

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ

Разработчик

кафедра инфекционных болезней с курсом ИДПО

Специальность

30.05.02 Медицинская
биофизика

Наименование ООП

30.05.02 Медицинская биофизика

Квалификация

Врач –биофизик

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства науки и
высшего образования Российской Федерации от
от 13 августа 2020 г. N 1002

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель оценочных материалов–установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 30.02.02. Медицинская биофизика, изучивших дисциплину «Инфекционные болезни, паразитология».

Основной задачей оценочных материалов дисциплины «Инфекционные болезни, паразитология» является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине «Инфекционные болезни, паразитология»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность	Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Инфекционные болезни с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Бурганова А.Н. Латыпова Г.Р. Ахтарова Л.Р.
4.	Наименование дисциплины	Инфекционные болезни, паразитология
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	144/4з.е.
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Инфекционные болезни, паразитология»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	120
8.	Количество заданий	60 25% - закрытые задания 75% - открытые задания
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	90 минут
14.	Вопросы к аттестации	74
15.	Задачи	5

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-2

ПК-3

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния <i>in vivo</i> и <i>in vitro</i> при проведении биомедицинских исследований	ОПК-2.1. Использует знания о морфофункциональных особенностях, физиологических состояниях и патологических процессов в организме человека
	ОПК-2.2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека
ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	ПК-3.1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	ПК-3.2. Собирает анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализирует полученную от пациентов (их законных представителей) информацию.
	ПК-3.3. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния *in vivo* и *in vitro* при проведении биомедицинских исследований

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Тестовые вопросы /заполняется разработчиком	Правильные ответы
Выберите один правильный ответ		
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	1. ЗАРАЖЕНИЕ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ПРОИСХОДИТ: а) парентеральным путем б) при укусах кровососущих насекомых в) при укусах инфицированных вшей г) при втирании в кожу фекалий зараженных вшей	а
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	5. ВОЗБУДИТЕЛЬ ГЛПС ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ: а) Пикорнавирусов б) Флавивирусов в) Герпесвирусов г) Буньявирусов	г
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	6. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) стрептококк б) стафилококк в) листерия г) коринобактерия	г
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	7. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОСТОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ а) посев содержимого везикул на питательные среды б) бактериоскопию в) ПЦР г) РПГА	в
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	8. ВОЗБУДИТЕЛЕМ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) H1N1 б) SARS-Cov в) MERS-Cov г) HCoV-229E	б
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	9. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ а) активные упражнения конечностей и туловища б) пассивные методы ЛФК в) физические упражнения в исходном положении лежа, на боку, сидя г) лечение положением	б
Выберите один или несколько правильных ответов		
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	10. РНК ИМЕЕТ ВИРУСЫ ГЕПАТИТА а) HBV б) HAV в) HCV г) HDV	б,в,г

ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	11. ЗАРАЖЕНИЕ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А ВОЗМОЖНО ПРИ: а) оперативных вмешательствах б) купании в открытом водоеме в) половым путем г) переливаниях крови д) употреблении сырых овощей и фруктов	б,д
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	12. ПАТОГЕНЕЗ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА (УСТАНОВИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ) а) вирусемия с рассеиванием возбудителя по органам и тканям (преимущественно печень, селезёнка, почки, другие лимфоузлы, система кроветворения) и системная реакция лимфоидной ткани (генерализованная лимфаденопатия). б) инфекционно-аллергическая фаза в) лимфогенный занос вируса в регионарные лимфатические узлы, гиперплазия лимфоузлов и накопление возбудителя. г) внедрение возбудителя (слизистые оболочки ротоглотки и верхних дыхательных путей; с возможным развитием тонзиллита). д) выздоровление с развитием стойкого иммунитета.	г,в,а,б, д
Установите соответствия между двумя множествами вариантов ответов		
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	13. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧ: 1) фекально-оральный 2) парентеральный НОЗОЛОГИИ: а) вирусный гепатит А б) вирусный гепатит В в) вирусный гепатит С г) вирусный гепатит D д) вирусный гепатит Е	1-а,д 2-б,в,г
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	14. НАЛИЧИЕ СВОЕЙ ОБОЛОЧКИ 1) имеет 2) не имеет ВИРУСЫ гепатита а) НАV б) HBV в) HCV г) HEV	1-б,в 2 – а,г
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	15. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ НОЗОЛОГИЯ 1) дифтерия 2) инфекционный мононуклеоз СИМПТОМЫ а) миндалины увеличены умеренно, округлой формы б) миндалины увеличены значительно в) налеты пленчатые, плотные, + ткань, не тонет в воде, не растирается, при снятии кровоточит г) налеты над поверхностью миндалин, рыхлые, не выходят за пределы миндалин д) л/у увеличены до 1,5-3 см, малоблезненный при пальпации, углочелюстной лимфаденит е) лимфаденопатия (м.быть генерализованная), болезненные при пальпации ж) гепатоспленомегалия	1) а, в, д 2) б, г, е, ж

