пенициллина

- Доксициклин
- Окситетрациклин

#

21 Длительность антибактериальной терапии при сыпном тифе составляет:

+До 3-го дня нормальной температуры тела

- До 7 дня нормальной температуры тела
- До 14 дня нормальной температуры тела
- До 21 дня нормальной температуры тела
- До 30 дня нормальной температуры тела

#

22 Выписка из стационара при сыпном тифе проводится:

- На 5 день нормальной температуры тела
- +На 12 день нормальной температуры тела**
- На 20 день нормальной температуры тела
- На 27 день нормальной температуры тела
- На 30 день нормальной температуры тела

#

23 Возбудителем болезни Брилли является риккетсия:

+Провачека

- Музера
- Конори
- Бернета
- Сибирика

#

24 В начальный период заболевания при болезни Брилли характерны следующие клинические проявления:

- Лихорадка

- Головная боль
- Энантема на мягком небе
- Симптом Киари-Авцына

+Все перечисленное

#

25 В период разгара заболевания болезнью Брилля характерны все следующие симптомы, за исключением:

- Розеолезно-петехиальной сыпи
- Лихорадки
- Снижения АД
- Умеренной гепатоспленомегалии

+Энтероколитического синдрома

#

26 Сыпь при болезни Брилля может быть:

- Розеолезной
- Розеолезно-папулезной
- Петехиальной
- Розеолезно-петехиальной

+Всей перечисленной

#

27 Изменения сыпи при болезни Брилля характеризуются:

+Полным исчезновением элементов через 5-7 дней

- Подсыпанием элементов
- Пигментацией и шелушением элементов
- Нагноением
- Всем перечисленным

#

28 Для болезни Брилля характерны все перечисленные клинические проявления, кроме:

- Глухости сердечных тонов
- Гепато-лиенального синдрома
- Гипотонии

+Кишечных кровотечений

- Тифозного статуса

#

29 При тяжелом течении болезни Брилля можно выявить все перечисленные симптомы, кроме:

- Симптома Говорова-Годелье
- Менингизма
- Неврита слуховых нервов

+Отека мозга

- Дифтерии

#

30 К осложнениям при болезни Брилля относятся:

- Тромбозы
- Полирадикулоневриты
- Пневмония

- Паротит

+Все перечисленное

#

31 Особенности клинического течения болезни Брилла являются:

- Реконвалесценция начинается раньше, протекает быстрее, чем при сыпном тифе

- Осложнения встречаются редко

- Изменения периферической крови неопределенные

- Меньше петехиальной сыпи, чем при сыпном тифе

+Все перечисленное

#

32 Возбудитель лихорадки Ку:

- Риккетсии Провачека

- Риккетсии Музера

+Риккетсии Бернета

- Риккетсии Конори

- Риккетсии Сибирика

#

33 Источник инфекции при лихорадке Ку:

- Дикие животные

- Домашние животные

- Клещи

- Дикие птицы

+Все перечисленные

#

34 Путь передачи Ку- лихорадки:

- Алиментарный

- Воздушно-капельный

- Трансмиссивный

- Контактный

+Все перечисленное

#

35 Фазы патогенеза при лихорадке Ку:

- Развитие ретикулоэндотелиоза

- Риккетсиемия

- Токсинемия

- Аллергические реакции

+Все перечисленные

#

36 Продолжительность инкубационного периода лихорадки Ку:

- До 3-х дней

+От 3 до 30 дней

- От 30 до 45 дней

- От 45 до 60 дней

- От 60 до 180 дней

#

37 В начальный период болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Лихорадки
- Гиперемии лица
- Гепатолиенального синдрома
- Менингизма

+Гематурии

#

38 В разгар болезни для лихорадки Ку характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Лихорадки.
- Розеолезно-папулезной сыпи
- Энцефалопатии
- Миалгии

+Полинейропатии

#

39 Поражение нервной системы при лихорадке Ку проявляется:

- Заторможенностью
- Возбуждением
- Бредом
- Головной болью и болями в глазных яблоках

+Всем перечисленным

#

40 К осложнениям лихорадки Ку относятся:

- Плевриты
- Тромбофлебиты
- Артриты
- Инфаркты легких

+Все перечисленное

#

41 При рецидиве заболевания лихорадкой Ку возможны все перечисленные симптомы, кроме:

- Появление второй волны температуры
- Выраженный астенический синдром

+Лимфаденопатия

- Гепато-миальный синдром
- Нарушение функций нервной системы

#

42 Для лечения лихорадки Ку используют:

+Тетрациклины, левомицетин

- Аминогликозиды
- Пенициллины
- Сульфаниламид
- Нитрофураны

#

43 Возбудителем крысиного сыпного тифа являются:

+Риккетсии Музера

- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Бернета
- Риккетсии Конори
- Риккетсии Сибирика

#

44 Резервуаром инфекции при крысином сыпном тифе являются:

+Крысы, мыши

- Больной человек
- Домашние животные
- Птицы
- Все перечисленные

#

45 Переносчиком возбудителя при крысином сыпном тифе являются:

- Крысиные блохи
- Человеческие блохи
- Крысиный клещ
- Платяные вши

+Все перечисленные

#

46 Пути передачи инфекции при крысином сыпном тифе:

- Воздушно-пылевой
- Алиментарный
- Трансмиссивный
- Контактный

+Все перечисленные

#

47 Длительность лихорадки при крысином сыпном тифе составляет:

- 1-6 дней
- +7 – 14 дней**
- 15-21 день
- 22-30 дней
- Более месяца

#

48 Сыпь при крысином сыпном тифе характеризуется:

- Розеолезными элементами
- Розеолезно-папулезными элементами
- Вторичными петехиями
- Энантемой на мягком небе

+Всем перечисленным

#

49 Сыпь при крысином сыпном тифе имеет следующие особенности:

+Элементы сыпи бесследно исчезают с 11-12 дня болезни

- Подсыпание элементов сыпи
- Пигментация на месте элементов сыпи
- Не располагается на ладонях и стопах
- Все перечисленные

#

50 Изменения крови при крысином сыпном тифе характеризуются:

- Лейкоцитозом
- Нормоцитозом
- Аиэозинофилией
- Лимфоцитоз

+Всем перечисленным

#

51 Возбудителем клещевого сыпного тифа является:

+Риккетсии Сибирика

- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Квинтана
- Риккетсии Бернета

#

52 Резервуаром возбудителя клещевого сыпного тифа являются:

+Грызуны

- Птицы
- Клещи
- Млекопитающие
- Рептилии

#

53 Пути передачи клещевого сыпного тифа:

- Фекально-оральный
- Воздушно-капельный

+Трансмиссивный

- Контактный
- Все перечисленные

#

54 Симптомы клещевого сыпного тифа:

- Лихорадка
- Наличие первичного аффекта
- Сыпь
- Регионарный лимфаденит

+Все перечисленные

#

55 Сыпь при клещевом сыпном тифе носит характер:

+Розеолезно-папулезной

- Геморрагической
- Пятнисто-папулезной
- Вазикулезной
- Петехиальной сыпи нет

#

56 Поражение сердечно-сосудистой системы при клещевом сыпном тифе проявляется в виде всех перечисленных симптомов, кроме:

+Тахикардии

- Брадикардии
- Гипотонии
- Дикротии пульса
- Изменения на ЭКГ

#

57 Для лечения клещевого сыпного тифа используют:

+Антибиотики тетрациклинового ряда, левомецетин

- Аминогликозиды
- Пенициллин
- Сульфаниламиды
- Нитрофураны

#

58 Возбудитель волынской лихорадки:

+РокалияКвинтана

- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Музера
- Риккетсии Бернета
- Риккетсии Сибирика

#

59 Источник инфекции при волынской лихорадке:

+Больные или переболевшие люди

- Грызуны
- Птицы
- Клещи
- Вши

#

60 Передача инфекции при волынской лихорадке осуществляется:

+Вшами

- Клещами
- Блохами
- Комарами
- Всеми выше перечисленными

#

61 Клинические проявления при волынской лихорадке:

1) *Лихорадка*

2) *мышечные боли*

3) *розеолезная сыпь*

4) *боли в суставах*

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 2)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

62 Для лечения больных волынской лихорадкой применяют:

- Глюкокортикоиды

+Тетрациклины

- Сульфаниламиды
- Нитрофураны
- Солевые кристаллоиды

#

63 Возбудителем везикулезного риккетсиоза являются:

+Риккетсии Акара

- Риккетсии Музера
- Риккетсии Провачека
- Риккетсии Сибирика
- Риккетсии Бернета

#

64 Резервуаром возбудителя везикулезного риккетсиоза являются:

+Грызуны

- Дикие животные
- Домашние животные
- Человека
- Птицы

#

65 Передача везикулезного риккетсиоза осуществляется:

- Вшами

+Клещами

- Комарами
- Блохами
- Всеми перечисленными

#

66 Путь передачи инфекции при везикулезном риккетсиозе:

+Трансмиссивный

- Воздушно-капельный
- Фекально-оральный
- Контактный
- Все перечисленные

#

67 Клинические проявления при везикулезном риккетсиозе характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Развития первичного аффекта
- Регионарного лимфаденита
- Пятнисто-папулезной сыпи

+Поражения внутренних органов и вовлечения в процесс черепно-мозговых нервов

- Лихорадки

#

68 Источник инфекции при марсельской лихорадке:

+Собачий клещ

- Больной человек
- Блохи
- Птицы

- Грызуны

#

69 Возбудителем марсельской лихорадки является:

- Риккетсии Провачека

+Риккетсии Конора

- Боррелиярекурренс

- Риккетсии Музера

- Риккетсии Сибирика

#

70 Переносчики инфекции при марсельской лихорадке:

+Клещи

- Комары

- Вши

- Блохи

- Все перечисленные

#

71 Клинические проявления марсельской лихорадки:

- Первичный аффект, макулопапулезная сыпь

- Эндопериваскулит

- Лихорадка

- Поражение нервной системы

+Все перечисленное

#

72 Длительность лихорадочного периода при марсельской лихорадке:

- 1-2 дня

+3 - 10-дней

- 20-30 дней

- Более месяца

- Более 3-х месяцев

#

73 Возбудитель эпидемического возвратного (вшивого) тифа:

- Риккетсия Провачека

- Риккетсия Бернета

+Боррелиярекурренс

- Риккетсии Музера

- Риккетсии Сибирика

#

74 Источник инфекции при возвратном (вшивого) тифе:

+Больной человек

- Грызуны

- Клещи

- Блохи

- Дикие животные

#

75 Переносчик инфекции при возвратном (вшивого) тифе:

+Вши

- Блохи
- Клещи
- Комары
- Все перечисленные

#

76 Основными факторами патогенеза возвратного тифа являются все перечисленные, кроме;

- Спирохетемии и токсемии
- Повреждающего действия токсина на стенку сосуда
- Образования некрозов и инфарктов во внутренних органах
- +Образования специфических "тифозных гранулем" или узелков**
- Формирование иммунитета

#

77 Патологические изменения при возвратном тифе включают:

- Спленомегалию
- Некротические очаги в селезенке
- Кровоизлияния в головном мозге
- Паренхиматозный нефрит

+Все перечисленное

#

78 Наиболее характерные клинические проявления возвратного (вшивого) тифа:

- Лихорадка, озноб, головная боль, боль в мышцах
- Тошнота, рвота, боли в левом подреберье
- Гепатоспленомегалия
- Тромбогеморрагический синдром

+Все перечисленное

#

79 Клиническое течение возвратного тифа характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Сменой лихорадки периодами апиреksии
- Невралгиями
- Головной боли, бессонницы
- +Обесцвечиванием кала и потемнением мочи**
- Миалгиями

#

80 Для лечения больных возвратным (вшивым) тифом применяют:

- Пенициллин
- Левомецетин
- Тетрациклин
- Ампициллин

+Все перечисленное

#

81 Возбудителем клещевого возвратного тифа является:

+Боррелия

- Риккетсия Музера
- Риккетсия Акара
- Риккетсии Провачека

- Риккетсии Бернета

#

82 В патогенезе клещевого возвратного тифа участвуют все перечисленные факторы, кроме:

- Циркуляции возбудителя в крови
- Массовой гибели боррелий, токсинемия

+Экзотоксинемии

- Геморрагических инфарктов в некрозов печени и селезенке
- Токсического поражения ЦНС и вегетативной НС

#

83 Инкубационный период клещевого возвратного тифа:

- 1-4 дня

+5-15дней

- 16 - 20 дней
- 21 -30 дней
- 31 –45 дней

#

84 Наиболее характерные клинические симптомы клещевого возвратного тифа:

- Лихорадка, озноб, жажда, боли в крупных суставах
- Мышечные боли, головные боли, нарушения сна, бред, возбуждение
- Изменения сердечно-сосудистой системы
- Наличие первичного аффекта

+Все перечисленное

#

85 Клиническое течение клещевого возвратного тифа характеризуется:

+Сменой лихорадки апирексией

- Нарастанием явлений менингита
- Повышением артериального давления
- Поражением почек
- Всем перечисленным

#

86 Основным фактором патогенеза столбняка является:

- Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов

+Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны

- Общее воздействие токсина на кору головного мозга
- Воздействием токсина на сосудодвигательный центр
- Все перечисленное

#

87 В патогенезе столбняка участвуют все перечисленные факторы, кроме:

- Повышения пропускной способности нервно-мышечных синапсов
- Поражения жизненно-важных центров (дыхания и ядер вагуса)
- Гиперактивности симпатической нервной системы

+Метаболического алкалоза

- Метаболического ацидоза

#

88 Ранними кардинальными признаками болезни при столбняке являются

все перечисленные, кроме:

- Тетанических судорог
- Тризма
- "Сардонической улыбки"
- Дисфагии

+Потеря сознания

#

89 Основные критерии тяжести столбняка:

- Длительность инкубационного периода и быстрота проявления судорог от начала болезни
- Выраженность судорожного синдрома
- Температурная реакция, состояние сердечно-сосудистой системы
- Наличие осложнений

+Все перечисленное

#

90 Нарушение дыхания при столбняке обусловлено всеми перечисленными факторами, кроме:

- Тонического напряжения диафрагмы и межреберных мышц
- Уменьшения амплитуды дыхательных движений

+Потери сознания

- Судорожных спазмов дыхательной мускулатуры
- Поражения дыхательного центра

#

91 Судорожный синдром при столбняке характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Тонического напряжения мышц
- Сильных болей в мышцах
- Общих тетанических судорог

+Гиперкинезов

- Резкой тахикардии и потливости во время приступа

#

92 К возможным осложнениям, связанным с поражением мышц и судорогами при столбняке относятся:

- Разрывы мышц, мышечные контрактуры
- Переломы трубчатых костей
- Компрессионные переломы позвоночника
- Переломы нижней челюсти

+Все перечисленное

#

93 К частым осложнениям столбняка относятся все перечисленные, кроме:

- Инфаркта легкого
- Бронхопневмонии
- Лобарных пневмоний
- Ателектаза легкого

+Сепсиса

#

94 Причинами смерти больных при столбняке могут быть:

- Асфиксия
- Паралич дыхательного центра
- Паралич миокарда
- Гнойно-септические осложнения

+Все перечисленное

#

95 Клиника столбняка у новорожденных имеет все перечисленные особенности, кроме:

+Отсутствия сознания

- Резкого возбуждения, беспокойства
- Тризма, нарушения сосания
- Нередко осложнение сепсисом
- Характерной сгибательной установки верхних конечностей

#

96 Основными принципами терапии столбняка является все перечисленное, кроме:

- Хирургической обработки раны
- Нейтрализации циркулирующего в крови токсина
- Снятия судорожного синдрома

+Применения дыхательных analeптиков

- Коррекции кислотно-основного состояния

#

97 Тропическая малярия вызывается возбудителем вида:

- Фальципарум
- Овале
- Вивакс

+Малярия

- Всеми перечисленными

#

98 Основные звенья патогенеза при малярии включают:

- Паразитемию
- Водно-электролитные нарушения
- Анемию
- Гемодинамические нарушения

+Все перечисленное

#

99 Эритроцитарная шизогония длительностью 72 часа характерна для:

- Тропической малярии
- Овале-малярии

+Четырехдневной малярии

- Трехдневной малярии
- Всего перечисленного

#

100 Основными клиническими формами осложненной малярии являются:

- Церебральная
- Алгидная
- Гемолитическая
- Тифоподобная

+Все перечисленные

#

101 К малярии, имеющей рецидивирующее течение, относится:

- Трехдневная малярия
- Овале-малярия
- Тропическая малярия
- Четырехдневная малярия

+Все перечисленные

#

102 Тропическая малярия характеризуется следующими клиническими признаками:

- Энцефалопатия и нефропатия
- ДВС-синдром
- Гемолиз
- Диарея

+Все перечисленное

#

103 Для тропической малярии характерны все следующие осложнения, кроме:

- Комы
- Гемоглобинурийной лихорадки
- Гемолитической анемии
- Инфекционно-токсического шока

+Паралитического синдрома

#

104 Специфическое лечение малярии заключается в воздействии препаратов на все перечисленные формы возбудителя, кроме:

- Тканевых форм
- Эритроцитарных форм
- Половых форм

+Спорозонтов

- Тканевые и эритроцитарные формы

#

105 Источником инфекции и резервуаром лейшманиоза являются:

- Собаки
- Дикие животные из семейства псовых
- Больной человек
- Грызуны

+Все перечисленные

#

106 Механизм заражения лейшманиозом:

- Алиментарный
- Контактнo-бытовой

+Трансмиссивный

- Капельный
- Все перечисленные

#

107 Переносчиками лейшманиоза являются:

- Комары
+Москиты

- Мухи
- Клещи
- Все перечисленные

#

108 Основными звеньями патогенеза кожных форм лейшманиоза является:

- Проникновение и размножение возбудителя в месте входных ворот
- Образование специфической гранулемы
- Развитие некротических процессов в гранулеме
- Образование и рубцевание язв

+Все перечисленное

#

109 Основные звенья патогенеза висцеральных форм лейшманиоза:

- Проникновение и размножение возбудителя в клетки ретикулоэндотелиальной системы и развитие системного паразитарного ретикулоэндотелиоза
- Возникновение тяжелых обменных расстройств под влиянием продуктов метаболизма возбудителя
- Развитие специфической сенсibilизации организма больного
- Развитие некротических дегенеративных процессов в органах

+Все перечисленные

#

110 У человека наблюдаются все следующие клинические формы лейшманиоза, кроме:

+Бубонной

- Висцеральной
- Кожной
- Кожно-слизистой
- Хронический

#

111 Висцеральный лейшманиоз характеризуется всеми следующими клиническими признаками, кроме:

+Артралгии

- Постепенного начала болезни
- Длительной волнообразной лихорадки
- Прогрессирующей анемии
- Геморрагического синдрома

#

112 Клиническая картина крови у больных висцеральным лейшманиозом характеризуется:

- Снижением гемоглобина
- Лейкопенией и тромбоцитопенией
- Агранулоцитозом
- Резким увеличением СОЭ

+Всем перечисленным

#

113 При висцеральном лейшманиозе в случаях с выраженной лейкопенией наблюдаются следующие осложнения:

- Пиодермия
- Флегмоны
- Некротический тонзиллит, пневмония
- Энтероколиты

+Все перечисленное

#

114 Для лечения лейшманиоза применяется все перечисленное, кроме:

- Препаратов сурьмы
- Антибиотиков
- Общеукрепляющих средств

+Сульфаниламидных препаратов и гормонов

- Дезинтоксикационных средств

#

115 Возбудитель лихорадки Паппатачи относятся к:

- Ротавирусам
- Миксовирусам
- Пикорнавирусам

+Буньявирусам

- Энтеровирусам

#

116 Основной хозяин вируса лихорадки паппатачи:

- Животные

+Человек

- Грызуны
- Птицы
- Москиты

#

117 Механизм передачи лихорадки паппатачи:

- Алиментарный

+Трансмиссивный

- Контактнo-бытовой
- Капельный
- Все перечисленное

#

118 Длительность инкубационного периода при лихорадке паппатачи:

- Несколько часов

+3-9 дней

- 10-12 дней
- 13-15 дней
- 16-20 дней

#

119 Резервуар и переносчик лихорадки паппатачи:

- Клещи

+Москиты

- Комары
- Мухи

- Грызуны

#

120 Для лихорадки Паппатачи характерны;

- Острое, бурное начало
- Высокая лихорадка
- Сухость кожи, одутловатость лица
- Сильная головная и мышечные боли

+Все перечисленное

#

121 К характерным клиническим особенностям лихорадки Паппатачи относятся:

- Гиперемия конъюнктив и инъекция сосудов склер

+Симптом Пика (резко выраженная гиперемия конъюнктивы в форме треугольника, обращенного вершиной к роговице)

- Редкая розеолезная и папулезная сыпь
- Боль в глазных яблоках
- Все перечисленное

#

122 Возбудитель лихорадки Денге относится к:

- Ротавирусам
- Миксовирусам
- Пикорнавирусам

+Арбовирусам

- Энтеровирусам

#

123 Источник инфекции при Денге:

1) *грызуны*

2) *больной человек*

3) *комары*

4) *обезьяны*

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

+Верно 1),2),4)

#

124 Механизм передачи Денге:

- Алиментарный

+Трансмиссивный

- Контактно-бытовой
- Капельный
- Аэрогенный

#

125 Длительность инкубационного периода при Денге:

- 1-2дня
- 3-4дня

+5-8дней

- 9-15 дней
- 16-20 дней

#

126 Для Денге характерны все перечисленные признаки, кроме:

- Резкого озноба, внезапного подъема температуры
- Полиморфной экзантемы, лимфаденопатии

+Мучительного кашля

- Болей по ходу позвоночника
- Артралгий, миалгий, мышечной ригидности

#

127 К клиническим особенностям Денге относятся:

- Интенсивная головная боль
- Тошнота
- Боль в глазных яблоках, светобоязнь, одутловатость и гиперемия лица
- Инъекция сосудов склер

+Все перечисленное

#

128 Основными звеньями патогенеза рожи являются:

- Проникновение возбудителя в кожу или слизистые оболочки при нарушении их целостности
- Лимфогенный или гематогенный занос возбудителя в кожу из другого очага
- Специфические изменения участка кожи, которая алергизирована и сенсibilизирована к возбудителю
- Развитие серозного или серозно-геморрагического воспаления

+Все перечисленное

#

129 Длительность инкубационного периода при роже составляет:

+От нескольких часов до 5 дней

- 6-7 дней
- 8-10 дней
- 10-12 дней
- Свыше 12 дней

#

130 Характеристика эритемы при роже:

- Яркая равномерная окраска
- Четкие границы, тенденция к периферическому распространению
- Возвышается над интактной кожей
- Края неправильной формы

+Все перечисленное

#

131 Для отека при роже характерны:

- Отслойка эпителия
- Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
- Наличие сопутствующих лимфангитов
- Мраморность кожи

+Все перечисленное

#

132 Возбудителями клещевых боррелиозов являются:

- Borrelia burgdorferi, B. burgdorferi, B. garinii.

+Только B. burgdorferi

- B. burgdorferi

- B. burgdorferi

- Все перечисленное

#

133 Переносчиками боррелий являются:

- Комары

- Мухи

+Клещи

- Москиты

- Грызуны

#

134 В организме клеща боррелии размножаются:

- В слюнных железах

- В кишечнике

- В половых железах

+В половых и слюнных железах

- В кишечнике и слюнных железах

#

135 Передача болезни Лайма осуществляется следующими путями:

+Трансмиссивным

- Алиментарным

- Трансплацентарным

- Воздушно-капельным

- Всеми вышеперечисленными

#

136 При укусе человека клещом боррелии попадают в рану:

+Только со слюной

- Только с фекалиями клеща

- Со слюной при кровососании и с фекалиями при повреждении клеща в момент его удаления

- С тканевыми жидкостями клеща при его раздавливании

- Всеми перечисленными способами

#

137 Патогенез болезни Лайма наиболее сходен:

- С гонореей

- С сифилисом

+С клещевым возвратным тифом

- С клещевым энцефалитом

- Со всеми перечисленными

#

138 В патогенезе ранней стадии болезни Лайма имеет значение:

+Боррелиемия

- Размножение боррелий в регионарных лимфоузлах
- Локальная персистенция возбудителя в коже
- Образование иммунных комплексов
- Все вышеперечисленное.

#

139 В патогенезе хронической болезни Лайма имеют значение:

- Только аутоиммунные реакции
- Только иммунологическая толерантность
- Персистирование боррелии в различных тканях и органах

+Только образование иммунных комплексов

- Все вышеперечисленное

#

140 Хроническая стадия болезни Лайма обусловлена распространением боррелии в организме человека следующими путями:

- Гематогенным

+Лимфогенным

- Периневральным
- Лимфогенным – гематогенным
- Всеми вышеперечисленными

#

141 Для раннего локального периода болезни Лайма характерны следующие признаки поражения кожи:

+Кольцевидная мигрирующая эритема с первичным аффектом в центре

- Кольцевидная эритема и вторичные эритемы без первичного аффекта
- Везикулярная сыпь в сочетании с кольцевидной эритемой
- Везикулярная сыпь
- Все вышеперечисленное верно

#

142 При диссеминации боррелии в ранний период болезни возникают следующие кожные проявления

- Кожный зуд
- Хронический атрофический акродерматит
- Уртикарная сыпь
- Вторичные элементы кольцевидной эритемы, лимфоцитомы

+Мигрирующая кольцевидная эритема

#

143 Атриовентрикулярная блокада при болезни Лайма чаще возникает:

- Через 1-2 дня после окончания инкубационного периода
- Через 1-2 года после укуса клеща

+Через 3-5 недель после окончания инкубационного периода

- Через 1-2 дня после укуса клеща
- Через 3-4 месяца после укуса клеща

#

144 Поражение нервной системы при болезни Лайма проявляется:

- Менингитом (менингоэнцефалитом)

- Невритом черепных нервов
- Менингоадикулитом Баннварта
- Полирадикулоневритом
- +Все вышеперечисленное верно**

#

145 Поражение кожи при хронической болезни Лайма проявляется:

- Доброкачественной лимфоцитомой
- +Хроническим атрофическим акродерматитом**
- Склеродермией
- Папулезной сыпью
- Все вышеперечисленное верно

#

146 Препаратами выбора при менингите (менингоэнцефалите) являются:

- Аминогликозиды
- Пенициллин
- Пенициллин в сочетании с метрагилом
- Макролиты

+Цефалоспорины

#

147 Выбор антибиотика, его доза, продолжительность лечения зависят в первую очередь

- От стадии болезни Лайма
- Преобладающего симптомокомплекса
- От формы тяжести
- От возраста

+Все вышеперечисленное верно

#

148 Рецидив малярии (*P. vivax*, *P. Ovale*) связан с:

- Преэритроцитарной фазой шизогонии
- Параэритроцитарной фазой шизогонии
- Эритроцитарной фазой шизогонии

+Политипичностью спорозоитов

- Со всем перечисленным

#

149 При какой форме малярии эритроцитарная шизогония происходит в капиллярах внутренних органов:

- *P. ovale*
- *P. vivax*
- +*P. falciparum***
- *P. malariae*
- *P. ovale*, *P. vivax*

#

150 Малярийный пароксизм возникает в ответ на:

- Чужеродный белок
- Малярийный пигмент
- Биологические активные вещества
- Денатурированные белки макроорганизма

+Все вышеизложенное

#

151 Для малярии характерен:

- Стойкий приобретенный неспецифический иммунитет
- Стойкий видоспецифический иммунитет
- Нестерильный иммунитет

+Нестерильный видоспецифический иммунитет

- Все перечисленное

#

152 Для какого вида малярии характерны длительные пароксизмы:

- *Ovale*
- *Malariae* .

+Falciparum

- *Vivax*
- *P.ovale*, *P.vivax*

#

153 При какой форме малярии приступ может быть несколько раз в сутки:

+P. ovale

- *P. malariae*
- *P. falciparum*
- *P. vivax*
- *P.ovale*, *P.vivax*

#

154 Для какого вида малярии характерна лихорадка неправильного типа:

+Falciparum

- *Vivax*
- *Ovale*
- *Malariae*
- *P.ovale*, *P.vivax*

#

155 Наступление пароксизмов в вечернее время характерно для:

+P. ovale

- *P. vivax*
- *P. malariae*
- *P. falciparum*
- *P.ovale*, *P.vivax*

#

156 Длительная эритроцитарная шизогония характерна для:

- *Vivax s*

+Ovale

- *Malariae*
- *Falciparum*
- *P.ovale*, *P.vivax*

#

157 Малярийная кома встречается при:

- Трехдневной малярии

+Тропической малярии

- Ovale
- Четырехдневной малярии
- Всех перечисленных

#

158 Нефротический синдром характерен для:

- Четырехдневной малярии

+Тропической малярии

- Ovale
- Трехдневной малярии
- Всех перечисленных

#

159 Схема лечения малярии делагилом включает:

- Четырехдневный курс

+Трехдневный курс

- Двухдневный курс
- Семидневный курс
- Двухнедельный курс

#

160 Почечная недостаточность может развиваться при:

+Тропической малярии

- Четырехдневной малярии
- Трехдневной малярии
- Ovale
- Всех вышеперечисленных

#

161 Делагил в первые сутки назначают в количестве:

+1.0

- 1,5
- 2.0
- 0,5
- 2,5

#

162 При каких формах малярии возможно развитие гемоглобинурийной лихорадки:

- Трехдневной

+Тропической

- Четырехдневной
- Ovale
- При всех

#

163 Для гемоглобинурийной лихорадки характерно:

- Развитие анемии
- Почечной недостаточности
- Потемнения мочи
- Гипертермия

+Все вышеизложенное

#

164 Для апгидной формы малярии характерно:

- Повышение температуры фебрильной
- +Снижение температуры**
- Субфебрилитет
- Всегда нормальная температура
- Нормальная температура и субфебрилитет

#

165 Химиопрофилактика против малярии выезжающим в эпидемичные зоны проводится, если:

- Срок поездки более 1 недели
- Срок поездки более 1 месяца
- Срок поездки более 3 месяцев
- Срок поездки более 2-х дней

+Не зависит от срока

#

166 Отдаленные рецидивы не характерны для:

- Трехдневной малярии
- +Тропической малярии**
- Четырехдневной малярии
- Ovale
- Для всех видов малярии

#

ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

1 У взрослого человека в норме в сутки секретуруется:

- 200 мл ликвора
- +500 мл ликвора**
- 700 мл ликвора
- 800 мл ликвора
- 1000 мл ликвора

#

2 В состав спинномозговой жидкости в норме входит все перечисленное, кроме:

- Белка
- Нейтрофилов
- Лимфоцитов
- +Эритроцитов**
- Сахара

#

3 На величину ликворного давления оказывают влияние:

- Эмоции
- Резкое сгибание и разгибание головы
- Фармакологические препараты
- Интоксикация

+Все перечисленное

#

4 Возбудителями при гнойных бактериальных менингитах могут быть:

- Менингококк, пневмококк
- Клебсиелла, гемофильная палочка
- Стрептококк, стафилококк
- Синегнойная палочка, протей

+Все перечисленное

#

5 Ведущим патогенетическим механизмом гнойных менингитов являются:

- Септический и гипертензионный
- Ликвородинамический по гипертензионному типу
- Только токсический
- Только инфекционно-аллергический

+Септический, токсический и аллергический

#

6 При гнойных менингитах и серозных менингитах преимущественно поражаются:

- Твердая и паутинная мозговые оболочки

+Мягкая мозговая оболочка

- Только паутинная
- Мягкая и твердая мозговые оболочки
- Только твердая

#

7 Для пневмококкового менингита характерны все следующие признаки, кроме:

- Острого начала
- Ранних признаков менингоэнцефалита
- Высокой летальности
- Гнойного характера ликвора

+Серозного характера ликвора

#

8 Для инфлюэнц-менингита характерны все следующие признаки, кроме:

- Чаще болеют дети от 2-х месяцев до 3-х лет
- Возбудителем является грам-отрицательная гемофильная палочка гемофилюс инфлюэнца
- Ликвор гнойный с большим количеством возбудителя

+Заболевание протекает в легкой форме

- Часто в исходе заболевания наблюдается продуктивный лептопахименингит, эпендиматит

#

9 Возбудителями серозных бактериальных менингитов являются все перечисленные, кроме:

- Бруцелл
- Лептоспир
- Микобактерий туберкулеза

+Энтеровирусов

- Листерелл

#

10 Серьезные изменения в ликворе при гнойном менингите:

- Не бывают
- Бывают при менингите вирусно-бактериальной этиологии

+Характерны для начальной стадии процесса

- Характерны для менингококковой и пневмококковой этиологии
- Отмечены в запущенных случаях

#

11 Консолидация гнойного экссудата и развитие спаечного процесса наблюдается при:

+Поздно начатом и неправильном лечении

- Гнойном менингите пневмококковой этиологии
- Гнойном менингите стафилококковой этиологии
- Преимущественно базальной локализации процесса
- Контактном пути распространения инфекции

#

12 Если очаговая симптоматика при гнойном менингите появляется рано и быстро регрессирует, то она обычно связана с:

- Паренхиматозным кровоизлиянием
- Энцефалитом
- Транзиторными гемодинамическим нарушением
- Транзиторными лимфодинамическими нарушениями

+Отеком головного мозга

#

13 Низкое содержание сахара при гнойном менингите характерно для:

+Затяжного течения заболевания

- Кокковой флоры
- Бациллярной флоры
- Ранней реконвалесценции
- Периода разгара болезни

#

14 К первичным серьезным вирусным менингитам относятся все перечисленные, кроме:

- Острого лимфоцитарного хориоменингита

+Паротитного менингита

- Туберкулезного менингита
- Герпетического менингита
- Энтеровирусных менингитов

#

15 Для лимфоцитарного хориоменингита характерны все следующие признаки, за исключением:

+Чаще протекает в среднетяжелой форме

- В спинномозговой жидкости рано обнаруживаются полиморфно-ядерные клетки
- Иногда протекает по типу менингомиелита
- Часто развитие менингоэнцефалита
- Дифференциальный диагноз следует проводить с полиомиелитом

#

16 Для эпидемического паротита менингеальной формы характерно все перечисленное, кроме:

- Вирус паротита вызывает серозный менингит

+Вирус паротита часто выделяется из спинномозговой жидкости

- Диагноз эпидемического паротита менингеальной формы может быть поставлен на основании выявления 4-х кратного нарастания титров антител в реакции связывания комплемента

- При эпидемическом паротите, менингеальной формы цитозлимфоцитарный

- Течение эпидемического паротита менингеальной формы чаще благоприятно

#

17 Для энтеровирусных менингитов характерно все перечисленное, кроме:

- Летне-осенняя сезонность

- Острый характер заболевания

- Двух, трех волновая лихорадка

+Гнойный характер ликвора

- Иногда наличие макуло-папулезной сыпи

#

18 Основное направление терапии при лечении серозных вирусных менингитов:

- Применение экзогенного интерферона

- Стимуляцию эндогенного интерферона

- Назначение адаптогенных вакцин

- Применение противовирусных препаратов

+Всего перечисленного

#

19 Каждый из ниже перечисленных вирусов, передаваемый клещами, может вызвать энцефалит, кроме вируса:

- Экономо

- Шотландского энцефалита

- Весенне-летнего энцефалита

+Крымской геморрагической лихорадки

- Центрально-европейского энцефалита

#

20 Все ниже перечисленное характеризует этиологию и эпидемиологию клещевого энцефалита, за исключением:

- Возбудителем клещевого энцефалита является вирус

- Переносчиком и основным резервуаром вируса являются иксодовые клещи

- Основные пути передачи трансмиссивный и через сырое молоко коз или коров

+Характерна осенне-зимняя сезонность

- Больной человек не заразен для окружающих

#

21 Для клинической картины клещевого энцефалита характерны следующие синдромы:

- Общеинтоксикационный

- Менингеальный

- Энцефалитический

- Полиомиелитный и полирадикулоневротический

+Все перечисленное

#

22 Различают следующие формы клещевого энцефалита;

- Лихорадочная
- Менингеальная
- Менингоэнцефалитическая
- Полирадикулоневротическая

+Все перечисленное

#

23 Для прогрессивного течения клещевого энцефалита характерно все перечисленное, кроме:

- Общелихорадочного синдрома
- Менингеального синдрома
- Очаговой симптоматики
- Развития кожевниковской эпилепсии

+Поражения сердечно-сосудистой системы

#

24 Для лечения клещевого энцефалита используют все следующие методы, кроме:

- Патогенетической терапии
- Специфического иммуноглобулина

+Антибиотикотерапии

- Симптоматической терапии
- Десенсибилизирующая терапия

#

25 Для этиологии и эпидемиологии японского энцефалита характерно все перечисленное, кроме:

- Возбудителем японского энцефалита является арбовирус группы В

+Переносчиком вируса являются клещи

- Переносчиком вируса являются комары
- В природе вирус циркулирует среди диких и домашних животных
- В природе вирус циркулирует среди птиц

#

26 Для клинической картины японского энцефалита характерно все перечисленное, кроме:

- Острого начала
- Неправильного характера температурной кривой
- Поражения центральной и периферической нервной системы
- Изменений в спинномозговой жидкости

+Легкого течения заболевания

#

27 Со стороны нервной системы при японском энцефалите отмечаются все следующие изменения, кроме:

+Нарушения психики

- Поражения черепно-мозговых нервов
- Общемозгового и менингеального синдрома
- Нарушения чувствительной сферы
- Развития вялых параличей и парезов

#

28 Для лечения японского энцефалита применяют все ниже перечисленное, кроме:

- Серотерапии

+Противовирусных препаратов

- Патогенетической терапии
- Симптоматической терапии
- Глюкокортикостероидов

#

29 Все перечисленное ниже характеризует болезнь Экономо, кроме:

- На поздней стадии наблюдается развитие паркинсонизма
- Заболевание имеет широкое распространение
- Характерна зимне-весенняя сезонность

+Инкубационный период более месяца

- В клиническом плане характерна сонливость, лихорадка, параличи, поражение группы глазодвигательных нервов

#

30 Коровой энцефалит может протекать со следующими симптомами:

- Сонливость, заторможенность
- Поражение зрительного и слухового нервов
- Параличи конечностей
- Отсутствие брюшных рефлексов

+Все перечисленное

#

31 Краснуха (энцефалитическая форма) имеет следующие особенности;

- Развивается редко
- Признаки энцефалита появляются вскоре после исчезновения сыпи или на фоне экзантемы
- Отмечается тяжелое течение и высокая летальность
- Проявляется очаговыми поражениями, развитием гемипарезов

- Все перечисленное

#

32 Для этиологии и эпидемиологии полиомиелита характерны следующие признаки:

- Возбудитель относится к семейству кишечных вирусов
- Длительно сохраняется при замораживании
- Резервуаром инфекции является больной человек
- Источником инфекции является больной человек и лица с латентными формами заболевания

+Все перечисленное

#

33 Для полиомиелита характерно все, кроме:

+Заражение происходит через фекалии, алиментарным путем, через грязные руки

- Репликация вируса в кишечном тракте
- ЦНС включается в патологический процесс в результате проникновения вируса в кровь
- Гуморальные антитела защищают ЦНС от проникновения вируса
- Поражения обнаруживаются главным образом в ганглиозных клетках и клетках передних рогов спинного мозга

#

34 Для препаралитической стадии полиомиелита характерны все следующие симптомы, кроме:

- Вялость, сонливость
- Появление болей в позвоночнике и конечностях
- Появление менингеального синдрома

+Развитие судорог

- Повышение температуры тела

#

35 Для паралитической стадии полиомиелита характерны:

- Улучшение самочувствия больного, уменьшения интоксикации
- Снижение тонуса мышц и сухожильных рефлексов
- Развитие вялых параличей
- Поражения черепно-мозговых нервов

+Все перечисленное

#

36 Один из перечисленных симптомов полиомиелита является настолько необычным, что при постановке диагноза его не л. принимают в расчет:

- Заболевание двухфазное с лихорадкой

+В спинномозговой жидкости отсутствуют клетки

- Может начинаться остро с головной боли, рвоты, постоянной лихорадки
- Появление болей в скелетных мышцах, которые усиливаются при движении
- Появление параличей с исчезновением сухожильных рефлексов в парализованной области, изменение тонуса мышц, атофии, вазомоторные нарушения

#

37 Все перечисленное ниже характерно для энтеровирусной инфекции, кроме;

- Различные серотипы могут вызвать летальные исходы у новорожденных
- Инфекция новорожденных может сопровождаться синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- У новорожденных может наблюдаться менингит
- У новорожденных может быть некротический гепатит

+В основе повышенной чувствительности у детей к энтеровирусам лежат неполноценность механизмов иммунологической защиты

#

38 Острый миоперикардит у взрослых, связанный с вирусами Коксаки, характеризуется всеми следующими признаками, кроме:

+Обычно доброкачественное (легкое) течение заболевания

- За рецидивом острого заболевания следует период выздоровления
- Длительная инфекция с рецидивами может быть связана с иммунологической недостаточностью
- Нарушения ритма сердечных сокращений
- Увеличения размеров сердца

#

39 Каждое из перечисленного ниже характеризует болезнь Борнхольма, кроме:

- Начинается с сильных болей в нижней части грудной клетки.
- Стойкая лихорадка.
- Вызывается вирусом Коксаки

+Характерным является отсутствие головной боли.

- Приступообразный характер миалгий

#

40 Серозные менингиты при энтеровирусной инфекции характеризуются всем перечисленным, кроме:

- Острого начала заболевания, длительности лихорадочного периода 4-7 дней, иногда двухволнового течения лихорадки.
- Наличия менингеального синдрома.
- Гиперемией лица, конъюнктив, склер, иногда наличием экзантемы.

+Гнойным цитозом в разгар болезни, повышенным содержанием белка в ликворе.

- Лимфоцитарным цитозом, нормальным содержанием белка в ликворе.

#

41 Поствакцинальные поражения нервной системы, чаще всего связаны с применением:

+Антирабической вакцины.

- Противокоревой вакцины.
- Вакцины против желтой лихорадки.
- Вакцина против бруцеллеза
- Всех перечисленных.

#

42 Основные причины поствакцинальных поражений нервной системы связаны с:

- Нарушением условий и техники прививок.
- Проведением прививок в момент заболевания острым инфекционным заболеванием.
- Проведением прививок на фоне тяжелых соматических заболеваний.
- Проведением прививок у больных с тяжелыми аллергическими заболеваниями, у больных с иммунодефицитами.

+Все перечисленное.

#

43 Поствакцинальные поражения нервной системы могут протекать в виде:

- Поражение периферической нервной системы
- Менингоэнцефалитов.
- Энцефаломиелитов.
- Энцефалопатии.

+Всего перечисленного.

#

44 Поствакцинальный энцефалит и менингоэнцефалит характеризуется следующими клиническими проявлениями:

- Чаще всего развивается через 10-12 дней после прививки.
- Начало острое, высокая температура
- Отек и набухание головного мозга.
- Моно и гемипарезы.

+Все перечисленное.

#

45 Для лечения поствакцинальных осложнений со стороны ЦНС применяют:

- Кортикостероидную терапию.
- Дезинтоксикационную терапию.
- Борьбу с десиминацией вируса вакцины (введение специфического у –глобулина).
- Антибактериальную терапию.

+Все перечисленное.

#

46 Особенности возбудителя бешенства является все перечисленное, кроме:

- Возбудителем бешенства является ДНК содержащий вирус.
- Различают “уличный вирус” бешенства и “фиксированный”.
- Вирус бешенства хорошо переносит низкие температуры.

+Вирус бешенства не погибает при нагревании.

- Вирус бешенства хорошо культивируется на культуре сирийских хомяков.

#

47 Основными звеньями патогенеза при бешенстве являются все перечисленные, кроме:

+Распространение по периневральным пространствам и нервным волокнам

- Фиксация и репликация вируса в нейронах продолговатого мозга, гиппокампа, узлах основания мозга
- Повышение рефлекторной возбудимости с последующим развитием параличей
- Центробежное распространение вируса с ЦНС в различные органы
- Обнаружение вируса в крови

#

48 Основными источниками инфекции при бешенстве являются:

- Собаки.
- Лисы.
- Волки.
- Сельскохозяйственные животные.

+Все перечисленные животные.

#

49 В клиническом течении бешенства различают следующие стадии заболевания:

- Инкубационный период заболевания.
- Период предвестников.
- Стадию возбуждения.
- Стадию параличей.

+Все перечисленное.

#

50 Для лечения больных бешенством применяют следующие методы:

- Введение антирабической вакцины.
- Введение антирабического гамма-глобулина
- Использование препаратов интерферона.
- Симптоматическая

+Все перечисленное.

#

51 Переносчиком и основным хозяином боррелий являются:

- Комары

+Арагосовые клещи

- Вши
- Мухи
- Блохи

#

52 К клиническим проявлениям боррелиоза относится все перечисленное, кроме:

- Появления первичного аффекта на месте укуса клеща

- Высокой температуры, головной боли, болей в конечностях и пояснице
 - +Наличия в течение болезни от 10 до 20 приступов болезни**
 - Менингеального синдрома
 - В крови умеренного лейкоцитоза, лимфоцитоза, эозинопении
- #

СЕПСИС

1 Сепсис может вызываться следующими возбудителями:

- Стафилококком и стрептококком
- Синегнойной палочкой и протеем
- Анаэробной флорой и бактероидами
- Условно-патогенной и грибковой флорой

+Все ответы правильные

#

2 Ведущим механизмом в развитии граммотрицательного сепсиса является все перечисленное, кроме:

- Действия эндотоксина
- Преморбидного фона

+Действия экзотоксина

- Сопутствующие заболевания
- Иммунитет

#

3 Грам-положительный сепсис могут вызывать все перечисленные возбудители, кроме:

- Пневмококков

+Эшерихий

- Стрептококков
- Стафилококков
- Дифтерийной палочки

#

4 Грамотрицательный сепсис могут вызывать все перечисленные возбудители, кроме:

- Сальмонелл
- Синегнойной палочки
- Эшерихий

+Стафилококков

- Клебсиеллы

#

5 В развитии сепсиса играют роль следующие факторы:

- Преморбидный фон
- Количество проникших в организм микроорганизмов
- Пути проникновения возбудителя в организм
- Состояние макроорганизма

+Все перечисленное

#

6 Входными воротами при сепсисе могут быть:

- Кожа и слизистые
- Мочеполовая система

- Органы дыхания

- Кости

+Все перечисленное

#

7 Для сепсиса характерно:

1) *ацикличность течения, полиморфизм клинических проявлений*

2) *массивная гематогенная диссеминация возбудителя*

3) *тяжелое течение болезни*

4) *легкое течение болезни*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1),3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

8 Со стороны иммунной системы при сепсисе могут наблюдаться:

- Угнетение фагоцитоза

- Стимуляция гуморального иммунитета

- Подавление Т-лимфоцитов хелперов

+Все перечисленное

- Ничего из перечисленного

#

9 Основные формы поражения нервной системы при сепсисе:

1) *гнойный менингит*

2) *гнойный менингоэнцефалит*

3) *абсцесс головного мозга*

4) *арахноидит*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

10 При сепсисе со стороны легких и плевры могут выявляться все следующие изменения, кроме:

- Бронхопневмонии

- Абсцедирующей пневмоний

+Острого альвеолита

- Эмпиемы плевры

- Плевропневмонии

#

11 Наиболее часто при септической пневмонии отмечаются следующие поражения

- Деструкция легочной ткани

- Буллезные изменения в легких

- Застойные изменения в легких

+Деструкция легочной ткани, буллезные изменения в легких

- Буллезные и застойные изменения в легких

#

12 Острый септический бактериальный эндокардит наиболее часто поражает:

+Митральный клапан

- Аортальный клапан
- Трикуспидальный клапан
- Все клапаны одинаково часто
- Аортальный и трикуспидальный клапаны

#

13 Острый септический эндокардит клинически проявляется:

- Тяжелым течением
- Расширением границ сердца
- Появлением систолического шума на верхушке сердца и аортальных клапанах
- Выраженная тахикардия

+Всем перечисленным

#

14 Для острого сепсиса характерны:

- 1) озноб, высокая температура
- 2) частые поражения клапанов сердца
- 3) поражение центральной нервной системы
- 4) поражение легких

- Верно 1), 2), 3)
- Верно 1), 3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

15 Септический эндокардит развивается на:

- Измененных клапанах
- Неизмененных клапанах
- Искусственных клапанах

+На всех указанных

- Все перечисленное не соответствует истине

#

16 При синус-тромбозе выявляются все следующие клинические проявления, кроме:

- Менингоэнцефалита
- Пневмонии

+Гнойного нефрита

- Тромбоз кавернозного синуса
- Сочетание пневмонии и гнойного нефрита

#

17 Поражение мочевыводящей системы при сепсисе может протекать в виде:

- Пиелита
- Пиелонефрита
- Гнойного нефрита

+Всего перечисленного

- Все перечисленное не соответствует истине

#

18 При остром сепсисе в периферической крови выявляются:

- Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом

- Анемия

- Повышение СОЭ

- Лейкопения с нейтрофильным сдвигом

+Все перечисленное

#

19 Основной метод подтверждения диагноза при сепсисе:

+Бактериологический

- Серологический

- Аллергологический

- Все перечисленное

- Наличие входных ворот

#

20 Для подтверждения диагноза сепсиса с помощью бактериологического метода достаточно:

- Однократного выделения возбудителя из крови

- Многократного выделения возбудителя из зева

+Многократного выделения возбудителя из крови

- Всего указанного

- Все перечисленное не соответствует истине

#

21 Для бактериологического подтверждения диагноза септического эндокардита необходимо делать посевы:

- Венозной крови

- Артериальной крови

- Спинномозговой жидкости

- Всего перечисленного

- Серологическое исследование

#

22 Дифференциальную диагностику сепсиса проводят с:

- Туберкулезом

- Коллагенозами

- Злокачественными новообразованиями

- Лимфопролиферативными заболеваниями

+Всем перечисленным

#

23 Для лечения острого сепсиса показано:

- Антибактериальная терапия

- Ингибиторы протеаз

- Управляемая гипокоагуляция

- Иммунотерапия

+Все перечисленное

#

24 Антибактериальная терапия острого сепсиса проводится всеми следующими комбинациями антибиотиков, кроме:

- Цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами
- Цефалоспорины в сочетании с пенициллином
- Аминогликозиды в сочетании с пенициллином

+Пенициллин в сочетании с тетрациклином

- Полусинтетические пенициллины в сочетании с аминогликозидами

#

25 Для лечения анаэробного сепсиса в терапию обязательно включение:

- Пенициллина
- Клафорана

+Метронидазола

- Бруламицина
- Эритромицина

#

26 Оптимальным путем введения антибиотиков при сепсисе является:

- Внутривенный
- Внутримышечный

+Сочетание внутривенного и внутримышечного

- Внутриагтеральный
- Спинномозговой канал

#

27 Длительность антибактериальной терапии при лечении септического эндокардита составляет:

+До 6 недель нормальной температуры

- До 10 недель нормальной температуры
- В течение месяца нормальной температуры
- 6 месяцев
- В течение года

#

28 Для ингибции протеолитических ферментов применяют все перечисленные препараты, кроме:

- Трасилола
- Гордокса
- Контрикала

+Гепарина

- Сочетание контрикала и гепарина

#

29 Контрикал для ингибции протеолитических ферментов при остром сепсисе применяют в следующих суточных дозах:

- 10-20 тыс.
- 20-40 тыс.
- +60-80 тыс.**
- 80-100 тыс.
- 5 – 10 тыс.

#

30 Для иммунотерапии | острого стафилококкового сепсиса применяют:

- Антистафилококковую плазму
- Антистафилококковый иммуноглобулин
- Медикаментозную иммуннокоррекцию

+Все перечисленное

- Антибиотики

#

31 При лечении септического грамположительного шока показаны:

- Антибактериальная терапия
- Кортикостероидная терапия
- Ингибиторы протеолитических ферментов
- Управляемая гипокоагуляция

+Все перечисленное

#

32 Для коррекции реологических показателей крови при сепсисе применяют:

- Гепарин
- Аспирин
- Нестероидные противовоспалительные препараты

+Все указанные средства

- Все перечисленное не соответствует истине

#

33 При молниеносном сепсисе применяется следующая патогенетическая терапия:

- Коррекция кислотно-основного состояния
- Коррекция электролитного дисбаланса
- Дезинтоксикационная терапия
- Кортикостероидная терапия

+Все перечисленное

#

34 При грамотрицательном септическом шоке показано все перечисленное, кроме:

- Кортикостероидной терапии
 - Дезинтоксикационной терапии
- +Антибиотиков-бактериолитиков**
- Ингибиторов протеолитических ферментов
 - Управляемой гипокоагуляции

#

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1 К семейству ретровирусов относятся все перечисленные, кроме:

- Вирусы иммунодефицита человека
- Вирус Т-клеточной лимфомы человека
- Вирус иммунодефицита обезьян

+Вирус ящура

- Вирус иммунодефицита кошек

#

2 Основные характеристики ВИЧ:

- Ретровирус

- Относится к лентивирусам
- РНК-содержащий
- Содержит ревертазу (обратную транскриптазу)

+Все перечисленное

#

3 Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

- Наличие поверхностной мембраны
- Наличие РНК

+Интеграция в геном клетки хозяина

- Наличие сердцевинной части
- Лимфотропность

#

4 Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

- Внешний белок мембраны
- Белки сердцевинны вириона

+Обратная транскриптаза

- Трансмембранный белок
- Все верно

#

5 Оболочка вируса содержит все перечисленные белки, кроме:

- gp41
- + p24**
- gp120
- Все верно
- Gp 140

#

6 Какой белок наиболее подвержен антигенным вариациям:

- p24
- p7
- p9
- gp41
- +gp120**

#

7 Какой из белков ВИЧ обеспечивает взаимодействие с рецепторными белками клетки-мишени:

- p24
- + gp120**
- p7
- p 9
- Все перечисленное

#

8 Основными этапами репликации ВИЧ является все перечисленные, кроме:

- Взаимодействие оболочечных белков вируса с рецепторными белками клетки-мишени
- +Синтез дополнительной молекулы вирусной РНК**
- Активация белков ВИЧ протеинкиназами клетки-мишени
- Синтез ДНК с помощью обратной транскриптазы

- Интеграция вновь образованной вирус специфической ДНК в геном пораженной клетки
#

9 Из перечисленных клеток белок-рецептор CD4 содержат все, кроме:

- Клетки эпителия прямой кишки
- Глиальные клетки ЦНС

+Гистиоциты

- Клетки сосудистого эндотелия
- Эпителиальные клетки кожи

#

10 Белок-рецептор CD4 содержат все перечисленные клетки, кроме:

- Т-лимфоциты-хелперы (Т4)
- Макрофаги

- Моноциты

+Эритроциты

- Т-лимфоциты-супрессоры (Т8)

#

11 Источником инфекции при ВИЧ являются больные:

- В инкубационном периоде
- Острой ВИЧ-инфекцией
- Хронической персистирующей лимфаденопатией
- Вирусоносители

+Все перечисленные

#

12 Основные пути передачи ВИЧ-инфекции:

- Половой
- Парентеральный
- От матери плоду
- При грудном вскармливании новорожденного

+Всё вышеперечисленное

#

13 Биологические жидкости, являющиеся основными факторами передачи ВИЧ:

- Слезы
- Грудное молоко
- Вагинальный секрет
- Слюна

+Семенная жидкость, кровь

#

14 Вирус в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях:

- Кровь, моча
- Сперма, вагинальная слизь
- Слюна, ликвор
- Грудное молоко
- **Во всех вышеперечисленных**

#

15 Максимальная продолжительность латентной формы ВИЧ-инфекции:

- До 6 месяцев

- 6-12 месяцев
- 2-5 лет
- Более 10-15 лет

+Возможно, пожизненно

#

16 Продолжительность инкубационного периода острой ВИЧ-инфекции:

+7 дней — 3 месяца, в отдельных случаях до года

- 2 – 5 лет
- 5 – 10 лет
- 10 – 15 лет
- 1 – 5 дней

#

17 ВИЧ чувствителен ко всем перечисленным дезинфекционным средствам, кроме:

- 0,5% раствор гипохлорида кальция
- 50-70% раствор этилового спирта

+Ультрафиолетового и рентгеновского излучения

- 0,5% раствор гипохлорида натрия
- 3% хлорамин

#

18 Причинами формирования иммунодефицита при ВИЧ-инфекции является все вышеперечисленное, кроме:

- Цитопатологического действия вируса

+Атрофии тимуса

- Формирования синцитиев
- Образования аутоантител к иммунокомпетентным клеткам
- Нарушения функции макрофагов

#

19 Снижение количества Т4 лимфоцитов вызвано:

- Непосредственным поражением лимфоцита вирусом
- Вовлечением интактных лимфоцитов в синцитии
- Снижением лимфопоэза в костном мозге
- Поражением клеток предшественников – лимфоцитов в вилочковой железе

+Всем перечисленным

#

20 Причины активации провируса ВИЧ:

- Реинфекция ВИЧ
- Беременность
- Суперинфекция другими вирусами
- Отмена анти-ВИЧ терапии

+Все перечисленные

#

21 Основная характеристика многоядерных синцитиев:

- Активация иммунного ответа макроорганизма
- Лизис клеток, инфицированных ВИЧ

+Отсутствие способности к делению и непродолжительное время жизни

- Активное восприятие информации анти-ген-презентирующих макрофагов

- Усиление процессов кооперации макрофаг-лимфоцит

#

22 Основные клинические синдромы острой ВИЧ-инфекции:

- Мононуклеозоподобный, гриппоподобный
- Полиаденопатия, гастроэнтерит
- Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония)
- Серозный менингит, энцефалопатия, миелопатия, нефропатия, тромбоцитопеническая пурпура

+Все вышеперечисленное

#

23 Для гриппоподобного синдрома при острой ВИЧ-инфекции характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- Лихорадка, озноб

+Геморрагический синдром

- Интоксикация: головная боль, миалгии, артралгии, анорексия, недомогание
- Умеренная полиаденопатия, увеличение селезенки
- Фарингит, тонзиллит, кореподобная сыпь

#

24 При гастроинтестинальной форме острой ВИЧ-инфекции может наблюдаться все перечисленное, кроме:

- Жидкого стула с примесью слизи
- Анорексии

+Псевдомембранозного колита

- Тошноты, рвоты
- Болей в животе

#

25 В патогенезе гастроинтестинальной формы острой ВИЧ-инфекции основное значение имеет:

- Активация патогенной флоры кишечника под влиянием ВИЧ
- Возникновение иммунодефицита

+Поражение клеток эпителия кишечника ВИЧ

- Поражение нервно-мышечного аппарата кишечника
- Все вышеперечисленное

#

26 Отличие мононуклеозоподобного синдрома при острой ВИЧ от инфекционного мононуклеоза:

- Лихорадка
- Полиаденопатия
- Тонзиллит

+Появление в крови молодых форм лимфоцитов

- Гепатоспленомегалия

#

27 Симптомы тромбоцитопенической пурпуры при острой ВИЧ-инфекции:

- Носовые кровотечения
- Экхимозы, геморагии, петехии
- Кровоточивость десен, маточные кровотечения

- Содержание тромбоцитов в пределах 40.000 от одного до трех месяцев

+Все перечисленное

#

28 Полиаденопатия при острой ВИЧ-инфекции характеризуется:

- Лихорадкой, потливостью, познабливанием
- Утомляемостью, снижением работоспособности
- Первыми увеличиваются затылочные и задне-шейные лимфоузлы, затем подчелюстные, подмышечные, паховые
- Лимфоузлы мягкие, безболезненные, не спаяны друг с другом

+Всем перечисленным

#

29 Гистологические изменения в лимфоузлах при острой ВИЧ-инфекции:

- Лимфогистиоцитарная инфильтрация
- Воспалительные изменения
- Склерозирование лимфоидной ткани

+Гиперплазия лимфоидной ткани

- Исчезновение структуры лимфоузла

#

30 Основные формы поражения нервной системы при острой ВИЧ-инфекции:

- Серозный менингит
- Энцефалопатия
- Острая миелопатия
- Невралгии

+Все перечисленные

#

31 Для персистирующей генерализованной лимфаденопатии характерны:

- Различные типы температурных кривых, ознобы, проливные ночные поты
- Увеличивающиеся периферические и глубокие лимфоузлы до 1-5 и более см
- Периферические лимфоузлы обычно пальпируются в 2-3 регионарных зонах, возможна

Гепатоспленомегалия

- Гистологически — неспецифическая очаговая гиперплазия фолликулов

+Все перечисленное

#

25 Основные симптомы СПИД-ассоциируемого комплекса (САК):

- Продолжающаяся потеря массы тела
- Лихорадка с ознобами и потами, усталость, сонливость, головная боль
- Анорексия, диарея
- Кожный зуд, пиодермия, себорейный дерматит, герпетические высыпания

+Все перечисленное

#

26 Клинические признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции:

- Оральный кандидоз, “волосатая лейкоплакия”
- Герпетическая инфекция
- Лихорадка, недомогание
- Диарея, потеря веса

+Все перечисленное

#

34 Прогностически неблагоприятные лабораторные показатели при ВИЧ-инфекции:

- Лимфопения, нейтропения, тромбоцитопения
- Анемия, повышенная СОЭ
- Низкий уровень Т4 лимфоцитов и В2 микроглобулина
- Низкий уровень специфических анти-gag-антител (анти p24)

+Все перечисленное

#

35 Какое число CD4* Т лимфоцитов в 1 мм³ крови считают индикатором терминальной стадии ВИЧ-инфекции:

- Больше 1000
- Больше 500
- 200 – 499

+Менее 200

- Всё вышеперечисленное

#

36 Основные проявления терминальной стадии ВИЧ-инфекции:

- Оппортунистические и, безусловно, патогенные инфекции
- Кахексия
- Онкологические заболевания
- Поражения ЦНС

+Все перечисленные

#

37 Наиболее частая этиология пневмонии в терминальной стадии ВИЧ:

- Цитомегаловирусная

+Пневмоцистная

- Атипичные микобактериозы
- Туберкулез
- Кокковая

#

38 Какие поражения легких наблюдаются у больных терминальной стадией ВИЧ:

- Пневмонии инфекционные
- Микозы
- Саркома Калоши
- Лимфоидная интерстициальная пневмония, альвеолярный протеиноз

+Все перечисленные

#

39 Поражения желудочно-кишечного тракта в терминальной стадии ВИЧ-инфекции наблюдаются при:

- Кандидозе, криптоспориidioзе, изоспорозе
- Цитомегаловирусной и герпетической инфекциях
- Саркоме Калоши и лимфоме
- Микобактериозах

+Всем перечисленным

#

40 Основные типы поражения почек при ВИЧ-инфекции

- Гломерулосклероз
- Гломерулонефрит
- Интерстициальный нефрит
- Некротический нефроз

+Все перечисленное

#

41 Основные клинические признаки хронической ВИЧ-энцефалопатии:

- Снижение интеллекта, резкое ограничение лексикона
- Рассеянная неврологическая симптоматика
- Очаговые неврологические симптомы
- Снижение интереса к собственной личности, неряшливость

+Все перечисленное

#

42 При ВИЧ-энцефалопатии в терминальной; стадии ВИЧ наблюдается все перечисленное, кроме:

- Деменции, полного отсутствия интеллекта
- Акинетического мутизма
- Грубой очаговой симптоматики, парезов, параличей

+Гидроцефалии

- Децеребральной ригидности, тазовых расстройств

#

43 К какой группе препаратов относится ретровир:

- Ингибиторы вирусных протеаз

+Ингибиторы нуклеозидзависимой обратной транскрипции

- Ингибиторы регуляторных генов
- Ингибиторы синтеза ДНК
- Иммуномодуляторы

#

44 Основные методы диагностики ВИЧ-инфекции:

- Выявление специфических антител
- Выявление вирусных антигенов
- Оligоделение провирусной ДНК, геномной РНК
- Выделение вируса

+Все перечисленное

#

45 Маркер острой ретро вирусной инфекции в серонегативный период:

- Антитела против белка сердцевин (p24)
- Антитела против белка сердцевин (p17-18)
- Антитела против наружного белка (gp160)
- Антитела против наружного белка (gp41)

+Белок p24 в сыворотке крови

#

46 Когда наиболее часто происходит ВИЧ-инфицирование ребенка от матери:

- Во время беременности

+Во время родов

- При кормлении грудью

- При пользовании общей посудой

- При поцелуях

#

47 Острая форма ВИЧ-инфекции у детей развивается с частотой:

- 1-5%

- 5 – 10%

+10 - 30%

- 50 - 80%

- 100%

#

48 У детей первого года жизни при ВИЧ-инфекции отмечается все перечисленное, кроме:

- Лимфаденопатии

- Продолжительной лихорадки

- Прогрессирующей потери веса

- Орального кандидоза

+Саркомы Калоши

#

49 Частое оппортунистическое заболевание у детей при ВИЧ-инфекции:

- Пневмоцистоз

- Цитомегаловирусная инфекция

- Токсоплазмоз

- Оральный кандидоз

+Все перечисленное

#

50 Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ-инфекции являются все перечисленные кроме:

+Микроцефалии

- Задержки развития

- Общей мышечной слабости

- Лицевого дисморфогенеза

- Паратрофии

#

51 У детей при ВИЧ-инфекции отмечаются все перечисленные поражения кожи, кроме:

- Фурункулез

- Фолликулит

- Себорейный дерматит

- Ихтиоз

+Саркома Калоши

#

52 Для иммунотерапии при ВИЧ-инфекции у детей целесообразно применять:

+Т-активин

- Реаферон

- Декарис

- Интерферон

- Неовир

#

53 Какие препараты для иммунопрофилактики разрешены ВИЧ-инфицированным детям:

- Только живые вакцины

- Только анатоксины

+Убитые вакцины и анатоксины

- Только убитые вакцины

- Живые вакцины и анатоксины

#

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1 Осложнениями пункции подключичной вены могут быть:

- Воздушная эмболия

- Гемоторакс и пневмоторакс

- Пункция подключичной артерий

- Пункция грудного лимфатического протока

+Все перечисленное

#

2. Показаниями для катетеризации центральных вен являются все перечисленные ниже, кроме:

- Необходимости обеспечения длительных инфузий

+Нарушения свертывающей системы крови

- Измерения центрального венозного давления

- Отсутствия видимых поверхностных периферических вен

- Необходимости парентерального питания

#

3 Противопоказания к катетеризации подключичной вены:

- Синдром верхней полой вены

- Нарушение свертывающей системы крови

- Признаки местного воспаления в области катетеризации

- Отсутствие практического навыка

+Все перечисленное

#

4 Центральное венозное давление является показателем:

1) *венозного возраста*

2) *объема крови*

3) *сократительной способности правого желудочка*

4) *сердечного выброса*

- Верно 1),2),3)

+Верно 1),3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

5 Кормление через зонд позволяет осуществлять все перечисленное, кроме:

- Значительно уменьшить объем инфузионной терапии

- Избрать наиболее рациональный режим питания

- Стимулировать деятельность кишечника

+Предотвратить потери жидкости

- Обеспечить суточную потребность в белках

#

6 При проведении парентерального питания правильны все перечисленные утверждения, кроме:

- Средняя каллорическая потребность в сутки для взрослого составляет 24 ккал/кг
- При септических состояниях объем парентерального питания увеличивают на 5-8 % на каждый градус температуры тела сверх 37°C
- Парентеральное питание может быть полным и неполным

+Для питательных целей наиболее рационально применение препаратов нерасщепленного белка

- Для питательных целей наиболее рационально применение препаратов гидролизатов белка

#

7 К ингибиторам протеолитических ферментов относятся:

- Гордокс
- Контрикал
- Пантрицин
- Кислота аминокaproновая

+Все перечисленное

#

8 Ингибиторы протеолитических ферментов могут быть назначены при всех перечисленных ниже состояниях, кроме:

- Комплексной терапии сепсиса и шока
- Для уменьшения активности протеолитических ферментов
- Как ингибитор кинин-каликреина при инфаркте миокарда

+При тромбоэмболическом заболевании

- Комплексной терапии шока

#

9 У больных при переливании крови и ее препаратов, несовместимых по системе АВО и резус-фактору, наблюдаются:

- Озноб, недомогание, боли в пояснице
- Гемолиз эритроцитов, гемоглобинурия, олигурия, анемия
- Гипербилирубинемия, ДВС-синдром
- Тахикардия, снижение АД

- Все перечисленное

#

10 Нативная плазма содержит 60-80г/л белка, липопротеиды, углеводы и др., в т. ч. антигемофильный глобулин. В течение 24 ч. при хранении препарата снижается активность всех белковых фракций. Показаниями для переливания нативной плазмы является:

- 1) острая кровопотеря
- 2) гипопротейнемия
- 3) ДВС-синдром
- 4) гнойно-септические заболевания

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)
- Верно 1), 4).

#

11 Показаниями к применению замороженной плазмы являются:

- Массивная кровопотеря
- Небольшая кровопотеря
- ДВС-синдром, геморрагическая стадия

+Коагулопатия (гемофилия-А, болезнь Вилле Брандта, дефицит фибриногена)

- Все перечисленное

#

12 При дефиците плазменного объема, фибриногена и протромбина предпочтение следует отдать:

- Сухой плазме
- Фибриногену
- Альбумину

+Замороженной плазме

- Свежей крови

#

13 Все перечисленные препараты из кровезаменителей обладают гемодинамическим действием, кроме:

- Полиглюкина
- Реополиглюкина
- Желатиноля
- Инфукол

+Гемодеза

#

14 Кристаллоидные растворы обладают следующими положительными свойствами;

- Способностью ликвидировать дефицит внеклеточной жидкости
- Физиологичностью, т.к. их состав приближается к составу плазмы
- Гемодинамическим эффектом, дешевизной и доступностью
- Реологическими свойствами, обусловленными гемодилюцией.

+Всем перечисленным

#

15 При шоке для поддержания нормального объема и состава внеклеточной жидкости, в том числе объема циркулирующей крови (ОКЦ), нормализации гомеостатических и реологических свойств крови, поддержания макро- и микроциркуляции, следует использовать все перечисленное, за исключением:

- Полиглюкина
- Желатиноля
- Реополиглюкина
- Альбумина

+5 % раствора глюкозы

#

16 Средняя молекулярная масса полиглобулина 70.000. Полиглобулин длительно задерживается в сосудистом русле, так как вещества с молекулярной массой более 50.000. не выделяются почками. Он удерживается в сосудистом русле в течение:

- 10 часов
- 1 суток
- 2 суток
- 3 суток
- **4 суток**

#

17 Механизм выделения полиглобулина сводится к:

- Участию в углеводном обмене с образованием глюкозы
- Частичному поглощению клетками ретикулоэндотелиальной системы
- Частичному разрушению почками
- Экскреции почками

+Все ответы правильны

#

18 Возможными осложнениями при введении полиглобулина могут быть:

- Гипокоагуляция
- Анафилактический шок
- Интерстициальный отек легких
- Гиперволемиа

+Все перечисленное

#

19 Из перечисленных эффектов реополиглобулина весьма полезны при его назначении и проведении инфузионной терапии:

- Улучшение реологических свойств крови
- Увеличение объема циркулирующей крови
- Гемодилюция
- Увеличение

+Все перечисленное

#

20 Признаками клинической смерти являются:

- 1) *остановка дыхания, цианоз, бледность*
- 2) *отсутствие пульса на сонной артерии, зрачковых рефлексов, расширение зрачков*
- 3) *отсутствие сознания*
- 4) *судороги, патологические ритмы дыхания*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1),3)
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

21 Простым методом восстановления проходимости дыхательных путей является:

- Запрокидывание головы
- Открытие рта и выдвижение нижней челюсти

- Механическое удаление содержимого дыхательных путей путем пострурального дренажа и поколачивания грудной клетки

- Вытягивание языка

+Все перечисленное

#

22 Эффективными методами восстановления дыхания при его депрессии являются все перечисленные, кроме

- ИВЛ по методу "рот в рот"

- ИВЛ по методу "рот в нос"

- Интубации трахеи и ИВЛ

+Бронхоскопии

- Аппаратная ИВЛ

#

23 Правилами проведения экспираторных методов искусственной вентиляции являются:

- Уложить больного на твердую поверхность

- Освободить область шеи, грудной клетки и туловища от давления предметов одежды

- Запрокинуть голову пострадавшего и убедиться в проходимости дыхательных путей

- Произвести форсированный выдох (вдувание) в легкие больного через рот или через нос, соблюдая герметичность

+Все перечисленное

#

24 Правила проведения закрытого массажа сердца:

- Уложить пострадавшего на твердую поверхность с приподнятыми ногами

- Точка приложения силы в нижней трети грудины

- Сила сжатия грудной клетки до 30 кг, частота сжатия 50 – 70 в минуту

- Соотношение частоты вдувания в легкие и компрессии грудной клетки 1:5 или 2:14

+Все перечисленное

#

25 Критерий эффективности закрытого массажа сердца:

- Появление пульса на сонной артерии

- Сужение зрачков, появление зрачковых рефлексов

- АД = 80-90 мм рт.ст.

- Восстановление дыхания и сердечной деятельности

+Все перечисленное

#

26 Критерий адекватности восстановления кровообращения после остановки сердца:

1) *изменение цвета кожных покровов и слизистых*

2) *хорошая экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе*

3) *восстановление сердечной деятельности*

4) *сужение зрачков*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

27 Ведущее значение в развитии необратимых состояний имеет:

- 1) *смешанная форма гипоксии*
- 2) *нарушение функции паренхиматозных органов*
- 3) *нарушение микроциркуляции*

- Верно 1), 2), 3)

+Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

28 Противопоказаниями к переливанию крови являются:

- Тяжелые операции

- Хирургическая инфекция

- Шок

+Тяжелые нарушения функции печени

- Снижение АД

#

29 Для профилактики осложнений, вызванных переливанием крови, проводят:

- Определение срока годности крови

- Определение групповой совместимости

- Соблюдение правил асептики

- Правильное хранение крови

+Все перечисленное

#

30 Переливание несовместимой крови ведет к развитию:

1) *гемотрансфузионного шока*

2) *гемолиза эритроцитов*

3) *острой почечной недостаточности*

4) *геморрагического синдрома*

+Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

- Верно 1), 2), 3), 4)

#

31 В консервированной крови функциональная активность тромбоцитов практически прекращается через:

- 3 часа хранения

- 12 часов хранения

+24 часа хранения

- 3 суток хранения

- 5 суток

#

32 Метаболические эффекты при переливании значительных количеств консервированной донорской крови

- Метаболический ацидоз

- Гиперкалиемиа
- Интоксикация цитратом натрия
- Гипотермия

+Все перечисленное

#

33 Причиной смерти при переливании несовместимой крови является:

+Поражение почечных канальцев

- Множественные эмболии хлопьевидными агрегатами клеток
- Отек легких
- Гемолитическая анемия
- Всё вышеперечисленное

#

34 Обязательные пробы, проводимые перед каждым переливанием крови:

- 1) *групповая совместимость*
- 2) *индивидуальная совместимость*
- 3) *биологическая проба*
- 4) *определение резус фактора*

- Верно 1), 2), 3)

- Верно 1), 3)

- Верно 2), 4)

- Верно 4)

+Верно 1), 2), 3), 4)

#

35 Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

+Плазмой реципиента и кровью донора

- Плазмой донора и кровью реципиента
- Форменными элементами крови реципиента и кровью донора
- Форменными элементами крови донора и кровью реципиента
- Цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

#

36 Для правильной оценки агглютинации при определении группы крови и совместимости по системе АВО существует определенный температурный уровень, нижний предел которого соответствует:

- + 10°C

++ 15°C

- + 20°C

- +25°C

- + 37°C

#

37 Наиболее постоянным и определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови синдромом является:

- Анафилаксия

+Острый внутрисосудистый гемолиз

- Артериальная гипотония

- Гипертермия

- Отек мозга

#

38 Пробу резус совместимости можно заменить пробой совместимости по системе АВО:

- При условии подогрева пробы крови на водяной бане
- В экстренной ситуации
- При отсутствии в прошлом гемотранфузионных конфликтов
- При переливании отмытых эритроцитов

+ЗамениТЬ нельзя

#

39 Самая распространенная причина пирогенных реакций при гемотранфузии:

+Несовместимость по лейкоцитарным и тромбоцитарным факторам

- Анафилактические реакции
- Несоблюдение асептики
- Реакция на консервант
- Микроэмболизация системы легочных сосудов

#

40 Нормальное содержание воды в массе тела взрослого мужчины составляет;

- 30%
- 40%
- 50%

+60%

- 70%

#

41 Внутриклеточная вода составляет:

- 5 -10 % массы тела
- 10 – 20 % массы тела
- +30-40 % массы тела**
- 50-60 % массы тела
- 60 – 70 % массы тела

#

42 Внеклеточная вода составляет:

- 10 % массы тела
- +20 % массы тела**
- 30 % массы тела
- 40 % массы тела
- 50% массы тела

#

43 Внеклеточный объем воды распределяется между всем перечисленным, кроме:

- Интерстициальной водой (включи воду связок и хрящей)

+Жировой тканью

- Плазмой
- Лимфой
- Внутриклеточной жидкостью

#

44 Объем внутриклеточной жидкости может значительно увеличиваться при всех перечисленных патологических состояниях, кроме:

- Голодания

- Тяжелой инфекции, сепсиса

+Ожирения

- Травмы

- Отеков

#

45 Основной механизм воздействия на организм больного при коррекции водно-электролитного баланса:

- Прямое воздействие на водный состав клеточного пространства

- Прямое воздействие электролитный состав клеточного пространства

- Коррекция состава трансцеллюлярной жидкости

+Воздействие на объем и состав внеклеточной жидкости с опосредованным влиянием на клеточное пространство

- Воздействие на механизмы регуляции водно-электролитного баланса

#

46 Главным компонентом, обеспечивающим осмолярность плазмы, являются:

- Вода

- Белки

+Хлор

- Калий

- Натрий

#

47 Основным катионом клеточного пространства является:

+Калий

- Натрий

- Хлор

- Белки

- Кальций

#

48 Потери воды через кожу и путем испарения через дыхательные пути (перспирация) в норме составляют:

- 500-700 мл

+800-1000 мл

- 1100-1300 мл

- 300-400 мл

- 1400-1500 мл

#

49 Суточный диурез в норме составляет:

- 1000-1300 мл

+1400-1600 мл

- 1700-2000 мл

- 800-1000 мл

- 2000-2500 мл

#

50 Показатель диуреза считают олигурией в случае, если диурез составляет:

+25-30 мл/ч (меньше 500 мл/сут)

- 25-50 мл/ч (до 1000 мл/сут)

- 60-100 мл/ч (1500-2000 мл/сут)

- 100 – 150 мл/ч

- Менее 20 мл/ч

#

51 Перенальный тип олигурии связан с:

- Паренхиматозной почечной недостаточностью

+Блокадой почечных сосудов или неадекватным кровообращением, снижением ОЦК

- Структурой мочеточников

- Опухолью мочеточников

- Опухолью мочевого пузыря

#

52 Ренальная олигурия связана с:

+Паренхиматозной почечной недостаточностью

- Блокадой почечных сосудов или неадекватным кровообращением

- Нарушением оттока мочи из почек

- Снижением ОЦК

- Всем перечисленным

#

53 Постренальная олигурия связана с:

+Паренхиматозной почечной недостаточностью

- Блокадой почечных сосудов или неадекватным кровообращением

- Нарушением оттока мочи из почек

- Всем перечисленным

- Снижением ОЦК

#

54 Основными лабораторными показателями дефицита воды в организме являются все перечисленные, кроме:

- Повышения осмолярности плазмы

+Снижения концентрации белка плазмы

- Гипернатриемии

- Увеличения процента гематокрита

- Высокого удельного веса мочи

#

55 При расчете объема жидкости для первичной регидратации используют все перечисленные показатели, кроме:

- Массы тела

+Показателя центрального венозного давления

- Процента потери массы тела

- Относительной плотности плазмы

- Гематокрита

#

56 Все перечисленные растворы содержат в своем составе бикарбонат натрия, кроме:

- Квартасоля

+Ацесоля

- Трисоля

- Дисоля

- Оралита

#

57 Скорость введения растворов при регидратации определяет все перечисленное, кроме:

- Степени дегидратации
- Количества раствора для первичной регидратации
- Состояния гемодинамики

+Состояния периферических вен

- Степени метаболических нарушений в органах

#

58 К осложнениям регидратационной терапии относятся:

- Пирогенная реакция
- Гипергидратация
- Гиперкалиемия
- Воздушная эмболия

+Все перечисленное

#

59 Для лечения гиперкалиемии применяют все перечисленное, кроме:

- Перехода на введение раствора "Дисоль"
- Глюконата кальция
- 20 % раствора глюкозы
- Инсулина

+Перехода на введение раствора "Ацесоль"

#

60 Уровень хлоридов в крови в норме составляет:

- 50 ммоль/л
- +100 ммоль/л**
- 150 ммоль/л
- 200 ммоль/л
- 300 ммоль/л

#

61 Основные клинические синдромы дефицита калия;

- Астенизация
- Мышечная слабость
- Дыхательные нарушения
- Уплотнение зубца Т и удлинение интервала PQ

+Все перечисленное

#

62 Клинические признаки гиперкалиемии:

- Рвота, понос
- Аритмия
- Мерцание желудочков
- Остановка сердца в диастоле

+Все перечисленное

#

63 К физиологическим буферным системам относятся:

- Легкие

- Почки
- Печень
- Желудочно-кишечный тракт

+Все перечисленное

#

64 Нормальный показатель pH артериальной крови составляет

- 7,2
- 7,3
- +7,4**
- 7,6
- 7,7

#

65 Метаболический ацидоз характеризуется всем перечисленным, кроме:

- Повышения концентрации водородных ионов
- +Понижения концентрации водородных ионов**
- Снижения в плазме концентрации бикарбоната натрия
- Абсолютного избытка кислот
- Относительного избытка кислот

#

66 Причинами метаболического ацидоза может быть все перечисленное, кроме:

- Массивных трансфузий консервированной крови
- Гипоксии
- Острой и хронической почечной недостаточности

+Инфузии кислых растворов

- Повышенного поступления в кровь кетокилот

#

67 Для метаболического ацидоза характерно все перечисленное, кроме:

- Повышения концентрации водородных ионов
- +Повышения концентрации калия в клетке**
- Повышения содержания калия в плазме
- Увеличения отдачи кислот тканями
- Снижение концентрации бикарбоната Na в плазме

#

68 Для дефицита магния характерны:

- Повышенная нервно-мышечная возбудимость
- Ларингоспазм
- Стенокардия
- Тетания

+Все перечисленное

#

69 Клиническими симптомами дефицита натрия является все перечисленное, кроме:

- Усталости, апатии
- Тошноты, рвоты
- Снижения АД
- Судорог

+Потери сознания

#

70 При избытке натрия наблюдается все следующие клинические симптомы, кроме:

- Жажды
- Гипертермии
- +Судорог**
- Нарушения сознания
- Отеков

#

71 Клинические признаки гипокальцеимии:

- Гиперрефлексия
- Тетания
- Спазмофилия
- Боли в животе
- + Все перечисленное**

#

72 Компенсация метаболического ацидоза осуществляется за счет всего перечисленного, кроме:

- Повышения выведения гидрокарбоната натрия с мочой
- +Увеличения объема легочной вентиляции**
- Блокады оксигемоглобина
- Уменьшения минутного объема дыхания
- Обмена натрия и калия между клеткой и плазмой

#

73 Противопоказанием к назначению гидрокарбоната натрия при метаболическом ацидозе является:

- Гиповентиляция
- Отек легких
- Эклампсия
- Гиперосмолярная кома
- +Все перечисленное**

#

74 Метаболический алкалоз возникает вследствие:

- 1) *потери организма нелетучих кислот*
- 2) *введения кристаллоидов*
- 3) *избыточного введения оснований*
- 4) *повышения гематокрита*

- Верно 1), 2), 3)
- +Верно 1)**
- Верно 2), 4)
- Верно 4)
- Верно 1), 2), 3), 4)

#

75 Причиной метаболического алкалоза может быть все перечисленное, кроме:

- Рвоты
- Дефицита калия
- Задержки натрия

+Гипервентиляции

- Потеря организмом нелетучих кислот

#

76 Для коррекции метаболического ацидоза, обусловленного преимущественным поражением гемоглобинового буфера, используют:

- Бикарбонат натрия
- Трисамин

+Свежую донорскую кровь

- Реополиглюкин
- Трисоль

#

77 Лечение трисамином показано при:

- Снижении в крови содержания сахара и кальция
- Понижении в крови калия

+Избытка в крови натрия

- Метаболический алкалоз
- Все ответы правильные

#

78 Для облегчения адекватного дыхания необходимо:

- Улучшение альвеолярной вентиляции
- Устранение ателектазов, пневмоторакса и гидроторакса
- Дренирование трахеобронхиального дерева
- Уменьшение физиологического мертвого пространства путем трахеостомии, интубации, проведение ИВЛ

+Все ответы правильные

#

79 Основными причинами метаболического алкалоза являются:

- Дефицит калия в связи с потерей его различными путями или ограниченном поступлением
- Потеря хлористоводородной кислоты (водородных ионов и хлоридов) при многократной рвоте
- Введение избыточных количеств бикарбоната или цитрата натрия
- Олигурические состояния с задержкой натрия и бикарбонатов, дыхательное введение стероидных гормонов

+Все перечисленное

#

80 Объем крови в венозном бассейне превышает объем крови в активном артериальном секторе в норме:

- В 1-2 раза
- В 3 раза

+В 4-5 раз

- В 6-7 раз
- В 8 раз

#

81 Уровень периферического сосудистого сопротивления в основном определяет:

- Венозный тонус

- Артериальный тонус

+Постоянную регуляцию пре- и посткапиллярных сфинктеров

- Сократительную способность миокарда

- Объем циркулирующей крови

#

82 Основные звенья нарушения микроциркуляции при токсико-инфекционном шоке включают:

- Спазм прекапиллярных сфинктеров

- "Централизацию кровообращения" для восполнения объема циркулирующей крови

- Паралитическое расширение микроциркуляторного ложа с депонированием значительных объемов крови

- Парез прекапилляров, развитие острой циркуляторной недостаточности

+Все перечисленное

#

83 Для ранних стадий грам-положительного шока характерно все перечисленное, кроме:

- Выраженной вазоплегии и гипотонии

- Отсутствия первоначального сужения сосудов

- Теплых, сухих кожных покровов

+Бледности кожи и цианоза ногтевого ложа

- Меньшей степени первоначальной олигоурии

#

84 Для ранних стадий грам-отрицательного шока характерно все перечисленное, кроме:

- Адреналовой стимуляции с возникновением беспокойства больного на фоне клинических признаков интоксикации

- Спазма посткапиллярных сфинктеров с развитием относительной гиповолемии

+Длительного сохранения повышенной температуры тела

- Артериальной нормотонии

- Выраженного метаболического ацидоза

#

85 Основные принципы патогенетической терапии токсикоинфекционного шока включают:

- Инфузионную терапию

- Кортикостероидную терапию

- Коррекцию кислотно-щелочного состояния

- Ингибиторы протеаз

+Все перечисленное

#

86 Для инфузионной терапии токсикоинфекционного шока используют:

- Коллоидные растворы (реополиглюкин, полиглюкин)

- Кристаллоидные растворы

- Управляемую гемодилюцию

- Форсирование диуреза

+Все перечисленное

#

87 Основные принципы антибиотикотерапии при инфекционно-токсическом шоке предусматривают:

- Использование АБ с бактерицидным действием
- Достижение оптимальной концентрации препарата в крови больного и в очаге поражения
- Соблюдение оптимального интервала между введением препаратов
- Сочетанное использование антибиотиков с учетом физической, химической и фармакологической совместимости

+Все перечисленное

#

88 Падение центрального венозного давления и уменьшение венозного возврата происходит при потере объема циркулирующей крови равной:

+5-10%

- 10-15%
- 15-20%
- 20-25%
- 25-30%

#

89 Основным механизмом компенсации недостаточного венозного возврата связан с:

- Снижением АД
- Вазодилатацией
- Тахикардией
- Централизацией кровообращения

+Всем перечисленным

#

90 Ведущим механизмом в развитии феномена "централизации" кровообращения является:

- Тахикардия
- Снижение сердечного выброса

+Периферическая вазоконстрикция

- Уменьшение венозного возврата
- Все перечисленное

#

91 Вазопатия и тромбоцитопения преобладают при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- Геморрагической лихорадки
- Сыпного тифа, брюшного тифа
- Лептоспироза

+Дифтерии, скарлатины

- Менингококковой инфекции

#

92 Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет:

- 50 мг/кг
- 60 мг/кг
- 70 мг/кг
- 80 мг/кг

+90 мг/кг

#

93 Для декомпенсированной кровопотери характерны все следующие признаки, кроме:

- Тахикардии
- Артериальной гипотензии
- +Повышения ЦВД**
- Анурии
- Бледности и похолодания кожных покровов

Комплект типовых ситуационных задач

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Д., 46 лет, поступил на 6-й день болезни. Из анамнеза: заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,5°C, сопровождающегося ознобом, слабостью, интенсивной головной болью, миалгиями. В последующие дни температура достигла 39-40°C. На третий день болезни отметил дискомфорт и болезненность в животе, появились и стали нарастать боли в пояснице, чувство жажды; сухость во рту, было носовое кровотечение, тошнота, рвота 3 раза. На 5-й день заметил уменьшение количества выделяемой мочи (за сутки выделил 600 мл.мочи). При поступлении в стационар: состояние тяжелое, лицо пастозное, гиперемированное, отмечается инъекция сосудов склер, разлитая гиперемия ротоглотки, энантема на твердом небе в виде петехий, икота, рвота дважды желудочным содержимым, кожные покровы сухие; АД=100 и 60мм.рт.ст, PS=ЧСС=100 в мин., приглушенность сердечных тонов; в легких жесткое дыхание, ЧДД=19 в мин., SpO=96 %; живот мягкий, участвует в дыхании, при пальпации отмечается разлитая болезненность, максимально выраженная в области проекции почек, стул был в приемном отделении 2 раза разжиженный, без патологических примесей, диурез снижен. В ОАК: лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, п/я нейтрофилы 17%, с/я нейтрофилы 52%, лим.19%, мон.10%, эоз.2%, баз.(-), тромбоциты $90 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 23 мм/ч. ОАМ: относительная плотность 1005, лейкоцитов 10-15 в п/зр, эритроциты до 100 в п/зр., фибринные цилиндры. Известно, что больной живет в районе лесного массива.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), олигурический период, тяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указан период болезни
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, наличия интоксикационного синдрома, характеризующегося гипертермией, слабостью, головной болью, миалгиями, тошнотой, рвотой; геморрагического синдрома

		<p>проявляющегося носовым кровотечением и энантемой на твердом небе, капилляротоксикоз (инъекция сосудов склер, гиперемия лица); прогрессирующего болевого синдрома в поясничной области; болезненности и дискомфорта в животе; отека лица; синдрома (пастозное лицо); данных физикального осмотра (сухость видимых слизистых оболочек и кожных покровов; тенденция к гипотонии, тахикардия, приглушенность сердечных тонов; в легких жесткое дыхание, ЧД 19 в мин.; болезненность при пальпации живота и в области проекции почек); данных лабораторного обследования: в ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения; в ОАМ обращает на себя внимание снижение удельного веса, выраженная гематурия, цилиндрурия, умеренная лейкоцитурия; данных эпидемиологического анамнеза (проживает в районе лесного массива). За олигурический период свидетельствует уменьшение диуреза в течение суток до 600 мл.</p> <p>Наличие геморрагического синдрома, икоты, выраженная болезненность в области почек, значительное снижение диуреза свидетельствует о тяжести болезни.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, эпидемиологический анамнез, неверно интерпретированы данные лабораторного обследования.
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Составьте план обследования
Э	-	ОАК (с подсчетом тромбоцитов); биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза, АЛТ, АсТ, общий белок, альбумины, коагулограмма); ОАМ; анализ мочи по Нечипоренко; ПЦР (кровь на РНК хантавируса); ИФА (сыворотка крови для обнаружения иммуноглобулинов классов Ig M и Ig G); анализ крови на АТ к хантавирусу (парные сыворотки: первая в максимально ранние сроки, вторая через 6-7 дней); УЗИ органов брюшной полости, почек (структурные изменения, размеры); рентгенологическое исследование легких (инфильтративные изменения); ЭКГ; ФГДС (для исключения развития эрозивного гастрита).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
V	4	Назначьте лечение
Э	-	Пациенты с ГППС обязательно госпитализируются в стационар при тяжелом течении заболевания. Лечение зависит от периода заболевания и тяжести состояния больного. Диета назначается волигурический период с ограничением поваренной соли и продуктов, содержащих калий, а также уменьшением употребления мяса и рыбы (уменьшение белковых продуктов). Необходим постельный режим в остром периоде заболевания, вплоть до момента реконвалесценции. Строгий контроль диуреза (объем жидкости, выпиваемой и вводимой больному, не должен превышать суточный объем выделяемой мочи, рвотных масс,

		диареи более чем на 500мл). Этиотропная терапия максимально эффективна в начальном периоде болезни (лихорадочном) (применяется ступенчатая терапия: сначала виразол в/в 16 мг/кг 4 р/сут. 3 дня, затем рибавирин внутрь 1000мг 5 дней), в олигурический период назначение этиотропных средств противопоказано. Поскольку в задаче у пациента уже олигурический период, то основная терапия патогенетическая: дезинтоксикационная, борьба с азотемией (острой почечной недостаточностью), геморрагическим синдромом, коррекция водно-электролитного баланса и КЩС, симптоматическая терапия. Назначается введение кристаллоидных растворов, препаратов теофиллинового ряда (эуфиллин 2,4%), диуретики (лазикс/фуросемид под контролем диуреза), витамин С, антиагреганты (дицинон), спазмолитики.
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: не указана этиотропная терапия, патогенетическая – частично.
P0	-	Лечение назначено неверно
V	5	Показания и противопоказания к гемодиализу
Э	-	Показания: 1) анурия более суток; 2) токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга и судорожным синдромом, 3) начинающийся отек легких на фоне олигоанурии; 4) азотемия - мочевины более 26-30 ммоль/л, креатинин более 600-700 мкмоль/л; 5) гиперкалиемия - 6,0 ммоль/л и выше в сочетании с ацидозом с ВЕ - 6 ммоль/л и выше и рН 7,25 и ниже; но все-таки определяющими показаниями являются клинические признаки уремии, т.к. даже при выраженной азотемии, но умеренной интоксикации и олигурии, лечение больных с ОПН возможно без гемодиализа. Противопоказания: 1) инфекционно-токсический шок, 2) геморрагический инсульт, 3) геморрагический инфаркт адено-гипофиза, 4) массивное кровотечение, 5) спонтанный разрыв почки.
P2	-	Показания и противопоказания к гемодиализу указаны верно
P1	-	Показания указаны частично, противопоказания - вызвали затруднения и указаны частично
P0	-	Показания и противопоказания к гемодиализу не указаны
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Д., 37 лет, предъявляет жалобы на интенсивную головную боль, рвоту, повышение температуры тела до 38,4°С. Из анамнеза известно, что самочувствие пациента ухудшалось постепенно в течение 6 дней. За медицинской помощью не обращался, принимал анальгетики (без эффекта), продолжал работать. При осмотре: сознание сохранено, больной вялый, заторможенный, рефлексы S=D, патологических рефлексов нет.

		Умеренно выражены менингеальные симптомы (ригидность мышц затылка, двусторонний симптом Кернига). При обследовании: в общем анализе крови 8700 лейкоцитов, лимфоцитоз 50%, СОЭ 25 мм в час; в ликворе (давление 400 мм.вод.ст., цитоз 430 клеток в 1 мкл. (75 % лимфоциты), белок 1,9 г/л, реакция Панди положительная +++, глюкоза 1,2 ммоль/л, выпала фибриновая сеточка.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Серозный (асептический) менингит. Вероятно туберкулезной этиологии.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указан механизм развития менингита, не установлена этиология заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз менингита позволило предположить наличие у пациента триады симптомов: прогрессирующая интенсивная головная боль, рвота, фебрильная температура тела, а так же при осмотре положительные менингеальные симптомы. В пользу возможного асептического туберкулезного менингита говорит постепенное развитие патологического процесса с нарастанием интенсивности симптомов в течение 6 дней, сохранение работоспособности (что является признаком туберкулезного менингита, который характеризуется несоответствием общего состояния тяжести патологическому процессу), функциональные нарушения со стороны ЦНС (вялость, заторможенность), наличие умеренно выраженных менингеальных симптомов, а так же данные лабораторно-инструментального обследования: в крови верхняя граница нормы лейкоцитов (8700) с умеренным лимфоцитозом (50%) и ускорением СОЭ (25 мм/ч); в ликворе повышение давления в 2 раза, лимфоцитарный цитоз, увеличение белка практически до 2-х грамм, резко положительная реакция Панди, уменьшение уровня глюкозы и наличие фибриновой сеточки.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, неверно интерпретированы данные лабораторно-инструментального обследования
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Часть обследования уже проведена и данные указаны в задаче. Необходимо провести: посев ликвора на микобактерии туберкулеза, ПЦР ликвора на микобактерии туберкулеза, АТ класса М к микобактериям туберкулеза методом ИФА, реакция Манту, диаскин-тест, посев мокроты на ВК 3 ^{кратно} , рентгенологическое исследование легких (для исключения инфильтративных изменений), МРТ головного мозга, консультация окулиста, невролога, ЛОР-врача, кровь на АТ к ВИЧ-инфекции.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью

P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте лечение
Э	-	Лечение: терапия длительная не менее 6 мес., стационарная (в специализированном медицинском учреждении). Необходимо назначение высокобелковой диеты (мясо, рыба), ограничение потребления поваренной соли. Этиологическая терапия: противотуберкулезные препараты назначаются с учетом устойчивости; схемы противотуберкулезной терапии назначаются врачом в зависимости от степени тяжести пациента, преморбидного фона, наличия или отсутствия осложнений. Основные препараты на сегодняшний день: изониазид 0,5-1,0; рифампицин 0,45-0,6; пипразинамид 1,5-2,0; протионамид 0,75; циклосерин 0,75; фторхинолоны (моксифлоксацин 0,4; левофлоксацин 1,0); патогенетическая: дезинтоксикационная терапия, глюкокортикостероиды назначаются в ранние сроки заболевания с целью уменьшения воспалительных изменений в ЦНС (дексазон 8-20 мг/сут; преднизолон в дозе 90-120 мг/сут); диуретики (фуросемид) применяют при наличии симптомов отека головного мозга; симптоматическая терапия: гепатопротекторы (гептрал 400 2р/сут), противогрибковые препараты (при появлении признаков кандидоза), жаропонижающие.
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: указана частично этиологическая терапия; патогенетическая и симптоматическая – полипрагмазия.
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Дифференциальная диагностика
Э	-	Вирусные менингиты (энтеровирус, Эпштейн-Барр вирус, вирус Коксаки, сифилис, бруцеллез, лептоспироз, листериоз, орнитоз и др.), неспецифические бактериальные гнойные менингиты, менингovasкулярный нейросифилис, метастатическое поражение головного мозга, карциноматоз мозговых оболочек, лимфопролиферативные заболевания, лимфолейкоз.
P2	-	Дифференциальная диагностика указана верно
P1	-	Дифференциально диагностический ряд верный, но частичный
P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Д., 50 лет. Заболел остро, когда стала беспокоить умеренная слабость, тошнота, 3-х кратная рвота, кратковременное повышение температуры тела до 37,5°C, которая самостоятельно нормализовалась, болезненность в эпигастрии, двукратный кашицеобразный стул без патологических примесей. В течение суток отметил ухудшение своего состояния, несмотря на нормализацию температуры тела на фоне сохраняющихся

		<p>слабости, тошноты и рвоты, присоединились новые жалобы в виде двоения предметов, двустороннего птоза, сухости во рту, изменения звучности голоса, невнятности речи, нарушения глотания (испытывал трудности при проглатывании твердой пищи). Находился дома, за медицинской помощью не обращался, не лечился. Тяжесть состояния нарастала: усилилась слабость, появилась шаткость походки. Была вызвана скорая помощь, врач которой зафиксировал повышенные цифры АД -150 и 90, слабость мышц верхних и нижних конечностей, предположил нарушение мозгового кровообращения и больного госпитализировали в неврологический стационар. Состояние тяжелое. В отделении все жалобы сохранялись. При осмотре кожные покровы обычной окраски, сыпи нет, голос с носовым оттенком, сухость слизистых оболочек ротовой полости, парез мягкого неба; приглушенность сердечных тонов, акцент второго тона на аорте, PS=ЧСС=98 в мин., АД= 100 и 70 (медикаментозной терапии на амбулаторном этапе, при фиксации повышенных цифр АД, не проводилось); в легких жесткое дыхание, ЧДД=20 в мин.; живот вздут, запор. Нарушение мозгового кровообращения было исключено (проведена люмбальная пункция, МРТ головного мозга), на электрокардиограмме отмечено незначительное снижение вольтажа зубца Т; рентгенологически в легких инфильтративных, очаговых изменений не выявлено. Из анамнеза было выяснено, что за сутки до заболевания пациент ел вяленую рыбу, маринованные грибы купленные у частного лица.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Ботулизм пищевой, тяжелое течение
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Установлено два диагноза: ботулизм и субарахноидальное кровоизлияние, несмотря на данные в задаче, результаты лабораторно-инструментального обследования
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, наличия умеренного интоксикационного синдрома (кратковременный субфебрилитет, слабость); гастроинтестинального синдрома (тошнота, рвота, болезненность в эпигастрии, метеоризм, диарея, сменившаяся запором), офтальмоплегического синдрома (нарушение зрения в виде двоение предметов, двухсторонний птоз), нарушения саливации (сухость во рту), бульбарного синдрома (нарушение глотания, наличие пареза мягкого неба (изменение звучности голоса, невнятность речи, нарушение глотания), миастении (выраженная общая слабость, слабость мышц верхних и нижних конечностей); данных эпидемиологического анамнеза (употребление накануне заболевания вяленой рыбы, маринованных грибов).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не обращено внимание на анамнез развития заболевания, не выделены основные патологические синдромы с соответствующими симптомами

P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	ОАК; ОАМ; выявление ботулотоксина в крови: биологическая проба на мышах; рентгенологическое исследование легких; ЭКГ в динамике.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте лечение
Э	-	Обязательная госпитализация в стационар; промывание желудка, кишечника (высокая сифонная клизма); установка назогастрального зонда; питание больного осуществляется в зависимости от степени тяжести. При тяжелом течении: зондовое или парентеральное питание. Энтеральное питание - инфузия в течение 16 ч. Предпочтительны питательные смеси с высокой энергетической плотностью («Isocal HCN», «Osmolite HN» и др.). Объем белка в сутки определяют из расчета 25 ккал/кг массы тела и 1,5 г/кг массы тела. При застойном отделяемом из желудка переходят на парентеральное питание с обязательным частичным энтеральным питанием из расчета 2000–2500 ккал в сутки на взрослого больного. Парентеральное питание осуществляют концентрированными растворами глюкозы (10–40%), смесями аминокислот и жировыми эмульсиями. Для нейтрализации токсина применяют противоботулинические сыворотки. Если тип токсина, вызвавшего заболевание известен, то вводится соответствующий тип сыворотки, если токсин не установлен –поливалентную противоботулиническую сыворотку (тип- А и Е 10000 МЕ, тип - В 5000 МЕ по типу токсинов, чаще встречающихся на территории РФ), которые вводят по Безредко (внутрикожная проба с разведенной (1:100) сывороткой в количестве 0,1 мл, затем подкожно - неразведенная сыворотка (объем тот же) перед введением основной дозы);так же применяется семивалентная сыворотка (7500Еanti-A, 5500 Eanti-B, 5000 Eanti-C, 1000 Eanti-D, 8500 Eanti-E, 5000 Eanti-Fand 1000 Eanti-G). Максимальная эффективность сывороток при введении в первые трое суток от момента заболевания. Для деконтаминации желудочно-кишечного тракта перорально применяют левомицетин. Патогенетическая терапия: введение полиионных растворов, глюкозы; препаратов, уменьшающих кислотность желудочного сока: омепразол
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено неполностью: указаны неверные дозы противоботулинических сывороток, патогенетическая терапия рассмотрена частично.
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Дифференциальная диагностика
Э	-	Пищевые токсикоинфекции, отравление ядовитыми грибами, атропином, дифтерия, полиомиелит, стволковой энцефалит, нарушение мозгового кровообращения, миастения гравис.
P2	-	Дифференциальная диагностика указана верно

P1	-	Дифференциально диагностический ряд верный, но частичный
P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
H	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Г., 26 лет, заболела остро, когда отметила фебрильную лихорадку, слабость, плохой аппетит. В последующие дни температура тела продолжала повышаться и к 7-му дню от начала болезни держалась постоянно высокой (40-41 С), слабость нарастала, беспокоила головная боль, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки без патологических примесей. Принимала парацетамол - без эффекта. В стационар поступила на 17-й день болезни. При осмотре: состояние тяжелое. Т - 40,5 С. В сознании, контакт формальный, частично дезориентирована во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации. Менингеальных и очаговых знаков нет. Кожа бледная, на коже живота имеются единичные пятнышки розового цвета диаметром до 0,3 см, исчезающие при надавливании. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 58 в 1 мин, АД 95 и 60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот несколько вздут, чувствительный около пупка. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Стул кашицеобразный, с примесью темной крови. Мочится.
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Брюшной тиф. Тяжелая форма. Острое течение. Осложнения: кишечное кровотечение, инфекционный делирий.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указанотечение болезни, осложнения названы частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Постепенное развитие болезни, гипертермия, как ведущее проявление заболевания (длительность фебрильной лихорадки 17 дней, из них последние 10 дней постоянно высокая 40-41°С) без реакции на антипиретики; проявления тифозного статуса (слабость, головная боль, формальный контакт, частичная дезориентация во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации); бледность кожных покровов, наличие розеолезных элементов на коже живота; жесткое дыхание в легких; глухость сердечных тонов, относительная брадикардия, тенденция к снижению АД; коричневый налет на языке; вздутие живота, гепато-лиенальный синдром, энтеритический характер стула 1-2 раза в сутки с примесью крови.
P2	-	Диагноз обоснован верно

P1	-	Диагноз обоснован неполностью: несмотря на то, что диагноз был поставлен, однако при его обосновании основные симптомы названы частично и осложнения основного диагноза указаны не все
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологические: выделение гемокультуры на протяжении всего лихорадочного периода, чаще в начале болезни, а также со 2-ой недели болезни - копро-, урино-, билиокультуры; ПЦР; серологические: РА, РНГА. Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 раза и более в парных сыворотках с интервалом 7-10 дней; определение антител IgM к S.typhi (ИФА).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен неполностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	Имеющиеся осложнения
Э	-	Кишечное кровотечение, о чем говорит появление примеси темной крови в стуле, 3-я неделя болезни (стадия чистых язв в кишечнике). Инфекционный делирий - слуховые и зрительные галлюцинации.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Указано только одно осложнение
P0	-	Осложнения не были интерпретированы
B	5	Лечение
Э	-	Госпитализация в отделение интенсивной терапии; катетеризация вены; антибактериальная терапия (АБ терапия): ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь, цефтриаксон по 2,0 x 1 раз в сутки внутривенно. АБ терапия проводится до 10 дня после нормализации температуры; дезинтоксикационная терапия: внутривенно кристаллоидные растворы (раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) с учетом диуреза; гемостатическая терапия: 5% аминокaproновая кислота внутрь, дицинон внутривенно, аскорутин по 1 таб x 3 раза в день; антипиретик парентерально: парацетамол, ибупрофен; консультация психиатра для решения вопроса о лечении делирия.
P2	-	Лечение указано в полном объеме
P1	-	Терапия назначена частично: антибиотики назначены, однако дозы не названы; гемостатическая терапия, консультация психиатра пропущены
P0	-	Лечение назначено неверно
H	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 64 лет, все лето проживала на даче, где использовала для питья некипяченую воду, поступающую из местной речки. За 2

		дня до переезда в город узнала, что река была загрязнена сточными водами. На следующий день после возвращения заболела остро в 5 часов утра, когда почти одновременно с жидким стулом у больной появилась рвота. Стул был водянистым, без запаха, в объеме 5,0 л. (30 раз), многократная рвота без предшествующей тошноты (20 раз), на этом фоне развились судороги мышц нижних конечностей, через 4 ч. от момента заболевания присоединились икота, боли в нижних отделах грудной клетки. Госпитализирована в стационар в тот же день в 15 часов. Состояние при поступлении тяжелое, адинамично. Цианоз губ, кончиков пальцев. Тургор кожи снижен, глаза запавшие, черты лица заострены. Кожа холодная на ощупь. Сухие бледные слизистые ротоглотки и глаз. Голос глухой. Пульс 110 уд/мин., ритмичен, слабого наполнения. АД 70 и 30 мм рт.ст. Тоны сердца значительно приглушены. Число дыханий 25 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастрии. С 5.00 ч. утра не мочилась. Вес больной 73 кг.
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Холера. Тяжелая форма. Дегидратация III степени. Осложнение: Дегидратационный шок. ОПН.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указана форма тяжести, осложнения названы частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснование диагноза
Э	-	Данные эпидемиологического анамнеза (употребление речной воды, загрязненность сточными водами); острое начало болезни с появлением частого (30 раз) жидкого стула водянистого, без запаха, в объеме 5,0 л - холерный энтерит; последующее присоединение многократной (20 раз) рвоты без предшествующей тошноты – холерный гастроэнтерит; отсутствие при этом болей в животе; выраженная слабость, адинамия, судороги, икота, акроцианоз, снижение тургора кожи, запавшие глаза, заостренные черты лица, сухие бледные слизистые, глухой голос; глухость сердечных тонов, тахикардия, артериальная гипотензия; одышка; гипотермия; анурия в течение 10 часов – холерный алгид.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: частично указаны основные клинико-эпидемиологические данные
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Клиническая классификация
Э	-	Стертая, легкая, средней тяжести, тяжелая и очень тяжелая формы холеры, определяющиеся степенью обезвоживания. Выделяют 4 степени обезвоживания в зависимости от объема потерянной жидкости в % отношении от массы тела больного (В.И.Покровский): I степень 1-3% - стертая и легкая формы; II степень 4-6% - форма средней тяжести; III степень 7-9% - тяжелая форма; IV степень свыше 9% - очень тяжелая форма
P2	-	Клиническая классификация указана абсолютно верно

P1	-	Клиническая классификация названа частично: указаны формы тяжести холеры, но классификация дегидратации ошибочна
P0	-	Клиническая классификация не указана
В	4	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологическая: в качестве материала используют испражнения и рвотные массы больного. Предварительный результат исследования через 8-22 часа, окончательный – через 36 часов; ПЦР-диагностика; серологическая: имеет вспомогательное значение, в основном для ретроспективной диагностики. Может быть использована микроагглютинация в фазовом контрасте, РНГА, но лучше – определение титра вибриоцидных антител или антитоксинов (антитела к холерогену определяют ИФА или иммунофлюоресцентным методом); определение гематокрита крови или относительной плотности плазмы крови; содержания электролитов, кислотно-основного состояния; коагулограммы; креатинина, мочевины; определение массы тела больного.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Указано только одно осложнение
P0	-	Осложнения не были интерпретированы
В	5	Лечение
Э	-	Госпитализация в отделение интенсивной терапии. Катетеризация 2-х периферических вен или центральной вены. Основные принципы терапии: а) Восстановление водно-солевого баланса организма – патогенетическая. Включает первичную регидратацию 4 – 6 часов (возмещение потерь воды и солей, возникших до начала лечения) и корригирующую компенсаторную регидратацию (коррекция продолжающихся потерь воды и электролитов). На 1 этапе используют полиионные растворы, предварительно подогретые до 38-40°C. Для первичной регидратации у данной больной можно использовать квартасоль в объеме 9% от массы тела (73 кг) ≈ 6,5 л. Вводят внутривенно со скоростью 80-120 мл/мин. в течение 20-30 мин. – до повышения АД до физиологической нормы, появления мочеотделения, прекращения судорог. Затем скорость инфузии уменьшают. б) Воздействие на возбудителя – этиотропная. Этиотропная: ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь 5 дней.
P2	-	Лечение указано в полном объеме
P1	-	Терапия назначена частично: этиотропная терапия назначена, патогенетическая – названы растворы, которые используют для восстановления водно-солевого баланса, но правила проведения регидратации указаны ошибочно.
P0	-	Лечение назначено неверно
Н	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	<p>Больной М., 19 лет, поступил в инфекционное отделение с жалобами на сильные головные боли, отдающие в затылок, боли в области шеи и спины, тошноту, повторную рвоту. Заболел накануне, когда внезапно появились озноб, головная боль, присоединилась тошнота, температура 39,8С. Присоединились гиперестезия кожных покровов, усилилась головная боль на яркий свет и звуковые раздражители. Был поставлен диагноз: "ОРВИ". Назначены антипиретики. Эффекта нет. Состояние значительно ухудшилось - выросла головная боль, диффузная, распирающего характера, присоединилась многократная рвота, не приносящая облегчения. При осмотре: температура 39,80С, состояние тяжелое, ясное сознание. Пульс 100 уд/мин., АД 110 и 70 мм рт.ст. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц. Давление на глазные яблоки резко болезненно, усиливает тошноту. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского. При люмбальной пункции получена мутная желтоватого цвета спинномозговая жидкость. Давление 400 мм вод. ст. Цитоз–1200 ммЗ, преобладают нейтрофилы (85%), в мазке обнаружены грамотрицательные диплококки, расположенные внутри- и внеклеточно. Реакция Панди +++++. Белок 3,3 г/л, глюкоза 1,5 ммоль/л. Начато внутримышечное введение пенициллина в дозе 24 млн ЕД в сутки. Через 4 часа после начала лечения состояние резко ухудшилось - сознание на уровне сопора, периодическое психомоторное возбуждение и судороги кистей рук. Выражен менингеальный синдром, лицо бледное, акроцианоз, одышка. Пульс 100 уд/мин., АД 160 и 90 мм рт.ст. Психомоторное возбуждение. На глазном дне ступенчатость границ сосков зрительных нервов. Очаговых симптомов не выявлено.</p>
В	1	Клинический диагноз
Э	-	Менингококковая инфекция. Гнойный менингит. Осложнение: Отек и набухание головного мозга.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: в диагнозе не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснование диагноза
Э	-	Диагноз менингококкового менингита поставлен на основании жалоб на сильную головную боль, иррадирующую в затылок, шею и спину, фото- и аэрофобию, тошноту, рвоту; Данных объективного обследования: температура 39,80 С, умеренной ригидности мышц затылка, положительных симптомов Кернинга и Брудзинского; данных исследования спинномозговой жидкости: мутная, желтого цвета, давление 400 мм.водного столба, цитоз - 1200 ммЗ, преобладают нейтрофилы (85%), наличие 3,3 г/л белка, глюкоза 1,5 ммоль/л, реакция Панди +++++. Обнаружение

		внутриклеточно грамотрицательных диплококков в ликворе.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: частично указаны основные клинико-эпидемиологические данные, анализы интерпретированы верно
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Обоснуйте возникшие осложнения
Э	-	Отек и набухание головного мозга. О данном осложнении говорят: резкое ухудшение состояния, спутанность сознания, до уровня сопора, судороги, психомоторное возбуждение, выраженный менингеальный синдром, гемодинамические расстройства (бледность кожи, акроцианоз), одышка, повышение АД до 160и 90мм.рт.ст., ступенчатость границ сосков зрительных нервов при обследовании глазного дна отсутствие очаговых знаков.
P2	-	Обоснование развившегося осложнения проведено верно
P1	-	Осложнение обосновано не полностью: симптомы клиники отека и набухания мозга интерпретированы частично
P0	-	Осложнение не обоснованно
B	4	Врачебная тактика
Э	-	Больной должен находиться в отделении реанимации или палате интенсивной терапии; необходима катетеризация центральной вены; этиотропная терапия: бензилпенициллин в дозе 24-30 млн в сут. (по 4-5 млн x 6 раз в сутки) или цефтриаксон в дозе 2г x 2 раза в сутки. в/м или в/в; дезинтоксикационная терапия: используют раствор Рингера, 10% глюкозу; дегидратационная терапия: лазикс 40-120мг в сутки под контролем диуреза и сернокислая магнезия 20 мл 25% раствора (5 г) в сутки; введение дексаметазона дозе 8-24 мг в сутки; оксигенотерапия, при нарастании неврологической симптоматики перевод на ИВЛ с гипервентиляцией; при возбуждении и судорогах – диазепам; в тяжелых случаях - тиопентал натрия, фенобарбитал.
P2	-	Тактика врача определена верно
P1	-	Терапия назначена частично: этиотропное лечение назначено верно, однако патогенетическая терапия вызвала затруднение
P0	-	Лечение назначено не верно
B	5	Лабораторная диагностика
Э	-	ОАК; исследование СМЖ; бактериоскопия и посев СМЖ; реакция латекс-агломинации(менигококк, пневмококк и гемофильная палочка); ПЦР спинномозговой жидкости; РПГА с менингококковым антигеном.
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика указана частично: нет серологического обследования, не указан посев ликвора
P0	-	Диагностика ошибочна
H	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 50 лет поступила в инфекционное отделение через 8 часов после начала заболевания. Болезнь началась остро: одновременно появились боли по всему животу, тошнота, поднялась температура до 39,00С. Частый (до 15 раз) жидкий необильный стул, с незначительной примесью слизи и крови. Стала нарастать слабость, вялость, присоединилась головная боль. Заболевание связывает с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника. При осмотре вес больной 72,5 кг до болезни вес 74, адинамична, лицо бледное, кожа и слизистые сухие. Пульс 100 уд в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 100 и 60мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой. Живот несколько вздут. При пальпации умеренные боли по всему животу, но особенно по ходу толстого кишечника, больше слева. В левой подвздошной области пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка. Больная отмечает появление тенезмов. В результате комплексной терапии (с включением антибактериальной) через сутки снизилась температура, стал реже стул, исчезли патологические примеси в кале.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
Э	-	Шигеллез клинически, колитический вариант, синдром гемоколита. Среднетяжелая форма, дегидратация 1-й степени. Острое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала, температуры 390 С, выраженного колитического синдрома – частый необильный жидкий стул до 15 раз со слизью и кровью, тенезмы, болезненность при пальпации толстого кишечника, больше слева, где пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка; связь заболевания с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника.
Р2	-	Диагноз сформулирован и обоснован верно
Р1	-	Диагноз сформулирован частично: не указано течение заболевания и вариант. Обоснование проведено с неполным учетом развившихся у пациента симптомов
Р0	-	Диагноз поставлен неверно и соответственно обоснование проведено неверно
В	2	Какие симптомы указывают на среднетяжелое течение болезни?
Э	-	Повышение температуры до 390С, умеренно выраженные симптомы интоксикации – вялость, адинамия, бледность кожных покровов, пульс 100 уд вмин, умеренное снижение АД до 100 и 60мм.рт. ст., глухость сердечных тонов, частота стула до 15 раз, незначительное количество слизи и крови в каловых массах. Дегидратация 1 степени.
Р2	-	Симптомы указаны верно и в полном объеме
Р1	-	Оценка симптомов, указывающих на среднюю тяжесть течения заболевания проведена частично (не обращено внимание на

		гемодинамические критерии, аускультативные)
P0	-	Симптомы указаны неверно
B	3	Назовите возбудителя дизентерии. Какой возбудитель наиболее вероятен в данном случае?
Э	-	Shigelladysenteria(включает в себя шигеллу Григорьева-Шига, Штутцера-Шмитца и Лардж - Сакса); Shigellaflexneri; Shigellaboydii; Shigellasonnei. Учитывая наличие у больной гемоколита, можно предположить в качестве возбудителя S.dysenteria или S.flexneri.
P2	-	Возбудители заболевания и в задаче указаны верно
P1	-	Возбудители инфекции названы, но в случае рассмотренном в задаче указаны ошибочно
P0	-	Возбудители не названы
B	4	Составьте план обследования.
Э	-	ОАК; копроскопия (обнаружение патологических примесей); бактериологическое исследование – посев кала с целью выделения культуры возбудителя; серологическое обследование (РПГА, ИФА, РКА, РСК, реакция агрегатгемоглоцинации).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования представлен частично: нет серологического обследования
P0	-	План обследования не составлен
B	5	Лечение шигеллезов.
Э	-	Госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям; диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень). Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде.Режим питания. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Антибактериальные препараты: цiproфлoксацин 0,5 г x 1 раз в сутки или ампициллин в суточной дозе 4-6 г. Длительность а/б терапии в среднем 5-7 дней. Коррекция водно-солевого баланса (потеря жидкости у больной 74 кг-72,5 кг- 1,5 кг или 2%. Назначают растворы - Оралит (Регидрон, Глюкосолан) из расчета 74000 гр x 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов), в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Для купирования болевого синдрома – дротoverин 0,04 x 3 раза в сутки. Для связывания и выведения токсина назначают энтеросорбенты: смекта/неосмектин 1-2 пакета 2-3 раза в сутки. Для коррекции и компенсации пищеварительной

		недостаточности применяют ферментные препараты – ацетилпепсин и ферменты поджелудочной железы (креон, панкреатин). Так же применяются настои крапивы, шалфея, золототысячника и ромашки.
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение частичное: названа этиотропная терапия; расчет объема вводимой жидкости проведен некорректно, не обращено внимание на необходимую диету и симптоматическую терапию
P0	-	Лечение назначено неверно
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С, 17 лет, работающий помощником повара в кафе, поступил в инфекционное отделение в первые сутки заболевания с жалобами на повышение температуры, слабость, снижение аппетита, тошноту, рвоту (до 4 раз) боли в верхних отделах живота, жидкий стул. Из анамнеза выяснено, что за 12 часов до заболевания ел непрожаренную яичницу. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,3 С, повторная рвота, жидкий обильный зловонный стул, зеленоватого цвета (6 раз). Язык и слизистые ротовой полости умеренно сухие. Живот болезненный при пальпации в эпигастрии и вокруг пупка, симптомов раздражения брюшины нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 85 ударов в 1 минуту. АД 100 и 60мм.рт.ст.. В легких дыхание везикулярное. Вес больного при поступлении – 74 кг(до заболевания 75-76 кг).
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Острая кишечная инфекция, синдромом гастроэнтерита, среднетяжелая форма, дегидратация 1 степени
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указанотечение болезни и осложнение
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз можно поставить на основании клинико-анамнестических данных: острое начало заболевания с одновременным подъемом температуры (до 38,3 0С) и появлением симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, неоднократная рвота, жидкий обильный, зловонный стул, боли в эпигастральной области вокруг пупка), признаков интоксикации (слабость, снижение аппетита, тахикардия, тенденция к снижению АД). Учитывая данные эпидемиологического анамнеза можно предположить сальмонеллезную этиологию кишечной инфекции (за 12 часа до заболевания употреблял в пищу непрожаренную яичницу). Сухость слизистых, потеря жидкости с рвотой и жидким

		стулом (2-3%) позволяют говорить о дегидратации 1 степени (потеря веса 1,5-2 кг).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не учтены эпидемиологические данные и неверно интерпретирована стадия дегидратации
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Лабораторная диагностика
Э	-	Бактериологическое исследование кала, рвотных масс, промывных вод желудка; серологическая диагностика: антигены сальмонелл могут быть обнаружены в крови и моче при помощи ИФА и РГА; для ретроспективной диагностики используют определение специфических антител (РНГА и ИФА). Исследуют парные сыворотки, взятые с интервалом 5-7 суток. Диагностическое значение имеет нарастание титра в четыре раза и более, для установления степени дегидратации и оценки тяжести состояния больного, а также для коррекции проводимой регидратационной терапии определяют Ht и вязкость крови; ОАК; ОАМ; копроскопия; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин).
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: нет обследования для оценки степени дегидратации, серологические реакции указаны не полностью
P0	-	Диагностика проведена неверно
В	4	Лечение
Э	-	Диета: основной вариант стандартной диеты: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Промывание желудка беззондовым методом или зондовым. Регидратационная терапия: при дегидратации I-степени: глюкосолан, (цитроглюкосолан, регидрон) - peros. Проводится в 2 этапа: 1 этап до 2-4 часов, (потеря жидкости 2% 75,5 кг-74 кг=1,5 кг). Расчет объема вводимой жидкости - 74000 гр х 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов; 2 этап - в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Сорбенты: Неосмектин 1 пакетик х 3 раза в день- 5-7 дней (смекта 1п х3 раза). Ферменты: Мезим- форте 1 др. х 3 раза в день 1 месяц, (или креон). Спазмолитики: Дротаверин 0,04 х 3 раза в день.
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме

P1	-	Лечение назначено частично: диета не рассмотрена, расчет объема регидратационной терапии проведен не корректно
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Правила выписки и диспансеризации больного
Э	-	Правила выписки из стационара больных декретированной группы, к которой относится наш пациент: больных выписывают после 2-х контрольных бактериологических исследований кала (первый - через 2 дня после исчезновения клинических проявлений и нормализации стула; второй - через 2 дня после первого.) Пациентов, не выделяющих возбудителя допускают к работе. Работники общественного питания подлежат диспансеризации с ежемесячным однократным бактериологическим исследованием кала. Лиц, выделяющих сальмонеллы, не допускают к основной работе. Если бактериовыделение продолжается более 3 месяцев, их переводят на другую работу на срок не менее года и обследуют 1 раз в 6 месяцев. По истечению этого срока проводят пятикратное исследование кала и однократное желчи с интервалом в 1-2 дня. При отрицательных результатах снимают с учёта и допускают к основной работе; при положительных – отстраняют от работы.
P2	-	Правила выписки и диспансеризации указаны верно
P1	-	Правила выписки и диспансеризации указаны частично: указаны правила выписки, но проведение диспансеризации рассмотрено частично (не указаны сроки отстранения от работы при положительных результатах и обследование по истечению срока)
P0	-	Правила выписки и диспансеризации указаны неверно
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Б., 27 лет, работающий на стройке, вызвал врача на дом на первый день болезни (14 февраля). Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,8С, озноба, головной (лобной, ретроорбитальной области) и мышечных болей, саднения за грудиной. На работе среди коллег имеются случаи заболевания ОРВИ. При осмотре лицо гиперемировано, катаральный конъюнктивит, склерит, ринит соскудным слизистым отделяемым, температура 39,0С. Сухой болезненный кашель, болезненность за грудиной. В зеве яркая гиперемия дужек, язычка, зернистость задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное. Пульс 120 уд/мин., АД 115 и 70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальных знаков нет. При повторном осмотре на 6-й день болезни - температура 37,9С, присоединились боли в боковых отделах грудной клетки, одышка 22-24 в минуту, усилился кашель, который стал влажным со слизисто – гнойной мокротой. Больной бледен, румянец на щеках. В легких с обеих сторон ниже углов лопатки, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 100 уд/мин., АД 115 и 70

		мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот, мягкий безболезненный, стул и мочеиспускание без особенностей. Менингеальных знаков нет.
В	1	Клинический диагноз (в первый день болезни и при повторном осмотре)
Э	-	Грипп, среднетяжелая форма. Осл. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 1.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: развившиеся осложнения указаны частично
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	В пользу гриппа свидетельствует наличие: выраженного интоксикационного синдрома (лихорадка с ознобом, головная боль и боль в глазных яблоках, мышечные боли), умеренного катарального синдрома (сухой кашель, саднение за грудиной, яркая гиперемия ротоглотки, катаральный конъюнктивит, склерит, ринит со скудным отделяемым) в первые дни болезни. Пневмония устанавливается на основании длительного сохранения высокой лихорадки (гипертермия 38,8 до 6-го дня болезни), присоединения болей в грудной клетке, одышки (22-24 в мин), усиления и изменения характера кашля (влажный, с отделением слизистогнойной мокроты), появления влажных хрипов в легких с обеих сторон ниже углов лопаток при аускультации.
P2	-	Диагноз обоснован верно и в полном объеме
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: при обосновании гриппа и развившихся осложнений симптомы указаны частично
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Дифференциальная диагностика
Э	-	Аденовирусная инфекция, парагрипп, инфекционный мононуклеоз, корь, бактериальная пневмония, малярия, брюшной тиф, туберкулез и др.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена частично: дифференциально диагностический ряд указан верно, но не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика не проведена
В	4	План обследования больного
Э	-	ОАК; ОАМ; обследование на грипп (экспресс – диагностика с целью обнаружения антигенов вируса, выявление РНК вируса в мазках слизи методом ПЦР, вирусологический метод (выделение вируса из отделяемого носоглотки, трахеи, бронхов), определение антител к антигенам (РТГА в парных сыворотках крови, РСК, РНГА); рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; анализ мокроты (микроскопия, бактериологическое исследование, 3-х кратное обследование на БК)
P2	-	Диагностика проведена верно

P1	-	Диагностика проведена частично: при обследовании на грипп не указаны вирусологический метод, ПЦР-диагностика; при диагностировании пневмонии отсутствует указание на 3-х кратное исследование мокроты на БК.
P0	-	Диагностика проведена неверно
B	5	Лечение данного больного
Э	-	Этиотропная терапия (противовирусная): осельтамивир 150 мг в сутки на 2 приема – в течении 5 дней, при присоединении пневмонии пролонгация курса 7-10 дней (pegos); антибактериальная терапия при гриппе назначается в случае присоединения вторичной инфекции, в том числе пневмонии: полусинтетические пенициллины (амоксциллин (4-6 г в сутки в/м или в/в), амоксиклав (1,2 г 4 раза в сутки в/в), цефалоспорины (цефтриаксон(1г 1-2 раза в сутки в/м), макролиды (кларитромицин 0,5 г 2 раза в сутки в/в); патогенетическая терапия: дезинтоксикационная (кристаллоидные растворы), десенсибилизирующая терапия (цетиризин 10мг на ночь), отхаркивающие средства (бромгексин 0,004 г 3р/д или амброксол 0,03 г 2-3 р/д), витамины (группы В, аскорбиновая кислота); симптоматическая терапия: жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол).
P2	-	Лечение представлено верно
P1	-	Лечение представлено частично: этиотропная (противовирусная) терапия указана верно; антибактериальная терапия назначена, но приведено обоснование для данной группы препаратов; патогенетическая терапия не в полном объеме
P0	-	Лечение указано неверно
H	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ж., 48 лет, заболел остро: повысилась температура тела до 38,50С, познабливание, боль при движении в суставах конечностей и межпозвоночных соединениях. Ухудшение аппетита, слабость, тошнота, рвота 1-2 раза. Такое состояние сохранялось в течение пяти дней, затем температура тела нормализовалась, уменьшились боли в суставах, но появились «темная» моча, «светлый» кал и яркая желтуха кожи и склер. Гемодинамика АД- 110 и 75 мм.рт. ст., пульс 58 ударов в 1 минуту, ритмичный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сохраняется тошнота. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где пальпируется плотной консистенции край печени, выступающий на 3-4 см из-под реберной дуги. В местах инъекций кровоизлияния. Два месяца назад операция по поводу прободной язвы желудка с переливанием крови.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз

Э	-	Острый вирусный гепатит В (?), желтушный вариант, среднетяжелая форма
P2	-	Предварительный диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен частично: не указана форма тяжести, неверно интерпретировано начало заболевания и эпидемиологический анамнез
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинико-эпидемиологических данных: цикличность течения заболевания с наличием преджелтушного периода и периода желтухи. Преджелтушный период, протекающий в течение 5 дней по смешанному типу (артралгический и диспепсический), характеризуется острым началом с повышением температуры до 38,5 0С, болями в суставах, плохим аппетитом, слабостью, тошнотой, 2-х кратной рвотой). Переход в желтушный период характеризуется снижением температуры тела, уменьшением болей в суставах, появлением «темной» мочи, осветленного кала, яркой желтухи кожи и склер, увеличением размеров печени (при пальпации плотная, болезненная, выступает на 3-4 см ниже реберной дуг), появлением геморрагического синдрома (кровоизлияния в местах инъекций). Клинические данные и данные эпидемиологического анамнеза: манифестный вариант развития в отличие от гепатита С, перенесенная 2 месяца назад операция по поводу прободной язвы желудка с переливанием крови, позволяют предположить у больного диагноз гепатит В. Яркая желтуха кожи и склер, сохраняющаяся тошнота в период желтухи, наличие геморрагического синдрома позволяют говорить о среднетяжелой форме заболевания.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указана цикличность заболевания с характерными симптомами, но не обоснована степень тяжести и отсутствует четкое понимание эпидемиологических данных
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Укажите методы обследования
Э	-	ОАК; ОАМ и желчные пигменты биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, холестерин, глюкоза, протромбиновый индекс, тимоловая проба, белок и белковые фракции В- липопротеиды, триглицериды). иммунологическое исследование, методом ИФА: HBsAg, анти-HBs, анти-HBcIgM / анти- HBcIgG, HBeAg / анти-Hbe, анти-HDV, анти-HCV, анти-NAVIgM, ДНК HBV методом ПЦР, анти-ВИЧ; коагулограмма; УЗИ- органов брюшной полости; группа крови, резус- фактор.
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: не указано обследование на АТ к ВИЧ-инфекции, иммунологическое обследование на гепатиты рассмотрено частично, нет ПЦР диагностики
P0	-	Диагностика проведена неверно

В	4	Лечение
Э	-	Диета: Основной вариант стандартной диеты: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Рекомендуется дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима; дезинтоксикационная терапия в виде дробного питья (до 2,5-4 литров)
P2	-	Лечение назначено верно и в полном объеме
P1	-	Лечение назначено частично: диета рассмотрена частично, назначены иммуномодуляторы, что является необоснованным, дезинтоксикационная терапия в/в
P0	-	Лечение назначено неверно
В	5	Возможное осложнение в виде ОПЭ (печеночная кома)
Э	-	Наиболее тяжелое и серьезное в плане прогноза осложнение- острая печеночная энцефалопатия (печеночная кома): стадия I (прекомаI) -характерны резкое ухудшение состояния больного, уменьшение размеров печени с появлением болей на фоне нарастания желтухи, развитие геморрагических проявлений, появление печеночного запаха изо рта. Нарушаются ориентация во времени и пространстве, координация точных движений. Характерна эмоциональная неустойчивость- апатия, вялость, чувство тревоги, сменяющиеся возбуждением, эйфорией. Брадикардия сменяется тахикардией, инверсия сна; стадия II (прекомаII) -характерно более глубокое нарушение сознания-сопор. Тремор рук, кончика языка, усиливается геморрагический синдром. Печень может стать недоступной при пальпации. Нарастает тахикардия, снижается АД, развивается отечно-асцитический синдром; стадия III (кома III) Потеря сознания. Появляются патологические рефлексы, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, нарастает геморрагический синдром (различного рода кровотечения), отмечается снижение протромбиновой активности и показателей сулемовой пробы, снижается активность трансаминазпри нарастающей гипербилирубинемии. Нарастают признаки сердечно-сосудистой недостаточности, острой почечной недостаточности; стадия IV (глубокая кома) - полное отсутствие сознания, арефлексия, исчезают болевая чувствительность. Больные погибают при явлениях острой сосудистой недостаточности.
P2	-	Одно из наиболее тяжелых осложнений при вирусных гепатитах и клиника данного осложнения (по стадиям) представлены верно
P1	-	Осложнение верно, но при рассмотрении клиники стадии указаны частично

P0	-	Осложнение указано неверно
H	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И. 20 лет заболела остро: поднялась температура тела до 38 С и оставалась повышенной в течение 4 дней. Отмечала слабость, ухудшился аппетит, беспокоила тошнота, тупые боли в правом подреберье. На 5 день болезни появилась иктеричность склер, на 6 день заметила темную мочу и более светлый, чем обычно кал: госпитализирована. При осмотре: кожа и склеры желтушные, в ротоглотке умеренная гиперемия, тоны сердца приглушены, пульс 56 ударов минуту. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень уплотнена, увеличена на 2 см, край закруглен, чувствителен при пальпации. Пальпация поясничной области безболезненная. Моча коричневого цвета. Кал оформлен, осветлен. В сознании, контактна, адекватна.
В	1	Ваш диагноз (обоснуйте его)
Э	-	Острый вирусный гепатит, желтушный вариант, легкая форма. Обоснование: цикличность течения болезни, наличие короткого преджелтушного периода (4 дня) по смешанному типу (интоксикационный, незначительный катаральный, гастроинтестинальный синдромы), гепатомегалии, холестатического синдрома (иктеричность кожи и склер, изменение цвета мочи и кала), брадикардии в разгар в желтухи.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован частично: не обращено внимание на цикличность, синдромы указаны частично
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	2	Выявление каких дополнительных клинических и эпидемиологических данных поможет в постановке диагноза.
Э	-	Уточнение эпидемиологических данных (парантеральные вмешательства, половые контакты, гемотрансфузии, операции за последние полгода, нарушение правил личной гигиены, использование некачественной воды и продуктов питания за последний месяц)
P2	-	Дополнительные данные указаны верно
P1	-	Дополнительные данные указаны частично
P0	-	Дополнительные данные указаны неверно
В	3	Укажите методы лабораторной диагностики, необходимые для подтверждения диагноза.
Э	-	ОАК; ОАМ; кал на стеркобилин; моча на желчные пигменты; биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, протеинограмма, протромбиновый индекс, тимоловая проба,

		щелочная фосфатаза, ГГТ, холестерин);серологические исследования крови (ИФА) скрининговые тесты: анти-НАVIgM, анти-НВcorIgM, HBsAg,анти-НСVIgM, анти-HEVIgM; УЗИ органов брюшной полости
P2	-	Диагностика проведена верно
P1	-	Диагностика проведена частично: не полностью указаны маркеры вирусных гепатитов и биохимический анализ крови
P0	-	Диагностика проведена неверно
В	4	Дифференциальная диагностика
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, лептоспироз, малярия, иерсиниозы, синдром Жильбера, токсические гепатиты, сепсис.
P2	-	Дифференциальная диагностика верна
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена частично: дифференциально диагностический ряд указан не в полном объеме
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	5	Лечение данного больного
Э	-	Постельный/полупостельный режим. Диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Дробный прием пищи в теплом виде до 4-6 раз в сутки. Обильное питье(2–3 литра в сутки). Спазмолитики (дротаверин), поливитамины.
P2	-	Лечение представлено верно
P1	-	Лечение представлено частично: диета рассмотрена частично, симптоматическая терапия не указана
P0	-	Лечение указано неверно
Н	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная А., 18 лет, студентка, заболела остро после переохлаждения: повысилась температура тела до 37,8°С, появились боли в горле при глотании, слабость. К вечеру температура тела достигла 39°С, отмечались озноб, ломота в теле, головная боль. Осмотрена врачом «скорой помощи» и госпитализирована. При осмотре с затруднением открывает рот из-

		за болезненности в горле, слизистая рта гладкая, блестящая без высыпаний. В зеве – яркая разлитая гиперемия, миндалины умеренно увеличены, рельефны, выступают из за дужек на 0,5 см, разрыхлены. На внутренней поверхности миндалин с обеих сторон по ходу лакун, отмечаются налеты серовато-белого цвета в виде полос, не выходящие за пределы миндалин. По характеру налеты рыхлые, легко снимаются шпателем. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, гладкая. Отмечается увеличение и болезненность подчелюстных и шейных лимфоузлов. В детстве проводилась вакцинация согласно календарю прививок.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Лакунарная ангина, среднетяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма и/или тяжесть заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте выставленный диагноз
Э	-	Диагноз «лакунарная ангина» выставлен на основании: острого начала, наличия синдрома интоксикации (озноб, ломота в теле, слабость, повышение температуры до 39°C) и поражение миндалин (боли в горле, разлитая гиперемия в зеве, увеличение миндалин, наличие налетов серовато-бурого цвета легко снимающихся по ходу лакун), регионарной ЛА (увеличение и болезненность верхнечелюстных ЛУ)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Мазок из зева и поверхности миндалин для бактериоскопии, бактериологического исследования и обнаружения антигенов в патологическом материале с помощью ИФА или латекс-агглютинации. Исследование крови на наличие антител к стрептококкам группы А. Обнаружение ДНК стрептококка (ПЦР).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Возможные осложнения
Э	-	Перитонзиллярный абсцесс, острый отит, ревматизм, миокардит, острый гломерулонефрит
P2	-	Возможные осложнения указаны верно
P1	-	Возможные осложнения указаны не полностью
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно
В	5	Основные направления в терапии

Э	-	Постельный режим, диета щадящая, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия (бензилпенициллин, клиндамицин). Кроме того, большинство штаммов стрептококка группы А высокочувствительны к макролидам), десенсибилизирующая терапия
P2	-	Основные направления в терапии указаны верно
P1	-	Основные направления в терапии указаны не полностью
P0	-	Основные направления в терапии указаны неверно
Н	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 22 лет, слесарь, перенес среднетяжелую лакунарную ангину (стрептококковой этиологии), лечился тетрациклином в домашних условиях. Клиническое выздоровление наступило на 8-й день болезни, на 11-й день болезни выписан на работу с рекомендацией явиться на диспансерный прием через 10 дней. Общий анализ крови при выписке в норме. На 9-й день после выписки стал отмечать общую слабость, повышенную потливость по ночам, учащенное сердцебиение при ходьбе. При осмотре выявлены: умеренная тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке. АД – 95 и 60 мм рт.ст. ЧСС – 100 уд/мин, P _s – 100-104 уд/мин, ЧДД – 20-22 в мин. Легкий акроцианоз при физической нагрузке. Видимые изменения суставов отсутствуют. На ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех стандартных отведениях. В крови: L– 8,9*10 ⁹ /л, СОЭ – 26 мм/ч, СРБ – ++
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн: Лакунарная ангина, период реконвалесценции Осл: Острый инфекционный миокардит. СН I степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма или тяжесть заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (за 9 дней до обращения перенес лакунарную ангину, лечение которой проводилось на дому тетрациклином), ухудшения состояния в периоде реконвалесценции с появлением симптомов интоксикации и вегетативной дисфункции (слабость, потливость), признаков поражения сердечной мышцы (сердцебиение, тахикардия, приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке, гипотония, характерные для миокардита изменения на ЭКГ – сглаженность зубца Р, удлинение интервала PQ, незначительное снижение амплитуды зубца Т во всех отведениях) и системного

		воспаления (лейкоцитоз, повышение СОЭ, положительный С реактивный белок), последствий умеренного нарушения сердечной деятельности (акроцианоз при физической нагрузке, одышка).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Существующие или возможные осложнения
Э	-	Лакунарная ангина может иметь осложнения, связанные с иммунопатологическим процессом (миокардит, ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и/или с присоединением вторичной инфекции (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, некротические поражения мягких тканей, септические осложнения). У больного ангина осложнилась миокардитом, СН I степени
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Осложнения указаны не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно
V	4	Составьте план обследования
Э	-	План обследования: а) общий анализ крови в динамике с определением тромбоцитов; б) общий анализ мочи в динамике; в) определение количества общего белка и по фракциям, ревматоидного фактора (РФ), антистрептолизина-О (АСЛО), С-реактивного белка; г) ЭКГ, доплер-эхокардиография.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
V	5	Тактика ведения больного
Э	-	Больного необходимо госпитализировать в терапевтическое отделение с дальнейшей диспансеризацией у кардиолога.
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана неверно
H	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро. Появились познабливание, слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38,50С. На второй день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела увеличенные в размере миндалины и налеты на них, при попытке снять которые открывалась кровоточащая поверхность. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась эритромицином. На 3-й день болезни обратила внимание на

		распространенный отек шеи ниже ключиц и присоединение гнусавости речи, с трудом глотала пищу. К 5-му дню температура нормализовалась, однако отмечала снижение работоспособности, слабость в нижних и верхних конечностях, с трудом передвигалась. Здоровой себя не чувствовала, присоединились неприятные ощущения за грудиной, перебои в работе сердца. Обратилась к врачу поликлиники только на 18-й день болезни. На приеме в ротоглотке миндалины 1 степени рельеф сглажен, заживающая эрозия, умеренная гиперемия, регионарные ЛУ 1 см, отека подкожной клетчатки шеи нет, отмечены аритмия, глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, расширение границ относительной сердечной тупости, брадикардия, парезы периферической мускулатуры, паралич мягкого неба. Во время перехода в кабинет ЭКГ наступила внезапная смерть. На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита с очагами некроза. В анамнезе – отказ от всех прививок по религиозным мотивам.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн. Токсическая дифтерия ротоглотки III степени. Осложнение: Миокардит. Острая сердечная недостаточность. Бульбарный синдром (парез IX пары ЧМН), периферические парезы и параличи верхних и нижних конечностей
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании: острого начала болезни, сочетания выраженного синдрома интоксикации с фебрильной лихорадкой и характерных изменений в ротоглотке (наличие увеличенных миндалин, налетов, трудно снимающихся, оставляющих кровоточащую поверхность), наличии отека шеи, бульбарного синдрома и периферических парезов, параличей, миокардита (аритмия на фоне брадикардии, глухость тонов сердца, систолический шум, расширение границ относительной сердечной тупости, неприятные ощущения в области сердца).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Объясните причину внезапной смерти.
Э	-	Причиной внезапной смерти явилась остановка сердца вследствие острого диффузного миокардита с очагами некроза
P2	-	Причина объяснена полностью
P1	-	Причина объяснена не полностью
P0	-	Причина не объяснена
В	4	Предполагаемое лечение болезни при правильной постановке диагноза?
Э	-	При своевременном обращении показана госпитализация в ПИТ,

		немедленное (после кожной пробы) введение противодифтерийной сыворотки, дезинтоксикационное лечение, антибактериальные препараты. Консультация кардиолога и невролога для коррекции имеющихся осложнений.
P2	-	Лечение указано верно
P1	-	Лечение указано не полностью
P0	-	Лечение указано неверно
В	5	Какие еще возможны осложнения данного заболевания?
Э	-	Возможные осложнения: ИТШ, миокардит, моно- и полинейропатии, токсический нефроз.
P2	-	Осложнения указаны верно
P1	-	Осложнения указаны не полностью
P0	-	Осложнения указаны неверно
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой – при ощупывании шеи выявил увеличенные до 1 см в диаметре и болезненные ЛУ. Температура тела была субфебрильной (37,50С), к врачу не обращался, лечился самостоятельно (жаропонижающие препараты, компрессы на шею). Состояние не улучшалось – на 4-й день появились затрудненное носовое дыхание, отечность век, а к 6-му дню присоединились боли в горле при глотании и повышение температуры до 38,70С. Вызвал участкового врача, который (заподозрив лакунарную ангину) назначил больному ампициллин. На 3-и сутки приёма препарата появилась сыпь на коже туловища и конечностей (обильная пятнисто-папулезная, незудящая). Отмечена также одутловатость лица, увеличение миндалин до II степени с гнойными наложениями в лакунах, а также увеличение ЛУ до 2-3 см в диаметре, незначительная болезненность при пальпации ЛУ (передне-шейных и подмышечных), увеличение печени (+2 см) и увеличение селезенки (+3 см). Направлен на госпитализацию с диагнозом «Корь».
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Осн.: Инфекционный мононуклеоз. Осл.: Сыпь после приема ампициллина
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны форма заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте свой диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании острого начала болезни и наличия

		<p>синдромов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -интоксикации (разбитость, познабливание, повышение температуры до 37,5-38,0С.) - тонзиллита (боль в горле при глотании, увеличение миндалин до II степени с гнойными наложениями в лакунах). - генерализованной ЛА (увеличение и болезненность шейных и подмышечных лимфатических узлов) -экзантемы (обильная незудящая пятнисто-папулезная сыпь, появившаяся после приема ампициллина) -гепатолиенального (увеличение печени и селезёнки)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Ошибки участкового врача? Обоснуйте
Э	-	Диагноз кори поставлен ошибочно, так как отсутствуют пятна Коплика – Филатова, нет склерита и конъюнктивита, сыпь появилась на 9-й день болезни, а не на 4-й как при кори, нет этапности высыпания. При кори отсутствует увеличение печени и селезенки.
P2	-	Ошибки указаны и обоснованы верно
P1	-	Ошибки указаны верно, но не обоснованы
P0	-	Ошибки указаны неверно
В	4	Какие дополнительные лабораторные методы обследования нужны для уточнения диагноза?
Э	-	Необходимо исследовать: общий анализ крови (уточняется наличие лейкоцитоза, лимфоцитоза, атипичных мононуклеаров); функциональное состояние печени (в крови – уровень билирубина, активность трансаминаз и т.д.); провести серологическое обследование с определением антител к капсидному антигену EBV IgM и IgG, антител к раннему антигену EBV IgG, антител к ядерному антигену EBV; тест на выявление ДНК EBV в крови или слюне методом ПЦР, исследование на ВИЧ-инфекцию. При отрицательных результатах обследования на EBV-инфекцию – серологическое исследование и ПЦР на HSV (I, II), CMV, HGVVI.
P2	-	Обследование составлено верно
P1	-	Обследование составлено не полностью
P0	-	Обследование составлено не верно
В	5	Какие лекарственные средства необходимо применить для воздействия на иммунную систему?
Э	-	Возможно применение иммуноглобулинов парентерально (гаптоглобин, пентаглобин), иммуномодуляторов (лавомакс, циклоферон, интерфероны).
P2	-	Лекарственные средства перечислены полностью
P1	-	Лекарственные средства перечислены не полностью
P0	-	Лекарственные средства перечислены неверно
Н	-	016

Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Г., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу «скорой помощи»с жалобами на сильную боль в горле (с иррадиацией в ухо), высокую температуру. Заболела 4 дня тому назад – появилась небольшая боль в горле, повысилась температура тела до 37,80С. В анамнезе – хронический тонзиллит. Лечилась самостоятельно эритромицином. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной – больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести (за счет интоксикации и выраженности локального процесса). Лицо гиперемировано, голова наклонена влево, тризм жевательной мускулатуры. Осмотр ротоглотки затруднен из-за боли в горле. При фарингоскопии удалось выявить односторонний отёк и выбухание слизистой оболочки между миндалиной и задней небо-глочочной дужкой слева, яркую гиперемию ротоглотки, гнойные пробки в лакунах, рубцовое изменение ткани миндалин, увеличение миндалин до III степени, увеличение и болезненность верхних шейных лимфоузлов (также слева). Ps – 100 уд/мин, АД 110 и 70 мм рт.ст. Живот безболезненный, со стороны других органов – без патологии. В крови лейкоцитоз со сдвигом влево, умеренное увеличение СОЭ.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: Хронический тонзиллит в стадии обострения. Осложнение: Левосторонний задний паратонзиллярный абсцесс.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указаны стадия заболевания и/или не указаны осложнения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте ваш диагноз
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании развития болезни на фоне хронического процесса (анамнез, умеренные проявления интоксикации, гипертрофия, рубцовые изменения миндалин с наличием гнойных пробок в лакунах), последующим ухудшением состояния с нарастанием интоксикации (фебрильная лихорадка, озноб, тахикардия), формированием локального очага гнойного воспаления в паратонзиллярной области слева (выраженный болевой синдром и его асимметрия, припухлость шеи слева, односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалин слева, увеличение и болезненность шейных ЛУ слева), наличие в крови лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренного увеличения СОЭ.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью

P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Дополнительные методы обследования
Э	-	Больной необходимо провести консультацию врача ЛОР, ЯМР/КТ шеи, посев с миндалин на флору, проведение экспресс теста на антиген стрептококка.
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны верно
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны неверно
В	4	Тактика ведения больного в данный момент.
Э	-	В данный момент больная нуждается в хирургическом лечении (вскрытие абсцесса), антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии, местно – антисептики.
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана не верно
В	5	Тактика ведения больного после выписки.
Э	-	Больной должен находиться под наблюдением врача ЛОР, терапевта или инфекциониста для предупреждения обострения хронического тонзиллита и формирования возможных осложнений (ревматизм, гломерулонефрит, отит, абсцесс головного мозга и т. д.)
P2	-	Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Тактика ведения больного указана не полностью
P0	-	Тактика ведения больного указана не верно
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной И., 35 лет, болен в течение 3 дней. Отмечает умеренные боли при глотании (справа), слабость. Температура субфебрильная (37,3-37,70С). Никуда не обращался, принимал парацетамол. Бомж, злоупотребляет алкоголем, питание нерегулярное, часто болеет ОРВИ и ангинами, данных о прививках нет. Объективно: сознание ясное, кожные покровы чистые, обычной окраски, истощен. Температура 37,40С. В зеве – умеренная гиперемия миндалин, дужек. Миндалины увеличены (справа – до II степени, слева – до III степени), спайки между миндалинами и небными дужками. На правой миндалине имеется язва, покрытая гнойно-фибринным налетом, пародонтит. Зловонный запах изо рта. Тонзиллярные лимфоузлы увеличены до 1,5-2 см, умеренно болезненные справа. Отёка тканей ротоглотки и шеи нет. Тоны сердца ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот – мягкий, безболезненный.

В	1	Диагноз
Э	-	Ангина Симановского-Плаута-Венсана. Хронический алкоголизм?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснование диагноза.
Э	-	Диагноз поставлен на основании несоответствия выраженности интоксикации (умеренная) характеру локальных изменений (язвенное поражение с фибриным налетом, малоблезненное, одностороннее), наличие пародонтита и зловонного запаха изо рта у пациента с наличием факторов риска развития иммунодефицитного состояния (злоупотребление алкоголем, плохое питание).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного?
Э	-	Заболевание данного пациента необходимо дифференцировать с дифтерией, обострением хронического тонзиллита, кандидозом ротоглотки, поражением миндалин при первичном и вторичном сифилисе. Необходимо также исключить поражение миндалин при ВИЧ – инфекции.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	4	План обследования
Э	-	а) общий анализ крови и мочи, б) бактериоскопия мазка, посев с миндалин на флору, в том числе на коринебактерии), в) обследование больного на ВИЧ (ИФА, иммуноблотинг и т. д.), г) обследование на сифилис, д) консультация нарколога, для постановки диагноза хронический алкоголизм.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальную диагностику между ангиной Симановского-Венсана-Плаута и лакунарной ангиной
Э	-	Общие симптомы: боль при глотании, температурная реакция, интоксикационный синдром. Для лакунарной ангины характерна более высокая температура (39-40 С), сочетание признаков воспаления с гнойными наслоениями в лакунах, которые легко снимаются. Для ангины Симановского-Венсана-Плаута характерен односторонний процесс, наличие язвы на миндалине и несоответствие грубости морфологии и выраженности интоксикационного синдрома, болевого синдрома.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен в полном объеме
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью

P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
H	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Г, 24 года, поступил в инфекционное отделение с жалобами на сыпь на коже, повышение температуры тела до 37,50С-38,70С, чувство дискомфорта в горле при глотании, слабость. Болен около 2-3 недель, к врачу не обращался. Холост. Курит. Употребление наркотиков отрицает. Употребление алкоголя и незащищенный секс не отрицает, постоянного полового партнера нет. За последний месяц существенно похудел, стал неустойчивым стул. Не работает. При осмотре – температура тела 380С, астенического телосложения, на туловище и конечностях имеются элементы макулопапулезной сыпи. В ротоглотке – незначительное увеличение и гиперемия миндалин, рыхлые легко снимающиеся налеты на них (творожистые, крошащиеся, белого цвета) при снятии которых обнаруживается яркая «ламинированная» слизистая. Налеты есть и за пределами миндалин (мягкое небо, дужки, разнообразные по величине и форме, рыхлые, легко снимаются). Отмечается регионарный (верхнешейный, подчелюстной) ЛА, ЛУ 1-1,5 см в диаметре, малоблезненные. Пальпируются также другие группы ЛУ (подмышечные, надключичные, кубитальные) безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, мягкоэластичной консистенцию (до 2 см в диаметре). Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени ниже реберной дуги на 1,5 см плотноватой консистенции, безболезненный.
В	1	Предположительный диагноз?
Э	-	ВИЧ-инфекция (стадия требует уточнения, наиболее вероятно – II, острый ретровирусный синдром), тонзиллит грибковой этиологии.
P2	-	Диагноз указан верно
P1	-	Диагноз указан не полностью
P0	-	Диагноз указан неверно
В	2	Какие дополнительные данные анамнеза важны для постановки диагноза?
Э	-	Перенесенные заболевания. Сексуальные контакты. Парентеральные вмешательства, употребление ПАВ.
P2	-	Дополнительные данные анамнеза указаны верно
P1	-	Дополнительные данные анамнеза указаны не полностью
P0	-	Дополнительные данные анамнеза указаны неверно
В	3	Какие лабораторные исследования проводят в стационаре для

		уточнения диагноза?
Э	-	Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимические исследование крови (АЛТ, АСТ); кровь на маркеры вирусных гепатитов; иммунограмма; исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки бактериологическим методом (посев на флору, коринебактерии, грибы) и микроскопия мазка на грибы. Исследование крови на ВИЧ: определение антигенов ВИЧ и специфических антител (ИФА), реакция иммуноблотинга (для окончательной верификации диагноза), возможно определение РНК ВИЧ (ПЦР). Исследование крови на вирусы герпетической группы методом ПЦР (ДНК HSVI,II;HHVVI, EBV, CMV).
P2	-	Исследования приведены верно
P1	-	Исследования приведены не полностью
P0	-	Исследования приведены неверно
В	4	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	Дифтерия ротоглотки, тонзиллиты (бактериальные, вирусные),EBV-инфекция, лейкоз.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом
Э	-	Общими симптомами является: наличие ангины, лимфаденопатии нескольких групп лимфатических узлов, гепатомегалии. Длительность лихорадки, потеря массы тела, особенности эпиданамнеза требуют необходимости обследования на наличие ВИЧ-инфекции. Для подтверждения инфекционного мононуклеоза необходимы данные лейкоцитарной формулы, в которой процентное содержание моноцитов, лимфоцитов, атипичных мононуклеаров превышает 50%. Необходимо также исследование серологическое исследование для обнаружения антител к вирусам Эпштейн-Барр, цитомегаловирусу, вирусу герпеса 6 типа.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен в полном объеме
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 48 лет, егерь, проживает в сельской местности. Поступил в стационар с диагнозом «Лакунарная ангина?»

		<p>Дифтерия?» на 8-й день болезни. Заболел утром 1 августа: появилось недомогание, слабость, озноб, температура тела 37,60С. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура достигла 390С, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях. Вызванный на дом участковый врач диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, арбидол, жаропонижающие средства. В последующие 2 дня существенного изменения в состоянии не произошло. 4 августа присоединилась небольшая боль (справа) при глотании, а 5 августа – припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура продолжала оставаться высокой (38,5-39,10С), сохранялась умеренная боль в горле, отмечалась припухлость шеи справа. Предложена госпитализация (на 6-й день болезни). При осмотре в приёмном покое больницы – состояние средней тяжести. Температура тела 38,70С. Рот открывает свободно. На правой миндалине на фоне отечности и гиперемии определяется язвочка до 0,5 см в диаметре. Выявлен регионарный лимфаденит справа – поднижнечелюстной и верхнешейные лимфоузлы в виде бубона (увеличены до 3-5 см в диаметре) не спаянного с окружающей тканью, с четкими контурами, умеренно болезненные, кожа над ними не изменена, отёка мягких тканей шеи нет. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. По органам и системам (сердце, легкие) – без особенностей, отмечается гепатоспленомегалия. При уточнении эпиданамнеза выяснено, что всё лето проживал в частном доме в деревне, выходил в лес, пил некипяченую воду из колодца, часто спал в сарае на соломе. В хозяйстве есть корова и свиньи, в доме мыши.</p>
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Туляремия, ангинозно-бубонная форма.
P2	-	Диагноз указан верно
P1	-	Не указана форма заболевания или указана неверно
P0	-	Диагноз указан неверно
В	2	Клинические формы заболевания.
Э	-	Бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно-бубонная, глазо-бубонная, легочная, абдоминальная, генерализованная (тифоидная, септическая).
P2	-	Клинические формы заболевания указаны верно
P1	-	Клинические формы заболевания указаны не полностью
P0	-	Клинические формы заболевания указаны неверно
В	3	Лабораторная диагностика для уточнения этиологии болезни.
Э	-	Определение специфических антител в парных сыворотках (РА, РНГА), определение специфических IgM и IgG(ИФА), бактериологическое исследование, выявление ДНК возбудителя (ПЦР).
P2	-	Лабораторная диагностика перечислена верно
P1	-	Лабораторная диагностика перечислена не полностью
P0	-	Лабораторная диагностика перечислена неверно

В	4	С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Паратонзиллярный абсцесс, тонзиллиты бактериальной и вирусной этиологии, инфекционный мононуклеоз, брюшной тиф, дифтерия.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных эпиданамнеза: проживал в частном доме в деревне, выходил в лес, пил некипяченую воду из колодца, часто спал в сарае на соломе; в хозяйстве есть корова и свиньи, в доме мыши; объективных данных: температура тела 38,70С, на правой миндалине на фоне отечности и гиперемии определяется язвочка до 0,5 см в диаметре; регионарный лимфаденит справа – поднижнечелюстной и верхнешейные лимфоузлы в виде бубона; гепатоспленомегалия
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ф., 22 лет, воспитательница детского сада, больна 5 дней. Начало заболевание острое: температура повысилась до 380С с ознобом и головной болью, появились першение в горле, обильное слизистое отделяемое из носа. Продолжала лихорадить и в последующие дни развился конъюнктивит (на 2-й день – односторонний, а с 5-го дня – двусторонний), отмечались умеренные боли в горле, слезотечение, насморк. Больная госпитализирована. При поступлении (на 6-й день болезни): температура тела 380 С, заложенность носа, слезотечение, в ротоглотке – яркая гиперемия, с характерной множественной мелкой зернистостью по задней стенке глотки. Миндалины гиперемированы, увеличены до 1 степени, на них – островчатый белесоватый налет, легко снимающийся, ограниченный пределами миндалин. Катаральный двусторонний конъюнктивит. Регионарный ЛА (подчелюстной, верхнешейный, затылочный). Последующая динамика благоприятная: к 8-му дню болезни температура нормализовалась, состояние улучшилось, боли в горле прошли, налеты исчезли. Миндалины остались слегка увеличенными.
В	1	Ваш диагноз и его обоснование
Э	-	Острое респираторное заболевание, вероятно аденовирусной этиологии. Диагноз поставлен на основании острого начала

		болезни и сочетания синдрома интоксикации с тонзиллитом, фарингитом и конъюнктивитом, регионарной лимфаденопатии.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
V	2	Какие дополнительные данные эпиданамнеза нужно уточнить?
Э	-	Были ли случаи ОРВИ в детском саду, где работает больная? Были ли контакты по ОРВИ в семье?
P2	-	Данные эпиданамнеза указаны верно
P1	-	Данные эпиданамнеза указаны не полностью
P0	-	Данные эпиданамнеза указаны неверно
V	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, дифтерия, ангина, ОРВИ другой этиологии.
P2	-	Заболевания указаны верно
P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
V	4	Возможные осложнения заболевания?
Э	-	Пневмония, отит, синуситы.
P2	-	Возможные осложнения заболевания указаны верно
P1	-	Возможные осложнения заболевания указаны неполностью
P0	-	Возможные осложнения заболевания указаны неверно
V	5	Лабораторные исследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Серологическое исследование парных сывороток крови для определения нарастания титра специфических антител (РТГА, РН), определение специфических антител класса IgM и IgG (ИФА) в крови; обнаружение антигена аденовирусов в мазке из носа и задней стенки глотки (РИ), определение ДНК методом ПЦР.
P2	-	Лабораторные исследования приведены верно
P1	-	Лабораторные исследования приведены не полностью
P0	-	Лабораторные исследования приведены неверно
H	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Р., 30 лет. Заболел постепенно: вначале появилась небольшая боль в горле при глотании, температура тела повысилась до 37,50С. В течение 3 дней лечился самостоятельно, но улучшения не наступало. Боли в горле усилились, температура повысилась до 380С. Участковым врачом поставлен диагноз «ангина», взят материал с миндалин для бактериологического

		исследования и больной направлен на госпитализацию. При поступлении: температура тела 37,50С. Состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Боли в горле умеренные (при глотании). При осмотре ротоглотки: неяркая застойная гиперемия слизистой оболочки нёба и дужек. Миндалины гиперемированы, увеличены до II степени, рельеф их сглажен. На обеих миндалинах фибриновые налеты сероватого цвета, носящие островчатый характер (до 0,5 см), не выходящие за пределы миндалин, шпателем снимаются с усилием, слизистая оболочка под ними кровоточит, а сам налёт плотный, на стекле не растирается. Отмечается увеличение регионарных ЛУ (углочелюстных). Отека шеи нет.
В	1	Диагноз и его обоснование.
Э	-	Локализованная дифтерия ротоглотки (островчатая форма). Диагноз поставлен на основании сочетания синдрома интоксикации (умеренно выраженного) и поражения миндалин с их отеком, наличием характерных островчатых налетов (фибриновые, сероватого цвета, плотные, с трудом снимающиеся с образованием кровоточащей поверхности, не растирающиеся на стекле) с малой интенсивностью болевого синдрома и формированием регионарной ЛА.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но обоснован неверно или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Действие дежурного врача инфекционного стационара для подтверждения диагноза.
Э	-	До назначения антибактериальной терапии необходимо взять материал (слизь и пленки с края пораженной поверхности) для микроскопии, бактериологического исследования, детекции нуклеиновых кислот (ПЦР). После выделения чистой культуры определяется токсигенность коринебактерий. Кровь на антитоксические антитела до введения сыворотки (РНГА).
P2	-	Действие дежурного врача указаны верно
P1	-	Действие дежурного врача указаны не полностью
P0	-	Действие дежурного врача указаны неверно
В	3	Возможные осложнения.
Э	-	ИТШ, миокардиты, моно-, полирадикулоневропатии, токсический нефроз.
P2	-	Возможные осложнения указаны верно
P1	-	Возможные осложнения указаны не полностью
P0	-	Возможные осложнения указаны неверно
В	4	С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Инфекционный мононуклеоз, тонзиллиты различной этиологии (бактериальные и вирусные), сифилис, туляремия, стоматиты, кандидоз, химические ожоги полости рта.
P2	-	Заболевания указаны верно

P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
В	5	Тактика лечения больного.
Э	-	Госпитализация, постельный режим 5-7 суток, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки (в/м по Безредко); антибактериальная терапия (макролиды или преоральныеβ-лактамы), дезинтоксикационная терапия.
P2	-	Тактика лечения больного приведена верно
P1	-	Тактика лечения больного приведена не полностью
P0	-	Тактика лечения больного приведена неверно
Н	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная М., 17 лет, школьница, заболела остро 5 августа, когда повысилась температура тела до 39,20С, отмечались слабость, головная боль, приступообразные боли в животе, боли в мышцах. Беспокоила боль в горле, усиливающаяся при глотании. На следующий день участковый врач обнаружил изменения в ротоглотке, а 7 августа больная была госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «Ангина».</p> <p>При осмотре температура 380С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. В ротоглотке на фоне яркой гиперемии на нёбных дужках, мягком небе, язычке, миндалинах, задней стенке глотки – везикулы светло-серого цвета, диаметром 1-3 мм, окаймлены красным ободком, а также единичные округлые язвочки (эрозии). На миндалинах пузырьков меньше, чем на небных дужках и задней стенке глотки. Отмечается незначительное (I степени) увеличение регионарных ЛУ, они малоблезненны. По другим органам и системам – без особенностей. В общем анализе крови – лейкопения с относительным лимфоцитозом.</p>
В	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его
Э	-	Энтеровирусная инфекция. Герпангина. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, сочетания синдрома интоксикации и характерных изменений в ротоглотке в виде небольших везикул, окаймленных красным ободком, и эрозий на фоне умеренной гиперемии слизистой, сопровождающихся развитием регионарного лимфаденита и лейкопении с относительным лимфоцитозом. В пользу энтеровирусной инфекции говорят также молодой возраст пациентки и летняя сезонность.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Какие дополнительные данные анамнеза надо уточнить и с какой целью?
Э	-	Уточнение эпидемиологических данных: были ли случаи заболевания с повышением температуры среди окружающих (возможность развития групповой заболеваемости)
P2	-	Данные анамнеза указаны верно, цель указана верно
P1	-	Данные анамнеза указаны верно, цель указана неверно
P0	-	Данные анамнеза указаны неверно, цель указана неверно
В	3	Какие лабораторные методы для этиологической диагностики используются в данном случае?
Э	-	Серологическое исследование – определение антител к энтеровирусам в парных сыворотках крови (РТГА, РСК), специфических IgM и IgG (ИФА), обнаружение РНК вируса в крови (ПЦР).
P2	-	Методы диагностики указаны верно
P1	-	Методы диагностики указаны не полностью
P0	-	Методы диагностики указаны неверно
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Тонзиллиты вирусной и бактериальной природы, дифтерия ротоглотки, инфекционный мононуклеоз, кандидоз ротоглотки, инфекция вызванная HSV1,2.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Лечение и профилактика.
Э	-	Применение дезинтоксикационных и симптоматических средств.
P2	-	Оценочная рубрика: 2 балла по вопросу 5
P1	-	Оценочная рубрика: 1 балл по вопросу 5
P0	-	Оценочная рубрика: 0 баллов по вопросу 5
Н	-	023
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
И	17	ИНСТРУКЦИЯ
У	-	Больной В., 48 лет, журналист. Обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38,5оС в течение 3 дней. Диагностирован грипп, назначена симптоматическая терапия. Состояние не улучшалось. Госпитализирован на 9 день болезни. Жалуется на слабость, головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один, в отдельной квартире. Часто бывает в зарубежных командировках, последний раз месяц назад (США). При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет.

		<p>Увеличение отдельных лимфатических узлов на шее и в аксиллярной области до размера 1-1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс 96 уд. мин., АД 130/90 мм.рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5-2 см изпод края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края.</p> <p>Общий анализ крови на 10 день болезни: лейкоцитов $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз. – 1%, п/я – 10%, с/я – 20%, лимф. – 60%, мон. – 9%, СОЭ – 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.</p>
В	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его.
Э	-	ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений. Мононуклеозоподобный синдром. В пользу данного диагноза свидетельствует лихорадка, увеличение двух групп лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, картина крови (отсутствие лейкоцитоза, относительный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары).
P2	-	Диагноз поставлен верно, обоснован полностью
P1	-	Диагноз поставлен верно, не обоснован или диагноз поставлен не полностью, обоснован частично.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие данные необходимо выяснить при сборе эпидемиологического анамнеза?
Э	-	Необходим детальный половой анамнез, данные о переливании крови, парентеральных процедурах, употреблении наркотиков.
P2	-	Эпидемиологического анамнез собран верно
P1	-	Эпидемиологического анамнез собран не полностью
P0	-	Эпидемиологического анамнез собран неверно
В	3	Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.
Э	-	В клиническую картину брюшного тифа не укладывается увеличение лимфоузлов, тахикардия, отсутствие тифозного статуса, картина крови (наличие атипичных мононуклеаров). Несмотря на наличие в крови атипичных мононуклеаров диагноз инфекционного мононуклеоза менее вероятен в связи с возрастом больного; отсутствием ангины, фарингита; симметричного увеличения латеральных шейных лимфоузлов; отсутствием лейкоцитоза в крови
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно с обоими заболеваниями
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен верно только с одним из заболеваний
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно с обоими заболеваниями
В	4	Назначьте план обследования для подтверждения диагноза
Э	-	ИФА для определения антител к ВИЧ и при получении

		положительного результата – исследование крови методом иммуноблота.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен частично
P0	-	План обследования составлен неверно
В	5	Назначьте обследование для исключения брюшного тифа инфекционного мононуклеоза
Э	-	Посев крови и желчный бульон, РПГА с брюшнотифозным антигенным комплексом, кровь на anti-EBV IgM, авидность anti-EBV IgG, anti-EBV IgM (иммуноблот).
P2	-	Составленное обследование позволит исключить оба заболевания
P1	-	Составленное обследование позволит исключить только одно из заболеваний
P0	-	Составленное обследование не позволит исключить ни одно из заболеваний
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, беден, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, преимущественно шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка 28 в мин, при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен левосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождающий больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем – рвота, судороги, дезориентация. При лабораторном исследовании в иммунном статусе значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови – анемия, лейкоцитопения. При проведении компьютерной томографии мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отечной тканью.</p>
В	1	С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией? Обоснуйте свое предположение
Э	-	У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний скорее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с

		прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).
P2	-	Ответ верный, обоснован
P1	-	Ответ верный, но обоснован неверно или не обоснован
P0	-	Ответ неверный
B	2	Назначьте лабораторное обследование.
Э	-	В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита и данным компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отеочной тканью) необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном и ПЦР-диагностика.
P2	-	Лабораторное обследование назначено верно
P1	-	Лабораторное обследование назначено не полностью
P0	-	Лабораторное обследование назначено неверно
B	3	Какова тактика лечения больного?
Э	-	Лечение комплексное. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамина (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). В случае успешного лечения, назначение пириметамина и сульфадиазина – пожизненно.
P2	-	Тактика лечения больного указана верно
P1	-	Тактика лечения больного указана не полностью
P0	-	Тактика лечения больного указана неверно
B	4	Какая стадия ВИЧ-инфекции имеется у больного? Обоснуйте.
Э	-	Стадия IVB, фаза прогрессирования, о чем говорит поражение ЦНС и (косвенно) малое количество клеток CD4.
P2	-	Стадия указана верно, обоснована
P1	-	Стадия указана верно, обоснована неверно или не обоснована
P0	-	Стадия указана неверно
B	5	С какими видами поражений ЦНС необходимо дифференцировать церебральный токсоплазмоз при ВИЧ-инфекции?
Э	-	Лимфома головного мозга и другие опухоли, СПИД-дементный синдром, мультифокальная лейкоэнцефалопатия, туберкулема.
P2	-	Заболевания указаны верно
P1	-	Заболевания указаны не полностью
P0	-	Заболевания указаны неверно
H	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 56 лет. Заболел остро 14.05 около 18 часов. Отметил

		<p>сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела - 40,6°C. Вызвал «скорую помощь», был поставлен диагноз «грипп»; назначено обильное питьё и полоскание горла, жаропонижающие препараты. Ночью спал перерывами. Утром головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на поражённой коже появились пузыри. На 2-й день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжёлое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охвативший голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отёчная. На тыле стопы имеются пузырьки 3×4 см, напряжённые, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними – «розовое пятно». Ороговевание кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110 и 60 мм рт. ст. В лёгких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Основной: Буллезно-геморрагическая рожа правой голени, тяжёлое течение болезни. Сопутствующие: микоз стоп, ожирение</p>
P2		Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма и/или степень тяжести заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	<p>Острое начало болезни с гипертермией до 41 С, выраженного интоксикационного синдрома; локализация местного воспалительного процесса на нижней конечности; развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой и пузырями, заполненными геморрагическим содержимым; развитие регионарного лимфаденита; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое; наличие предрасполагающих факторов (микоз стоп, ожирение).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Определите терапевтическую тактику, назначьте лечение.
Э	-	<p>В связи с тяжестью течения болезни показана госпитализация. Препарат выбора – пенициллин в суточной дозе 6 млн. ЕД в/м. Препараты резерва: цефалоспорины 1 поколения (цефазолин) в суточной дозе 3-6 г в/м 10 дней и клиндамицин в суточной дозе 1,2-2,4 г в/м. При буллезно-геморрагической форме рожи оправдано назначение комбинированной антибактериальной</p>

		терапии бензилпенициллина в указанной дозировке и ципрофлоксацина (800 мг в/в капельно); бензилпенициллина и клиндамицина в указанных дозировках, дезинтоксикационная терапия: парентерально 5% глюкоза, полиионные растворы с добавлением 5-10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; 60-90 мг преднизолона. Целесообразно вскрытие пузырей с последующим УФО, примочки с фурациллином.
P2	-	Лечение назначено верно
P1	-	Лечение назначено не в полном объеме
P0	-	Лечение назначено неверно
B	4	Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?
Э	-	Серозно-геморрагическое воспаление кожи с вовлечением в процесс капилляров и лимфатических сосудов кожи.
P2	-	Морфологический субстрат болезни указан верно
P1	-	Не отмечено вовлечение в процесс капилляров или лимфатических сосудов
P0	-	Морфологический субстрат болезни указан неверно
B	5	Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.
Э	-	Микоз стоп и ожирение - предрасполагающие факторы к развитию рецидивирующей рожи. Больной должен быть направлен в кабинет инфекционных болезней для диспансерного наблюдения. Необходимы лечение и профилактика микоза стоп, ожирения. Введение бицилина 5 в дозе 1,5 млн ЕД однократно с интервалом 6 месяцев.
P2	-	Обосновано верно, план составлен верно
P1	-	Обосновано верно, план составлен не полностью
P0	-	Обосновано неверно, план составлен неверно
H	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 45 лет, поступил в тяжелом состоянии, без сознания. Со слов сопровождающих родственников известно, что болен третий день. Заболевание началось остро, с ознобом, температурой 40,2°C, головной болью. Кроме того, были рвота, боли в грудной клетке. На второй день присоединился кашель с мокротой. Эпидемиологические данные: прилетел из Пакистана, где работал на стройке, где были крысы. Заболел в день приезда. Объективно: Состояние крайне тяжелое. На вопросы не отвечает. Акроцианоз и заострившиеся черты лица, двигательное возбуждение. Кашель с кровянистой мокротой. Дыхание: справа в нижней доле небольшое количество сухих и влажных хрипов на фоне ослабленного дыхания с обеих сторон. Перкуторно изменений не выявляется. ЧДД 32. Тоны сердца глухие, пульс 140 уд/мин, слабого

		наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой с белым налётом. Печень и селезёнка увеличены.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Чума, первичная, легочная форма. Инфекционно-токсический шок. ДН 3 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы или без указания осложнений
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Данные эпиданамнеза; острое начало болезни и бурное её развитие; гипертермия до 40,2 С, на фоне резко выраженного интоксикационного синдрома с первых дней кашель с кровавистой мокротой, боли в грудной клетке, сильная одышка; скудные физикальные данные в легких, что не соответствует крайне-тяжелому состоянию больного (акроцианоз, заострившиеся черты лица, двигательное возбуждение, глухие тоны сердца, тахикардия, гипотензия).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Назначьте план обследования.
Э	-	Обследования в лаборатории ООИ. ОАК, ОАМ; Бак.анализ: мокрота, кровь, рвотные массы, моча. РСК, РНГА, РТПГА, ИФА. ПЦР. Правила забора материала и его транспортировки строго регламентированы «Международными медико-санитарными правилами». Персонал работает в противочумных костюмах. Рентгенологическое исследование ОГК: можно увидеть увеличение медиастанальных лимфоузлов, очаговую, лобулярную, реже псевдолобулярную пневмонию, при тяжелом течении – РДС.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения.
Э	-	Внутримышечно: стрептомицин 0,5 г 3 р/д 10 дней, гентамицин 0,16 г 3 р/д 10 дней, амикацин 0,5г 3 р/д 10 дней; внутривенно ципрофлоксацин 0,2 г 2 р/д 7 дней, цефтриаксон 2,0 г 2 р/д 7-10 дней. дезинтоксикация терапия: инфузионно 5-10% глюкоза, полиионные растворы до 40-50 мл/кг в сутки, коррекция дыхательной недостаточности, ДВС-синдрома. Симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз

Э	-	С крупозной пневмонией, легочной формой сибирской язвы.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
Н	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 60 лет, поступил в инфекционное отделение 1 января в 16 часов на 6-й день болезни в крайне тяжелом состоянии. Жалобы: резчайшая одышка, чувство нехватки воздуха, кашель с пенистой кровяной мокротой, головная боль с локализацией в лобно-височных областях, слабость, ломота в мышцах и костях, повышение температуры до 39°C. Заболевание началось остро с температуры и головной боли. Все дни температура держалась в пределах 38,1–39,7°C, присоединился сухой кашель, небольшой насморк. Дома принимал аспирин, постельный режим не соблюдал. На 6-й день болезни состояние резко ухудшилось: появилась кровянистая мокрота, затруднение дыхания. Эпиданамнез: неделю назад был контакт с больной дочерью (катаральные явления, повышенная температура).</p> <p>Объективно: состояние крайне тяжёлое. Менингеальных знаков нет. Температура 39°C. Сознание заторможенное.</p> <p>Выраженная одышка (ЧДД до 50 в мин.) Цианоз губ, кончика носа и ногтей. Сыпи на коже нет. Зев гиперемирован. Тоны сердца глухие, аритмичные (единичные экстрасистолы). Пульс напряжённый, аритмичный. В лёгких рассеянные, сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Осн.: Грипп, тяжелое течение. Осл: Двусторонняя полисегментарная пневмония, ОДН 2-3ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания осложнений
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни с повышением температуры до фебрильных цифр и выраженных симптомов интоксикации; последующее присоединение проявлений респираторного синдрома, а на 6 день болезни – признаков тяжелой пневмонии с дыхательной недостаточностью; данные эпиданамнеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно

В	3	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, рентгенография ОГК, Мазок из носоглотки РНИФ, ИФА, ПЦР-исследования, РТГА, РСК, РНГА.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения.
Э	-	Этиотропная терапия: Противовирусная – Тамифлю (Осельтамивир 75 мг 2 р/д внутрь или Реленза (Занамивир) ингаляционно 5 дней. Антибактериальная терапия: Цефалоспорины 3-го поколения (Цефтриаксон 2,0 в/в+макролиды (Азитромицин 500 1 р/д), противошоковая терапия, пентаглобин, дезинтоксикация, респираторная поддержка, коррекция нарушения КОС и электролитов, десенсибилизация, при необходимости ИВЛ.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Показания к госпитализации больных гриппом
Э	-	Госпитализации подлежат больные с тяжелым или осложненным течением гриппа, а также с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, синдромальным показанием для госпитализации относят: высокую лихорадку, нарушение сознания, многократную рвоту, менингеальный синдром, геморрагический синдром, судорожный синдром, ДН, ССН.
Р2	-	Показания перечислены верно
Р1	-	Показания перечислены не полностью
Р0	-	Показания перечислены неверно
Н	-	028
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ф., 47 лет болен 4-й день. Заболел остро: повысилась температура до 38°C, присоединилась головная боль, слабость. На 3-й - день болезни появилась умеренная боль в горле при глотании, усилилась слабость, сохранилась фебрильная температура. Обратился к врачу – диагностирована ангина. Назначен эритромицин, полоскание зева раствором фурациллина, димедрол, обильное питьё. К 4-му дню болезни температура снизилась до 37,5°C, однако общее состояние ухудшилось – усилилась слабость, стал вялым, адинамичным, обратил внимание на бледность кожи. Госпитализирован. В приёмном отделении: состояние средней тяжести. Температура 37,4°C. Вял. Бледен. В зеве застойно-синюшная гиперемия и отёк слизистой миндалин. На

		миндалины серо-грязные налёты, выступают над поверхностью, с трудом снимаются шпателем, оставляя кровоточащую поверхность. Плёнка не растирается между шпателями. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, эластичные, не спаяны между собой. Пульс - 90 ударов в мин., ритмичен. АД - 115/70 мм рт. ст.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Дифтерия ротоглотки, локализованная форма
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Диагноз поставлен без указания формы заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, фебрильная температура, умеренная боль в горле при глотании, снижение температуры на фоне прогрессирующего ухудшения состояния, характерные изменения в зеве: застойно-синюшная гиперемия, отек слизистой миндалин, серо-грязные налёты, выступающие над поверхностью миндалин, с трудом снимающиеся шпателем, оставляющие кровоточащую поверхность, пленка не растирается шпателем.
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
Э	-	Лакунарная ангина, инфекционный мононуклеоз, язвенно-некротическая ангина Симановского-Плаута-Венсана, ангинозно-бубонная туляремия, сифилитическая ангина, грибковые поражения ротоглотки.
Р2	-	Заболевания перечислены верно
Р1	-	Заболевания перечислены не полностью
Р0	-	Заболевания перечислены неверно
В	4	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, ЭКГ, бактериологический анализ мазка из носа и ротоглотки.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно
В	5	План лечения.
Э	-	Противодифтерийная сыворотка 10-20 МЕ, антибактериальная терапия: пенициллин, цефалоспорины, макролиды 5-8 дней, дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	029

Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Л., 18 лет, заболел остро 22 мая после переохлаждения, когда в 12 часов внезапно появились озноб, сильные головные боли и чувство жара. К вечеру обратился в поликлинику. Температура 37,5°C. Пульс 90 уд/мин. АД 105/60 мм рт.ст. В зеве небольшая гиперемия. Менингеальных знаков нет. Отпущен домой. Поставлен диагноз: «ОРВИ». Ночью состояние резко ухудшилось, нестерпимая головная боль, температура достигла 39°C, отмечалась двукратная рвота. Постепенно стал адинамичен. Перестал отвечать на вопросы. Вызвана скорая помощь, госпитализирован в ИРО.</p> <p>При осмотре: бледен, в сопоре, пульс - 120 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст., тоны сердца резко приглушены. Отмечена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского, очаговых знаков нет, кожные покровы чистые. При люмбальной пункции в ликворе: 857 клеток, преобладают нейтрофилы (92%) ,обнаружены грамотрицательные диплококки.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Менингококковая инфекция. Менингит.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы заболевания или этиологии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни и ее бурное развитие: гипертермия 39 С, нестерпимая головная боль, рвота, выраженный менингеальный синдром, сопор, на первых сутках болезни; обнаружение нейтрофильного плеоцитоза и грамм-отрицательных диплококков в ликворе.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Классификация клинических форм менингококковой инфекции
Э	-	Локализованные формы: носительство, назофарингит; генерализованные формы: менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма; другие редкие формы: артрит, полиартрит, иридоциклит, пневмония, эндокардит.
P2	-	Приведена полная классификация клинических форм менингококковой инфекции
P1	-	Приведена неполная классификация клинических форм менингококковой инфекции (не указаны 1-2 формы)
P0	-	Приведена неполная классификация клинических форм менингококковой инфекции (не указаны 3 и более формы) или классификация приведена неверно

В	4	Назначьте план обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, анализ спинномозговой жидкости (цитоз, биохимические исследования, ИФА, латекс- агглютинация, ПЦР, микроскопия по Граму), микробиологические методы, материал желательно забирать до начала антибактериальной терапии и доставлять в лабораторию немедленно. РЛА для выявления антигена менингококка в спинномозговой жидкости, ПЦР позволяет подтвердить диагноз более чем у 90 % больных. РПГА парных сывороток.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
	5	План лечения.
В	-	Пенициллин 4 млн.ед 6 р/д в/м, цефтриаксон 2,0 г 2 р в/в., левомицетин-сукцинат 1,0 г 3-4 р в/м. Длительность антимикробной терапии зависит от сроков санации СМЖ и составляет 5-10 дней. При снижении цитоза ниже 100 кл в 1 мкл и количестве нейтрофилов ниже 30% при менингококковом менингите СМЖ стерильна. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная-5% глюкоза+полиионные растворы, дегидратация (наиболее часто фуросемид в суточной дозе 20-40 мг максимально 80 мг), анальгетики и седативные препараты.
Э	-	План лечения составлен верно
P2	-	План лечения составлен не полностью
P1	-	План лечения составлен неверно
P0		
Н	-	030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная З., 27 лет, поступила в стационар 30 октября. Больна с конца августа. Заболевание началось остро. После выкидыша поднялась температура тела до 39°C. Отмечались ознобы, повышенная потливость, стала отмечать увеличение голеностопных и лучезапястных суставов. Лечилась в ЦРБ. Диагноз: «ревматоидный полиартрит». Проводилось лечение пенициллином, аспирином. Эффекта не было. После 10-дневного лечения левомицетином, температура снизилась до субфебрильных цифр. Вторая лихорадочная волна с температурой до 40°C отмечена в начале ноября. Вновь стали беспокоить ознобы, потливость, присоединились резкие боли в поясничной области, отечность и нарушение функций правых коленных и голеностопных суставов. Эпидфактор: живет в деревне, имеет в хозяйстве овец. Пьет кипяченое молоко. Все животные содержатся вместе. Весной во время окота были мертворожденные ягнята. При поступлении температура 40°C. Отмечаются повышенная потливость, отечность, болезненность и ограниченность

		подвижности правого коленного и голеностопного суставов. Выявлен микрополиаденит. Дыхание везикулярное. Пульс 120 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижние границы печени на 2 см ниже реберной дуги. Печень мягкая, эластичная. Пальпируется селезенка.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Острый бруцеллез.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма (течение) заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Длительность заболевания 2 месяца, высокая лихорадка с тенденцией к волнообразному течению (снижение температуры до субфебрильных цифр на фоне лечения левомицетином, с последующим повышением после прекращения антимикробной терапии); повторные приступы озноба и пота; удовлетворительной самочувствие больной на фоне высокой и очень высокой температуры; проявление артрита в крупных суставах нижних конечностей, микрополиаденит, гепатолиенальный синдром; выкидыш в анамнезе; яркий эпиданамнез: имеет овец в личном хозяйстве, у которых во время окота были мертворожденные ягнята
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Проведите дифференциальную диагностику
Э	-	Острый бруцеллез следует дифференцировать от заболеваний с высокой лихорадкой. Основное отличие бруцеллеза – удовлетворительное самочувствие больных при высокой температуре. При некоторых заболеваниях (лимфогранулематоз, туберкулез) самочувствие также может оставаться удовлетворительным при высокой температуре. Но для этих заболеваний характерны органые поражения: значительное увеличение какой-либо группы лимфатических узлов, изменение в легких. При остром бруцеллезе нет очаговых органых поражений, бывают лишь увеличенные печень и селезенка.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	4	Назначьте план обследования.
Э	-	ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови (билирубин, АЛТ, АСТ), бактериологический анализ крови, реакция Райта, Хеддлсона РПГА с бруцеллезным эритроцитарным антигеном, ИФА-определение IgG и IgM, ПЦР, пробы Бюрне или реакция лейколиза. ЭКГ, УЗИ ОБП, рентгенография позвоночника, суставов.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью

P0	-	План обследования составлен неверно
B	5	План лечения.
Э	-	<p>Антибактериальная терапия продолжительностью 1,5 месяца. Рекомендуемые схемы:</p> <p>доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/д + стрептомицин в/м 1,0 г сутки первые 15 дней,</p> <p>доксициклин внутрь по 100 мг 2 р/д+рифампицин внутрь 600 -900 мг сутки в 1-2 приема;</p> <p>ко-тримоксазол внутрь по 960 мг 2 р/д + рифампицин внутрь 600 мг 1-2 р сутки или стрептомицин в/м 1,0 г сутки первые 15 дней.</p> <p>Эффективны также комбинации доксициклина с гентомицином и рифампицина с офлоксацином. Кроме того, применяются дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, НПВС.</p>
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
H	-	031
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,9оС, появление резкого отека правой руки. Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна появилась пустула с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пустула лопнула и на ее месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие ухудшилось: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 38,5оС.</p> <p>При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация ее безболезненная. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка. По краю корки – темно-багровый венчик, на котором видны везикулы с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненны. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, болезненные при пальпации. Эпиданамнез: больной постоянно живет в городе. Никуда не выезжал. Работает в кооперативе специалистом по выделке шкур животных. Контакт с инфекционными больными отрицает.</p>
B	1	Поставьте и обоснуйте диагноз
Э	-	Сибирская язва, кожная форма, среднетяжелое течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику
Э	-	Дифференциальный диагноз следует проводить с фурункулезом, туляремией, чумой, трофической язвой
Р2	-	Заболевания перечислены верно
Р1	-	Заболевания перечислены не полностью
Р0	-	Заболевания перечислены неверно
В	3	Тактика участкового врача
Э	-	Необходима экстренная госпитализация. Подать экстренное извещение в органы санэпиднадзора. Выявить контактных
Р2	-	Тактика участкового врача указана верно
Р1	-	Тактика участкового врача указана не полностью
Р0	-	Тактика участкового врача указана неверно
В	4	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании: начала болезни с появления кожных изменений с последующим присоединением синдрома интоксикации; характерной динамики развития местных изменений (зудящее пятно – пузырек – язва, покрытая черной коркой); наличия выраженного отека и регионарной ЛА, венчика, гиперемии и вторичных пузырьков вокруг язвы; безболезненности очага поражения; эпидемиологических данных, свидетельствующих о возможном контакте с сырьем животного происхождения (работа с сырьем животного происхождения).
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	5	Специфическая терапия при сибирской язве
Э	-	Этиотропная терапия: при кожной форме ампициллин 2,0-3,0 г в/м 4 р/д до 14 дней, ципрофлоксацин в/в по 500 мг 2 р/д 10 дней. Возможно применение доксицилина, рифампицина, гентамицина. Для воздействия на иммунитет вводят специфический противосибирезвенный иммуноглобулин 20-100 мл в/м в зависимости от тяжести состояния.
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	032
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «Дифтерия ротоглотки». Больна 2-й день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8°С, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле

		усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8°C. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, бледный носогубный треугольник. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины увеличены, рельеф сохранен, с островчатыми наложениями желто-белого цвета обеих сторон, легко снимающимися шпателем. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110 и 60 мм рт. ст. Пульс 100 уд/мин. Из эпидемиологического анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом «дифтерия».
В	1	Предположительный диагноз.
Э	-	Лакунарная ангина средней степени тяжести
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Неверно указана форма заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз
Э	-	Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом, ангиной Симановского-Венсана-Плаута. При дифтерии ротоглотки на миндалинах фибриновые пленки, трудно снимаемые, с наличием кровоточащих дефектов. Пленки плотные, плохо растираются шпателем, тонут в воде. При инфекционном мононуклеозе имеются признаки тонзиллита, которые не купируются применением антибиотиков. Тонзиллит сопровождается увеличением подчелюстных, заднешейных и других групп лимфоузлов, гепатолиенальным синдромом. В лейкоцитарной формуле лимфоциты и моноциты в сумме более 50%. Ангина Симановского-Венсана-Плаута характеризуется слабовыраженными интоксикационным и астеническим симптомами (температура нормальная или субфебрильная), умеренный болевой синдром в ротоглотке, малобезболезненные лимфоузлы, эрозии-язвы на миндалинах, преимущественно односторонний процесс.
Р2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
Р1	-	Дифференциальный диагноз проведен не со всеми заболеваниями
Р0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Назначьте план обследования для исключения дифтерии
Э	-	Для исключения дифтерии необходимо провести микроскопию мазка из ротоглотки, бактериологическое исследование, в том числе с использованием питательных сред с теллуридом, общий анализ крови.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Назначьте план лечения.
Э	-	Лечение включает этиотропные препараты, например, пенициллин в дозе 3 млн ЕД в сутки, а также дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию, местную антисептическую

		терапию.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Обоснование диагноза
Э	-	Острое начало болезни, выраженная интоксикация, окраска кожных покровов лица, яркая гиперемия слизистой ротоглотки, рыхлые миндалины с легко снимающимися налетами, а также резкая болезненность подчелюстных лимфоузлов.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
H	-	033
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боль в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Горный Алтай. В течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбужден, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отеком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90 и 60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот безболезненный, пальпируются увеличенная в размерах печень и край селезенки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.
B	1	Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его
Э	-	Чума, вторично-септическая форма, тяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании: острого начала болезни, сочетания выраженной интоксикации и образования бубона с последующим присоединением признаков поражения легких, нарастания интоксикации, развития гепатоспленомегалии; наличия характерных изменений ЛУ (резко болезненный бубон с багрово-синюшной окраской кожи над ним, периаденит) и геморрагического синдрома; указание на работу в полевых

		условиях, не исключающих контакт с грызунами, на территории энзоотичной по чуме.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы или тяжести болезни, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Составьте план лабораторного обследования для подтверждения диагноза
Э	-	Основным методом, подтверждающим диагноз, является бактериологический. Материал для исследования: пунктат бубона, отделяемое из язвы, карбункула, мокрота, мазок из носоглотки, кровь, моча, кал, ликвор, секционный материал. Посев на агар или бульон. Предварительное заключение – при микроскопии мазков обнаружение овоидных биполярных палочек. Окончательная идентификация культуры на 3-5 сутки посева. Серореакции имеют второстепенное значение (парные сыворотки в РПГА). Биопробы на морских свинках, мышах.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	3	Какие препараты этиотропного действия применяют при чуме? укажите дозировки и длительность курса основных препаратов.
Э	-	К возбудителю чумы не обнаружено резистентности к распространенным в применении антибиотикам. Способ применения, дозировка и продолжительность курса зависят от клинической формы болезни. При генерализованной форме: - ципрофлоксацин внутрь 0,75 мг 2 р/д 10-14 дней - амикацин в/м 0,5 г 3 р/д 10 дней - цефтриаксон в/м, в/в 2,0 г 2 р/д 7-10 дней. Могут применяться доксициклин, гентамицин, левомицетин, а также комбинации антибиотиков.
P2	-	Препараты указаны верно, дозировки и длительность курса основных препаратов указаны верно
P1	-	Препараты указаны верно, дозировки и/или длительность курса основных препаратов указаны неверно
P0	-	Препараты указаны не полностью, дозировки и длительность курса основных препаратов указаны неверно
B	4	Проведите дифференциальный диагноз между бубонной формой чумы и туляремией
Э	-	В отличие от чумы при туляремии лихорадка и интоксикация умеренные, бубон малоблезненный, подвижный, с четкими контурами, нагноение возможно на 3-4 неделе и позже. При нормализации температуры тела и удовлетворительном состоянии могут быть вторичные бубоны.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно

В	5	Какие меры профилактики необходимо проводить при чуме?
Э	-	Чума относится к особоопасным, конвенционным болезням. Принимаемые меры изложены в «Международных медико-санитарных правилах» и «Правилах по санитарной охране территории». Неспецифические меры профилактики: эпиднадзор за природными очагами чумы, проведение в них дератизации и дезинсекции, наблюдение за населением в зоне риска, подготовка медучреждений и медперсонала к работе с больными чумой, предупреждение завоза возбудителя из других стран. Специфические: ежегодная иммунизация живой противочумной вакциной лиц, проживающих в эпизоотических очагах или выезжающих в них. Лицам, контактировавшим с источником инфекции, их вещами, трупами животных, проводят экстренную химиопрофилактику антибиотиками в обычных терапевтических дозах 5-7 дней.
P2	-	Меры профилактики указаны верно
P1	-	Меры профилактики указаны не полностью
P0	-	Меры профилактики указаны неверно
Н	-	034
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу в поликлинику, в связи с обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.
В	1	Каков предположительный диагноз?
Э	-	ВИЧ-инфекция, стадия генерализованной персистирующей лимфаденопатии (III ст.).
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания стадии
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз
Э	-	Диагноз обоснован наличием увеличения более 2 групп лимфоузлов более 1 см, а также признаками наркомании – следы множественных инъекций по ходу вен.
P2	-	Диагноз обоснован верно

P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Исследование крови на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блотинге, подсчет количества CD4-лимфоцитов
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Какие заболевания необходимо исключить у данного пациента?
Э	-	Острый лейкоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, вирусные гемоконтактные гепатиты.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
В	5	Укажите возможные пути передачи при ВИЧ-инфекции
Э	-	Основной механизм передачи инфекции – контактный. Естественные пути передачи: половой путь, вертикальный (от инфицированной матери ребенку в периоде беременности, родов, при грудном вскармливании). Искусственные пути передачи: парентеральный – реализуется при различных манипуляциях с нарушением целостности слизистых оболочек и кожных покровов.
P2	-	Пути передачи указаны верно
P1	-	Пути передачи указаны не полностью
P0	-	Пути передачи указаны неверно
Н	-	035
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Е., 55 лет, рабочая завода, заболела остро. Появились озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день температура стала выше - 39°C, сохранялись озноб и ломота в теле. Отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился аппетит, температура держалась на цифрах 39,8-40°C. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление болей в правой половине живота, зуд и отечность кистей рук, отмечалось обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил её как аллергическую, назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную

		пятнисто-папулёзную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемию кистей и стоп, гиперемию слизистой ротоглотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс 100 уд/мин., АД 100 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2 см из-под рёберного края. Симптом поколачивания по поясничной области положителен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет. На заводе имелись случаи заболевания, сопровождающиеся жидким стулом.
В	1	Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
Э	-	Иерсиниоз, генерализованная форма. Обоснование: лихорадка, характерная сыпь, отёчность и зуд кистей рук, признаки гепатита, боли в животе, групповой характер заболевания.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом, гриппом, осложнённым лекарственной болезнью, энтеровирусной инфекцией.
Э	-	Дифференциальный диагноз: а) с ВГ - аналогичное начало болезни может наблюдаться при вирусном гепатите А, однако, при вирусном гепатите А появление желтухи сопровождается улучшением состояния, нормализацией температуры, высыпания на коже отсутствуют. б) с гриппом, осложнённым лекарственной болезнью – отсутствует синдром ларинготрахеита, развитие токсического гепатита после кратковременного приёма лекарств не характерно. Имеющиеся изменения кистей и стоп патогномично для иерсиниоза. в) с энтеровирусной инфекцией – отсутствие катаральных явлений, выраженного диспепсического синдрома. Характер сыпи, желтуха не свойственны для энтеровирусной инфекции.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не со всеми заболеваниями
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Составьте план лабораторного обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, кал на я/гл; РНГА, РА; ИФА (кровь), РКА (кровь, кал, слюна, моча) для обнаружения антигенов иерсиний, биохимия крови (билирубин, АлТ, АсТ, ГГТП, глюкоза, холестерин, мочевины, креатинин), протромбиновый индекс, посев крови и кала, маркеры вирусных гепатитов.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения.
Э	-	Один из antimicrobных препаратов: пefлоксацин 0,4×2 р; доксициклин 0,1х2 р в сутки; левомицитин 0,5×4 р., рифампицин

		0,3×2 р. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Перечислите возможные клинические варианты при генерализованном иерсиниозе
Э	-	Сепсис, гепатит, пиелонефрит, менингит, пневмония, смешанный
P2	-	Клинические варианты указаны верно
P1	-	Клинические варианты указаны не полностью
P0	-	Клинические варианты указаны неверно
H	-	036
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф». При поступлении жалобы на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отёчность лица. Заболевание началось с повышения температуры до 37,3-37,8°C, с 3-го дня появились боли в мышцах и «отеки глаза». Температура в течение недели достигла 38-38,8°C, появилась головная боль, мышечные боли усилились. На 10-й день появились зудящие высыпания на коже. Контакта с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях, пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом».</p> <p>Состояние при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отёчны. Склеры, конъюнктивы инъектированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бёдер болезненная. В лёгких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин., АД 105 и 60 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезёнки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны центральной нервной системы - без патологии. Анализ крови при поступлении: Hb – 138 г/л, L – 12,8*10⁹/л, эозинофилы – 24%, палочкоядерные 15%, сегментоядерные – 39%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%, СОЭ – 36 мм/час.</p>
B	1	Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Трихинеллёз, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании длительной лихорадки, болей в мышцах, отёчности лица, экзантемы на коже, инъекции сосудов склер и конъюнктив, эозинофилии в крови высокого процента.

P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен без указания формы, обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с брюшным тифом. Какие еще заболевания необходимо исключить?
Э	-	В отличие от трихинеллёза при брюшном тифе отмечаются бледность кожных покровов, заторможенность и адинамия, сыпь носит розеолезный характер, нет зуда в месте экзантемы, отмечается относительная брадикардия, в крови – лейкопения и анэозинофилия. В то же время для брюшного тифа не характерны боли в мышцах и отёк лица. Дифференциальный диагноз следует также проводить с лептоспирозом, сыпным тифом, описторхозом, бруцеллёзом.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно, указаны все заболевания
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, указаны не все заболевания
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение трихинелл в биоптатах мышц больного, в остатках подозрительных мясных продуктов (сала), серологические реакции РНГА, РСК, ИФА.
P2	-	Исследования указаны верно
P1	-	Исследования указаны не полностью
P0	-	Исследования указаны неверно
В	4	Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.
Э	-	В основе патогенеза болезни лежат токсико-аллергическое действие продуктов метаболизма возбудителя и воспалительная реакция мышечной ткани на внедрение личинок возбудителя.
P2	-	Основные звенья патогенеза указаны верно
P1	-	Основные звенья патогенеза указаны не полностью
P0	-	Основные звенья патогенеза указаны неверно
В	5	План лечения больного
Э	-	Лечение следует проводить мебендазолом по 300 мг/сутки в течение 5-10 дней. Одновременно следует назначить антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты, дезинтоксикационная терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
Н	-	037
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 32 года, свиарка, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «сыпной тиф» на 6-й день болезни. Заболела 17.07., когда отмечала слабость, озноб, боли в ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появились головная боль, рвота; боли в спине и ногах усилились. Обратилась к терапевту, был поставлен диагноз "грипп". 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди немногочисленные петехиальные элементы. В лёгких хрипов нет. Пульс – 120 уд/мин. АД 120 и 90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Признаков поражения центральной нервной системы нет. Пальпация икроножных мышц болезненна, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, моча имеет красноватый оттенок.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
Э	-	Лептоспироз средней тяжести. В пользу этого диагноза говорят острое начало болезни, повышение температуры, боли в мышцах, субиктеричность склер, петехиальная сыпь, увеличение печени, наличия признаков поражения почек, а также эпидемиологический анамнез – работа на свиноферме.
Р2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
Р1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с сыпным тифом.
Э	-	В отличие от лептоспироза при сыпном тифе характерны розеолезно-петехиальная сыпь, симптом Киари-Авцына, симптом Говорова-Годелье, отсутствуют боли в икроножных мышцах и желтуха.
Р2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
Р1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
Р0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Каков механизм заражения в данном случае?
Э	-	Фекально-оральный при уходе за животными (свиньи являются одним из резервуаров возбудителя).
Р2	-	Механизм заражения указан верно
Р1	-	Механизм заражения указан не полностью
Р0	-	Механизм заражения указан неверно
В	4	Каков патогенез мышечных болей при данном заболевании?
Э	-	В скелетных мышцах регистрируются исчезновение поперечно-

		полосатой исчерченности и глыбчатый распад мышечных волокон, а также кровоизлияния и гистиолимфоцитарные инфильтраты. Эти изменения обуславливают резкие мышечные боли, характерные для лептоспироза.
P2	-	Патогенез мышечных болей указан верно
P1	-	Патогенез мышечных болей указан не полностью
P0	-	Патогенез мышечных болей указан неверно
B	5	Лабораторный методы исследования для подтверждения диагноза
Э	-	Реакция микроагглютинации (кровь), ПЦР для обнаружения ДНК лептоспир
P2	-	Исследования указаны верно
P1	-	Исследования указаны не полностью
P0	-	Исследования указаны неверно
H	-	038
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 72 года, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. Температура повысилась до 38,2°C, был озноб. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала анальгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять». Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъектированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высовывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 уд/мин, АД 120 и 70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, в лёгких - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесённых заболеваний: в 1943 г. – сыпной тиф; ежегодно - острые респираторные заболевания, грипп. Больная госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.
B	1	Поставьте диагноз и обоснуйте его
Э	-	Болезнь Брилла. В пользу этого диагноза говорят острое начало болезни, сочетание синдромов интоксикации с фебрильной, длительной (более 5 дней) лихорадкой, беспокойством, эйфорией, розеолезно-петехиальной сыпи на 5 день болезни; симптом Кари-Авцина, Говорова-Годелье, гепатоспленомегалия; сыпной тиф в анамнезе.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не

		обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Проведите дифференциальный диагноз с брюшным тифом
Э	-	В отличие от сыпного тифа брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10-й день болезни – розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки. Также при брюшном тифе отмечается относительная брадикардия, вздутие, урчание в животе.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
В	3	Составьте план обследования для этиологической расшифровки заболевания
Э	-	Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА с брюшнотифозным диагностикумом. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилла» - РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Этиотропная терапия - препаратом выбора является доксициклин по схеме, седативная и кардиотропная терапия, дезинтоксикация.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Что является патоморфологической основой данного заболевания?
Э	-	Развитие универсального генерализованного панваскулита, периваскулита, тромбоваскулита с формированием гранулем и деструктивно-пролиферативного эндотромбоваскулита.
P2	-	Патоморфологическая основа указана верно
P1	-	Патоморфологическая основа указана не полностью
P0	-	Патоморфологическая основа указана неверно
Н	-	039
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н., 58 лет, обратилась к неврологу по поводу сильных болей в правой половине головы; диагностирована невралгия тройничного нерва и назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5-й день состояние больной ухудшилось. Температура тела повысилась до 39,5°C, головная

		<p>боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отёк. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица».</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести. Правая щека и веки отёчны, на правой половине лба и щеке эритема с нечёткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны лёгких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки тройничного нерва.</p>
В	1	Установите диагноз, обоснуйте его.
Э	-	Опоясывающий лишай (herpeszoster). Серозный менингит? Диагноз поставлен на основании характерной динамики болезни, учитывая наличие невралгии тройничного нерва в продромальном периоде, с последующей лихорадкой и появлением местных изменений – эритемы с папулёзно-везикулёзными высыпаниями, наличие головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц говорит о возможном развитии серозного менингита, который характерен для данного заболевания.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Приведите доводы за и против диагноза, установленного при поступлении.
Э	-	Против - для рожи не характерно наличие тригеминита, эритема имеет чёткие границы, более яркая по периферии, отсутствуют папулёзно-везикулярные высыпания, но могут быть буллы. За – при роже заболевание так же часто начинается с интоксикационного синдрома, затем появляются локальные изменения.
P2	-	Доводы приведены верно
P1	-	Доводы приведены не полностью
P0	-	Доводы приведены неверно
В	3	Какова этиология и патогенез этого заболевания.
Э	-	Возбудителем болезни является вирус varicellazoster, который при первичном инфицировании вызывает ветряную оспу, после перенесения этого заболевания вирус персистирует пожизненно в нервных ганглиях. При ослаблении иммунитета возобновляется репликация вируса, который распространяется по нервным волокнам и вызывает поражение кожи в пределах 1-2 сегментов соответствующих нервов.
P2	-	Этиология и патогенез указаны верно
P1	-	Этиология и патогенез указаны не полностью

P0	-	Этиология и патогенез указаны неверно
B	4	Какое исследование позволит уточнить характер поражения ЦНС у данной больной? Опишите характер изменений в анализе, подтверждающий предположительный диагноз «Серозный менингит»
Э	-	Исследование ликвора. Обнаружение признаков воспаления: повышение уровня белка, лимфоцитарный плеоцитоз.
P2	-	Исследование указано верно, характер изменений в ликворе приведен верно
P1	-	Исследование указано верно, характер изменений в ликворе приведен неверно
P0	-	Исследование указано неверно
B	5	Назначьте больному этиотропную терапию
Э	-	Ацикловир (Зовиракс, Виролекс) 15-30 мг/кг/сут в 3 приема в/в капельно.
P2	-	Этиотропная терапия назначена верно
P1	-	Этиотропная терапия назначена без указания доз
P0	-	Этиотропная терапия назначена неверно
H	-	040
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная З., 46 лет. Приехала из Азербайджана 2 недели назад. Поступила с жалобами на периодическое повышение температуры тела (температура носит интермиттирующий характер, пароксизмы наступают с 48-часовым интервалом, развиваются остро, температура достигает за полтора – два часа 39,0 – 40°С, снижается через 2–6 часов с обильными потоотделениями). После пароксизма наблюдается период апиреksии. Беспокоит слабость. При осмотре отмечают бледность кожных покровов, глухость тонов сердца, увеличение печени и селезёнки, снижение числа эритроцитов в периферической крови до 2,7 x 10 ¹² /л, увеличение СОЭ до 54 мм/ч.
B	1	Какое заболевание необходимо прежде всего исключить? Обоснуйте.
Э	-	Трехдневная малярия (вивакс, овале, тропическая). Наличие типичных лихорадочных приступов через день, анемия, гепатоспленомегалия, прибытие из региона, эндемичного по малярии.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, обоснован не полностью или не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и какой из методов является основным?
Э	-	Исследование мазков и толстой капли крови для выявления малярийного плазмодия (основной метод), иммунологические экспресс-методы, ПЦР, серологические реакции (нРИФ, РНГА, ИФА)
Р2	-	Исследования указаны верно, основной метод выбран верно
Р1	-	Исследования указаны неполностью или основной метод выбран верно
Р0	-	Исследования указаны неверно
В	3	План лечения
Э	-	Делагил, примахин. Дезинтоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия
Р2	-	План лечения составлен верно
Р1	-	План лечения составлен не полностью
Р0	-	План лечения составлен неверно
В	4	При какой форме малярии чаще всего наблюдается тяжелое течение и осложнения и почему?
Э	-	При тропической малярии: быстрое нарастание паразитемии, протекание эритроцитарной шизогонии в капиллярах внутренних органов.
Р2	-	Форма указана верно, ответ обоснован
Р1	-	Форма указана верно, ответ не обоснован или обоснован неверно
Р0	-	Форма указана неверно
В	5	Что лежит в основе описанных пароксизмов?
Э	-	Пирогенная реакция на выход в плазму чужеродных белков в составе мерозоитов, продуктов их жизнедеятельности, биологически активных веществ и патологически измененных собственных эритроцитов, появляющихся в результате их разрушения при эритроцитарной шизогонии.
Р2	-	Ответ верный, полный
Р1	-	Ответ не полный
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	041
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная С., 44 лет, бухгалтер, обратилась за медицинской помощью в первый день заболевания. Болезнь началась с болей в подложечной области, тошноты, чувства тяжести и распирания в области желудка. Температура тела оставалась нормальной. Отмечала выраженную головную боль, головокружение, сухость во рту. Отметила и

		ослабление зрения: «туман» перед глазами и двоение предметов. Через несколько часов от момента болезни окружающие обратили внимание на осиплость и гнусавый голос при разговоре больной. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 60 уд. в мин., АД 160 и 95 мм рт. ст. Мидриаз, анизокория, птоз обоих век. Ослабление подвижности мягкого неба. Общая миастения. Частота дыхания 20 в минуту. Сухость слизистых оболочек. Болезненность при пальпации подложечной области. Запор. Мочеиспускание не нарушено. За 12 часов до заболевания ела вяленую рыбу.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Ботулизм, легкая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, форма указана неверно
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, присоединение к диспептическим явлениям неврологической симптоматики, офтальмоплегических (мидриаз, птоз, диплопия, анизокория), бульбарных симптомов (осиплость и гнусавость голоса), употребление в пищу вяленой рыбы обосновывают данный диагноз. Отсутствие острой дыхательной недостаточности, нарушения глотания, выраженной миастении характеризует форму тяжести болезни
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Биологические пробы на мышах. Реакция нейтрализации.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Противоботулиническая сыворотка поливалентная 25 тыс. МЕ в/в по методу Безредко. Промывание желудка, солевое слабительное с последующим назначением кишечного диализа. Введение солевых кристаллоидных растворов парентерально. Симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с пищевыми токсикоинфекциями.
Э	-	Общие симптомы: острое начало болезни с явлениями острого гастроэнтерита. При ботулизме проявления данного синдрома не сопровождаются нарушением водно-электролитного баланса и

		наоборот сопровождаются атонией желудка и кишечника, что приводит к застою содержимого и необходимости промывания. Развитие на этом фоне неврологической симптоматики подтверждают ботулизм. При ПТИ диспептические явления сопровождаются интоксикационным синдромом (повышение температуры, мышечно-суставные боли, снижение гемодинамики, вплоть до развития ИТШ или гиповолемического шока. Проведенная противошоковая терапия нивелирует нарушения зрения, осиплость голоса и гемодинамические показатели при ПТИ.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно
H	-	042
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Ж. 36 лет, болен 5-й день. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, недомогание, чувство жара, отсутствие сна. Заболевание началось остро: озноб, головная боль, повышение температуры до 38,0°C в первый день, с 3-го дня сохраняется 38,5-39,3°C.</p> <p>В анамнезе: перенес корь, ангину, эпидемический паротит в детстве, пневмонию и сыпной тиф - в 10 лет.</p> <p>Температура тела 39,0°C. Говорлив, временами морщится и жмурит веки (усиливается головная боль). Кожа лица, шеи и верхних отделов тела гиперемирована. На коже внутренних поверхностей шеи и предплечий, а также боковых отделов груди и живота имеются элементы полиморфной сыпи: розеолы и петехии. Конъюнктивы красные, на переходных складках век - единичные ярко-красные пятнышки. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, у основания язычка мягкого неба - две петехии. Пульс 106 уд/мин, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца ослаблены. АД 105/60 мм рт. ст. Левая граница сердца увеличена на 1 см от среднеключичной линии. Правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. В легких дыхание везикулярное. Справа под углом лопатки - мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания -26 в минуту. Язык показывается толчками, сухой, красный, на поверхности тонкий серый налет. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12-10-9 см, край плотный, безболезненный. Селезенка выступает из-под ребер на 2 см, средней плотности, безболезненная. Стул задержан. Мочеиспускание частое, небольшими порциями.</p>
В	1	Установите диагноз
Э	-	Болезнь Брилла-Цинссера, средне-тяжелая форма. Осложнение: Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого
P2	-	Диагноз поставлен верно

P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма или осложнение заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало заболевания, высокая температура, симптомы поражения ЦНС (нарастающая головная боль, бессонница, говорливость, возбуждение, с-м Говорова-Годелье), симптомы панваскулита (гиперемия лица, шеи, верхних отделов туловища, с-м Киари-Авцына, с-м Розенберга, розеозно-петехиальная сыпь), тахикардия, гипотония, одышка, а также данные о том, что больной в 10 лет перенес сыпной тиф, позволяют поставить диагноз.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	РНГА, РСК, РНИФ с риккетсиями Провачека, ПЦР.
P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Антибактериальная терапия (тетрациклин, доксициклин), дезинтоксикационная, патогенетическая, симптоматическая терапия
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Какие осложнения характерны для болезни Брилла?
Э	-	Осложнения встречаются редко, связаны в основном с присоединением вторичной инфекции и преклонным возрастом пациентов: тромбозы, тромбофлебиты.
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ верный, неполный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	043
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной У., 46 лет, поступил на 6-й день болезни. Заболел остро. Повышение температуры тела до 38,5°C, сопровождалось ознобом. В последующие дни температура достигла 39 – 40°C. На 3-й день болезни появились и стали нарастать интенсивные боли в пояснице, жажда, было носовое кровотечение. Заметил уменьшение количества выделяемой мочи. К моменту поступления

		в стационар лицо пастозное гиперемированное, отмечаются инъекции сосудов склер. Икота. В ОАМ: относительная плотность 1005, лейкоциты 2 – 3 в п/зр., эритроциты до 100 в п/зр., фибринные цилиндры. Больной живёт в районе лесного массива.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	ГЛПС, олигурический период, средне-тяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, период или форма указаны неверно или не указаны
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало, четкая цикличность в развитии патологического процесса – наличие лихорадочного (доолигурического) периода с повышением температуры, выраженными симптомами интоксикации, болями в пояснице, геморрагическим синдромом, который сменился олигоурическим периодом. Характерный вид больного: пастозность, гиперемия лица, инъекция сосудов склер, икота. Изменения в ОАМ: изогипостенурия, эритроцитурия, цилиндрурия; характерный эпиданамнез.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	ОАК, ОАМ, биохимия крови (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ), электролиты крови, КОС, коагулограмма, РНИФ (нарастание титра АТ к вирусу ГЛПС), ИФА, ПЦР; УЗИ почек, КТ, ЭГДС, ЭКГ, рентгенография ОГК
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения
Э	-	Обязательна госпитализация, транспортировка щадящая. Дезинтоксикационная терапия, питьевой режим с учетом выделенной жидкости; профилактика ДВС-синдрома: дезагреганты, ангиопротекторы, борьба с уремической интоксикацией
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Перечислите возможные осложнения
Э	-	ИТШ, ДВС-синдром, азотемическая уремия, отек легких и головного мозга, кровоизлияния, эклампсия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, надрыв или разрыв капсулы почки, инфекционный миокардит, пневмония, сепсис.
P2	-	Осложнения перечислены верно
P1	-	Осложнения перечислены не полностью

P0	-	Осложнения перечислены неверно
Н	-	044
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 43 лет, заболела осенью, когда поранила палец при обработке шкуры с убитого зайца. Через 2 дня повысилась температура тела до 38°C, увеличился левый локтевой лимфатический узел. Лечилась домашними средствами. 3 недели сохранялась высокая температура тела, затем температура субфебрильная. Больная поступила в клинику с увеличением лимфатических узлов: в левой подмышечной области до куриного яйца, левого локтевого – величиной со сливу.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Туляремия, бубонная форма, средней тяжести, острое течение болезни
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указана форма заболевания или тяжесть
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, выраженная температурная реакция в течение 3 недель (без адекватной антибактериальной терапии), лимфаденопатия в виде формирования бубонов, характерный эпиданамнез.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	РА, РНГА, ИФА, кожно-аллергические пробы с тулярином, ПЦР.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Стрептомицин, гентамицин, доксициклин, цефалоспорины 3-го поколения, десенсибилизация, дезинтоксикация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно

В	5	Укажите клинические формы туляремии в зависимости от механизма поражения
Э	-	Бубонная (контактный), язвенно-бубонная (трансмиссивный), глазо-бубонная (аэрозольный), ангинозно-бубонная (фекально-оральный), абдоминальная (фекально-оральный), легочная (аэрозольный), генерализованная (или первично-септическая)
Р2	-	Клинические формы перечислены верно
Р1	-	Клинические формы перечислены верно, но не сопоставлены с механизмом заражения
Р0	-	Клинические формы перечислены неверно
Н	-	045
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 47 лет, поступил на 25-й день болезни. Работал на обмолоте зерна, где было много голубей. Заболел остро: высокая температура тела, кашель, познабливание, поты, головная боль, резкая слабость. В начале заболевания в легких хрипов не отмечалось, через несколько дней появились сухие и единичные влажные хрипы справа с незначительным укорочением перкуторного звука. Мокроты не было. До поступления высокая температура тела держалась в течение двух недель, затем субфебрильная, снизившаяся до нормы на 23-й день болезни. Печень и селезенка увеличены. R-скопия органов грудной клетки: неравномерное затемнение в нижней доле правого легкого, купол диафрагмы ограничен в подвижности. При серологическом исследовании – диагностическое нарастание титра хламидийных антител.
В	1	Установите диагноз
Э	-	Орнитоз, пневмонический вариант.
Р2	-	Диагноз поставлен верно
Р1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указан вариант заболевания
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании острого начала болезни, сочетания синдрома интоксикации с длительной лихорадкой и признаков поражения легких в виде атипичной пневмонии, подтвержденной рентгенологически, а также контакта с голубями и диагностического нарастания титра хламидийных антител.
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования для этиологического подтверждения
Э	-	РСК, РТГА, внутрикожно-аллергическая проба с орнитином

P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Тетрациклины (доксциклин), макролиды, дезинтоксикация, десенсибилизация, иммуномодуляторы, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Какие изменения в общем анализе крови характерны для данной патологии?
Э	-	Умеренный лейкоцитоз в начале болезни с последующей нормализацией уровня лейкоцитов с возможным развитием лейкопении, значительное увеличение СОЭ с первых дней болезни.
P2	-	Изменения указаны верно
P1	-	Изменения указаны не полностью
P0	-	Изменения указаны неверно
Н	-	046
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 25 лет, студент ветеринарного вуза, неделю назад вернулся с практики. Где были больные животные. Заболел остро 3 дня назад, повысилась температура тела до 39,2°C, отмечались ознобы, головная боль, разбитость, ломота в теле, мышечные боли. При осмотре лицо гиперемировано. На правом предплечье имеется единичная пустула с серозно-геморрагическим содержимым, с небольшой зоной гиперемии и инфильтрации. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел (3,5x3,5 см), слабо болезненный, подвижный.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Туляремия, язвенно-бубонная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно,
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Развитие болезни после контакта с животными, сочетание в клинической картине интоксикации с местными проявлениями в виде пустулы с серозно-геморрагическим содержимым и регионарного лимфаденита (бубона), малоблезненного, не спаянного с окружающими тканями.
P2	-	Диагноз обоснован верно

P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	РА, РНГА, ИФА, кожно-аллергические пробы с тулярином, ПЦР.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	План лечения
Э	-	Один из перечисленных антибиотиков: стрептомицин, гентамицин, доксициклин, цефалоспорины 3-го поколения; десенсибилизация, детоксикация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Перечислите возможные пути заражения
Э	-	Трансмиссивный, контактный, воздушно-пылевой, пищевой, водный.
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ не полный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	047
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А., 39 лет, поступил в стационар на 3-й день болезни с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, отсутствие аппетита, частый жидкий стул со слизью. Объективно: температура тела 38°C, пульс 88 ударов в мин. АД 110 и 60 мм рт. ст., кожные покровы сухие, со стороны сердца и легких отклонений не найдено. Язык суховат, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, болезнен по ходу толстого кишечника, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Острый шигеллез клинически. Среднетяжелая форма
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Диагноз поставлен на основании наличия синдрома дистального колита, на что указывает болезненная спазмированная

		сигмовидная кишка, жидкий стул со слизью; умеренный интоксикационный синдром.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Составьте план обследования, подтверждающий диагноз
Э	-	Бактериологический анализ кала (среды Плоскирева, Эндо, Левина), копроскопия, РНГА, при необходимости – ректороманоскопия.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
V	4	Составьте план лечения
Э	-	Ципрофлоксацин или цефтриаксон в комбинации с сульфаниламидами курсом 5 дней, детоксикация, десенсибилизация, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
V	5	Проведите дифференциальную диагностику между острым шигеллезом Зонне и гастроэнтероколитической формой сальмонеллеза.
Э	-	Общими симптомами являются: боли в животе с локализацией в области пупка и подвздошных областях, жидкий стул с примесью слизи, возможна рвота. Так как морфологическое поражение отделов кишечника одинаково, то клиническая дифференциация невозможна без проведения бактериологического исследования кала, серологического исследования с использованием сальмонеллезных и дизентерийных диагностикумов.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена не полностью
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
H	-	048
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 32 лет, поступил в клинику инфекционных болезней на четвертый день болезни без сознания. По словам жены, за день до заболевания переохладился, заболел остро: с ознобом поднялась температура тела до 38°C, появились головная боль и рвота. На второй день болезни температура тела достигла 40,2°C, головная боль усилилась, рвота повторялась неоднократно.

		К четвертому дню состояние больного ухудшилось, потерял сознание. При поступлении в стационар состояние крайне тяжелое. Выражено психомоторное возбуждение. Кожа лица и туловища гиперемирована, сыпи нет. Слизистые оболочки губ цианотичны. Над легкими перкуторный звук не изменен. Дыхание частое, поверхностное. Тоны сердца глухие, пульс 140 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Ригидность мышц затылка. Положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Произведена спинномозговая пункция. В ликворе – 1360 клеток (нейтрофилов 92%).
В	1	Установите диагноз
Э	-	Гнойный менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, не указано осложнение
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Остро развившиеся менингеальные симптомы с выраженной ригидностью мышц затылка и положительными симптомами Кернига и Брудзинского, выраженный нейтрофилез в ликворе обосновывают диагноз. Тахикардия до 140 в мин, отсутствие сознания указывают на высокое внутричерепное давление, что обосновывает осложнение.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План обследования
Э	-	ОАК, ОАМ. Бактериологический анализ ликвора, отделяемого из носа и ротоглотки. Рентгенография придаточных пазух лобной кости и верхней челюсти, ревизия ротоглотки, зубов, ушей. Консультация ЛОР-врача и невролога, окулиста. Клинический анализ спинномозговой жидкости.
P2	-	План обследования указан верно
P1	-	План обследования указан не полностью
P0	-	План обследования указан неверно
В	4	План лечения
Э	-	Фторхинолоны и цефалоспорины в максимальной суточной дозе парентерально, дегидратация, десенсибилизация, детоксикация, глюкокортикостероиды, симптоматическая терапия.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
Э	-	Менингококковая инфекция, менингит; гнойные менингиты,

		вызванные пневмококком и гемофильной палочкой; вторичные гнойные менингиты.
P2	-	Заболевания перечислены верно
P1	-	Заболевания перечислены не полностью
P0	-	Заболевания перечислены неверно
Н	-	049
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 50 лет. Обратился к врачу на 5-й день болезни. 10 дней назад рыбачил на пруду и купался, на берегу которого расположена свиноферма. Заболел остро, все дни температура 38-39 °С, бессонница, выраженные боли в области мышц шеи, спины, поясницы и, особенно, икроножных. Состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивит, склерит. Желтуха кожи и склер. На коже груди - полиморфная сыпь, положительный симптом «жгута, щипка», геморрагические высыпания на груди. Отчетливо пальпируется печень на 2 см ниже реберной дуги. АД - 90 и 70 мм рт.ст. Стал реже мочиться, малыми порциями. Стул не изменен.
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Лептоспироз, тяжелая форма. Осложнение: инфекционно-токсический шок, ОПН.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, неверно указана форма или не установлено осложнение.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, постоянно высокая температура, выраженный интоксикационный синдром, миалгии, особенно икроножных мышц вместе с эпидфактором заставляют предполагать лептоспироз. Последующее развитие к 5 дню желтухи печеночного типа и проявлений ренального синдрома с наличием геморрагического синдрома, изменения гемодинамики полностью подтверждают этот диагноз и осложнения.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	План специфического обследования
Э	-	Реакция агглютинации лизиса лептоспир методом парных сывороток, микроскопическая агглютинация по определению АТ в крови, спинномозговой жидкости, тканях. Бактериоскопия крови и мочи в темном поле, биохимический анализ: билирубин,

		трансаминазы, мочевины, креатинина крови, КОС и электролиты крови, коагулограмма.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	План лечения
Э	-	Пенициллин, цефалоспорины 3 –го поколения, противошоковая терапия, детоксикация, коррекция КОС, гемостаза, антиоксиданты, десенсибилизирующие средства, глюкокортикостероиды, лечение ОПН.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
B	5	Проведите дифференциальную диагностику с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
Э	-	Общие симптомы: цикличность по периодам развития патологии, интоксикационный синдром в начале заболевания, ренальный синдром. Отличия ГЛПС связаны с тем, что 1 период доолигурический сменяется на олигурический с характерным проявлением ОПН. Уже в 1 период начинают проявляться геморрагический синдром и массивная вазопатия, тромбоцитопения, что характерно для ГЛПС. В последующем начинается полиурический период. При лептоспирозе кроме развития печеночного типа желтухи и ОПН может присоединяться серозный менингит (менингоэнцефалит).
P2	-	Ответ верный, полный
P1	-	Ответ не полный
P0	-	Ответ неверный
H	-	050
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 78 лет. Заболел остро через 3 часа после употребления яйца всмятку. Появились озноб, сильная головная боль, температура 39,2 °С, боли в эпигастрии, затем 2 раза были рвота и частый обильный стул типа «болотной тины». Больной возбужден, раздражителен, беспокоит температура 39°С, головная боль. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100 и 60 мм рт.ст. Живот болезненный по ходу толстого кишечника, урчит при пальпации. Стул обильный, зеленого цвета. Ночью был бред. Больному проведено лечение (регидрон, внутривенно квартасоль, ферментные препараты), но несмотря на это температура гектического типа, сохраняются ознобы, тахикардия, гипотония, к

		концу первой недели увеличились печень и селезенка, появились розеолы на коже живота, стул энтеритный через день. Посев крови на желчный бульон – гемокультура <i>Salmonella enteritidis</i> .
В	1	Поставьте диагноз
Э	-	Сальмонеллез. Генерализованное форма. Тяжелая форма. Инфекционно-токсический шок.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно, но неверно указана форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте диагноз
Э	-	Острое начало болезни, комбинация продолжительной высокой температуры постоянного типа с синдромом гастроэнтерита, последующее появление гепатолиенального синдрома и нарушение гемодинамики являются следствием формирования синдрома системного воспалительного ответа, проявляющегося полиорганной недостаточностью, что характерно для генерализации патологического процесса. гемокультура <i>Salmonella enteritidis</i> полностью подтверждает диагноз.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте план обследования
Э	-	Бак. анализ крови, кала, рвотных масс, РНГА, КОС, электролиты крови, развернутый биохимический анализ крови, ЭКГ.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	4	Составьте план лечения
Э	-	Ципрофлоксацин 500 мг 2 р/д, цефтриаксон 1 г 2 р/д или их комбинация. противошоковая терапия с последующей детоксикацией: солевые кристаллоидные растворы для коррекция КОС, ВОБ, симптоматическая терапия. глюкокортикоиды.
P2	-	План лечения составлен верно
P1	-	План лечения составлен не полностью
P0	-	План лечения составлен неверно
В	5	Проведите дифференциальный диагноз с инфарктом миокарда
Э	-	Общими симптомами являются: наличие болей в эпигастрии, нарушение гемодинамики. Необходимо проведение ЭКГ в динамике. Мощный интоксикационный синдром, наличие возрастных изменений сосудов может провоцировать развитие острой коронарной недостаточности.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно

Комплект вопросов для проведения промежуточной аттестации.

1. Менингококковая инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клинические формы, лечение.
2. Инфекционный мононуклеоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
3. Дифиллоботриоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемой
5. Лихорадка Ку: патогенез, клиника, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, диагностика, лечение.
6. Грипп: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7. Трихинелёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Дифференциальная диагностика серозных менингитов
9. Сыпной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Легионеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Тениоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Дифференциальная диагностика заболеваний с диарейным синдромом.
13. Брюшной тиф: этиология, эпидемиология, патогенез. Ранняя диагностика.
14. Системный клещевой боррелиоз (Болезнь Лайма): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника диагностика, лечение.
15. Корь: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Дифференциальная диагностика гнойных менингитов
17. Орнитоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Натуральная оспа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
19. Тениаринхоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
20. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с лихорадкой.
21. Инфекционно-токсический (септический) шок: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Энцефалит клещевой (весенний, летний): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
23. Диагностика и лечение инфекционных болезней в поликлинике.
24. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфаденопатией.
25. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом высокой температуры.
26. Паратифы А и В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, особенности клинических форм, диагностика, лечение.
27. Аскаридоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
28. Неотложные состояния (инфекционно-токсический шок, гиповолемический)
29. Адено-вирусные инфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.
31. Ветряная оспа: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Неотложные состояния (острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность)
33. Холера: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

34. Столбняк: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
35. Энтеробиоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
36. Дифференциальная диагностика заболеваний с тонзиллитом.
37. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом диареи.
38. Ботулизм: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Риновирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
40. Сепсис: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
41. Дегидратационный шок: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
42. Гепатит А: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
43. Рожь: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
44. Дифференциальная диагностика заболеваний с острой и хронической диареей.
45. Методы воздействия на возбудителей болезней. Антибиотики, эффективность применения. Побочное действие.
46. Острый и хронический гепатит В: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
47. Сальмонеллёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
48. Дифференциальная диагностика заболеваний с катаральным синдромом.
49. Парагрипп: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Дизентерия (шигиллёзы): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Острая и хроническая формы.
51. Энтеровирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
52. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи.
53. Малярия Vivax: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
54. Болезнь Брилла-Цинсера: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
55. Эшерихиозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
56. Дифференциальная диагностика заболеваний с менингеальным синдромом.
57. Тропическая малярия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
58. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита.
59. Эпидемический паротит: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Особо опасные инфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика
61. Острый и хронический гепатит С: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
62. Пищевые токсикоинфекции: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
63. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы.
64. Сепсис: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
65. Лептоспироз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

66. Краснуха: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
67. Бешенство: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
68. Дифференциальный диагноз заболеваний с синдромом желтухи.
69. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом лимфоаденопатии.
70. ГЛПС: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
71. Дифтерия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
72. Неотложные состояния в инфектологии: тромбо-геморрагический синдром, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность.
73. Респираторно-синтициальная вирусная инфекция: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
74. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом желтухи.
75. Амёбиаз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
76. Печеночная энцефалопатия: этиология, патогенез, диагностика, лечение.
77. Бруцеллёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Четырёх дневная малярия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Коклюш: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Дифференциальная диагностика заболеваний с диарейным синдромом.
81. Противовирусная терапия в инфекционной патологии.
82. Малярия *Ovale*: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
83. Скарлатина: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
84. Дифференциальная диагностика заболеваний с катаральным синдромом.
85. Сибирская язва: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
86. Токсоплазмоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
87. Атипичная пневмония: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
88. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом тонзиллита.
89. Профилактика бешенства.
90. Туляремия: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
91. Вирусные гастроэнтериты: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
92. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфоаденопатией.
93. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
94. Рожь: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
95. Клещевой возвратный тиф: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
96. ВИЧ-инфекция: ВАРТ.
97. Псевдотуберкулёз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
98. Инфекция ротавирусная: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
99. Сап: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
100. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом тонзиллита.

101. Кишечный иерсиниоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
102. Дисбактериоз кишечника. Клиника, диагностика, лечение.
103. Тиф клещевой Северной Азии: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
104. Дифференциальная диагностика с синдромом диареи.
105. Хламидиоз. Генерализованная форма: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
106. ВИЧ-инфекция. Определение болезни. Эпидемиологические показания к обследованию. Профилактика.
107. Флеботомная лихорадка (лихорадка папатачи): этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
108. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с экзантемой.
109. Лейшманиозы: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
110. ВИЧ-инфекция: этиология, эпидемиология. Алгоритм обследования. Принципы лечения.
111. Лямблиоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
112. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи.
113. ВИЧ-инфекция. Клинические стадии болезни. Диагностика манифестных форм.
114. Геморрагическая лихорадка Ласса: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
115. Описторхоз: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
116. Дифференциальная диагностика заболеваний с лимфаденопатией.
117. ВИЧ-инфекция. Особенности течения оппортунистических инфекций.
Диспансеризация.
118. Геморрагическая лихорадка Крым - Конго: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
119. Брюшной тиф. Клиника. Диагностика в разгар болезни. Лечение.
120. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.