<i>Дополните</i>		
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	16. ТОКСОПЛАЗМОЗ – УБИКВИТАРНЫЙ (ПОВСЕМЕСТНЫЙ) ЗООНОЗ, С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ, ИНОГДА ВЕРТИКАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ, ИСТОЧНИКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ, _____ ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНА ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:_____.	домашние и дикие млекопитающих, птицы. пути передачи: алиментарный, трансплацентарный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	17. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ (ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ) ЯВЛЯЕТСЯ _____	инфицированный человек (больной или вирусоноситель).
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	18. ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ (ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ) ЯВЛЯЕТСЯ _____	контактный и вертикальный. Редко воздушно-капельная
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	19. ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИОБРЕТЁННЫЙ ВИД ИММУНИТЕТА	искусственный активный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	20. ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА ДО _____МКМОЛЬ/Л	До 25 мкмоль/л
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	21. ГЕПАТИТ Е ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ	фекально-оральным
<i>Ответьте на вопрос</i>		
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	22. КАКОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К МАССОВЫМ ЗАРАЖЕНИЯМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А И Е? ПОЧЕМУ?	водный путь. Зараженные источники воды могут использоваться для питьевых, бытовых и хозяйственных нужд большим количеством людей
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	23. ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ КОТОРЫЕ ПОРАЖАЕТ ДИФТЕРИЙНЫЙ ЭКЗОТОКСИН	ткани сердца, центральная нервная система, почки, дыхательная система
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	24. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ДИФТЕРИИ НОСА?	незначительная интоксикация, затрудненное носовое дыхание, сукровичные выделения из носового хода, отечность и гиперемия слизистой с язвочками или фибринозными наложениями, легко снимается. Мацерация на коже носа.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	25. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ДИФТЕРИЯ?	мазок из зева, слизь из носоглотки, кровь. <u>бактериологический метод – основной метод</u>

		исследования серологических (ИФА, РЛА, РНА, РНГА) – определения антител и/или токсина дифтерии
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	26. МЕХАНИЗМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИИ	фекально-оральный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	27. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГЕПАТИТА А СОСТАВЛЯЕТ	15-45 дней
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	28. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ	алиментарный, водный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	29. ЗАРАЖЕНИЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ ВОЗМОЖНО ПРИ	половом контакте, гематогенно через ранки, язвочки, слизистые оболочки; гемотрансфузии, трансплантации органов; использовании не стерильных инструментов (шприцы, скальпели, боры, кусачки, пилки, тату-иглы), от матери к ребенку
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	30. ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ ПРИ COVID-19:	больной человек в первые дни болезни, больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания бессимптомный носитель
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	31. ВЕДУЩИМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОРОНАВИРУСЕ SARS-COV-2 ЯВЛЯЕТСЯ:	воздушно-капельный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	32. ОСНОВНЫЕ КЛЕТКИ МИШЕНИ ПРИ COVID-19 В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:	клетки содержащие АПФ-2 рецепторы, в частности альвеолярные клетки II типа
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	33. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД COVID-19 СОСТАВЛЯЕТ:	2-14 дней, в среднем 5-7 дней
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	34 МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ?	фекально-оральный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	35. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГРИПП _____	ПЦР, ИФА
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	36. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА	РНИФ – исследуются парные сыворотки с интервалом 4-7-10 дней -

	ГЛПС _____	<p>нарастание титра антител к вирусу в 4 раза и более (основной, однако ретроспективный метод);</p> <p>ИФА - определение IgM к вирусу ГЛПС – в лихорадочном периоде болезни информативность достигает 85-89% (тест-система внедряется в клиническую практику);</p> <p>ПЦР - обнаружение фрагментов РНК вируса ГЛПС генно-молекулярным методом - РНК вируса исчезает на 11-15 дни болезни</p>
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	37. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. ЭТАПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ _____	<p>Диагностировать ВИЧ-инфекцию по симптомам очень сложно!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ИФА – иммуноферментный анализ 2. ИБ – иммунный блоттинг 3. ПЦР – полимеразная цепная реакция 4. Иммунологические методы (количество Т-хелперов (СД-4) в единице объема крови, в 1 мкл и соотношение Т-хелперов (СД-4) и Т-супрессоров (СД-8))
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	38. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЮТСЯ _____	больные всеми формами острого инфекционного процесса (желтушные, безжелтушные и бессимптомные формы)
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	39. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ГЕПАТИТА А И ПУТИ _____	фекально-оральный, заражение людей происходит при употреблении инфицированной воды и пищи, иногда контактно-бытовым путем.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	40. В РАЗГАРЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____	цитоллизом, холестаазом, мезенхимально-воспалительной реакцией, нарушением синтетической, дезинтоксикационной и других функции печени
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	41. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ _____	обнаружение методом ИФА анти-HAVIgM
ОПК-2 ОПК-2.1	42. ОСНОВНЫМИ АНТИГЕНАМИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЮТСЯ _____	HBsAg, HBcAg, HBeAg, HBxAg, ДНК вируса и

ОПК-2.2		ферменты — ДНК-полимераза и протеинкиназа
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	43. МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ГЕПАТИТЕ В	контактный и вертикальный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	44. КРИТЕРИЕМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В СЛУЖИТ ОБНАРУЖЕНИЕ В КРОВИ	HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, а также ДНК HBV
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	45. ОСОБЕННОСТЯМИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ	генетическая неоднородность и высокая изменчивость
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	46. ОСНОВНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА ГЕПАТИТА С ЯВЛЯЕТСЯ__	обнаружение в крови РНК HCV, анти-HCV IgM и IgG
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	47. ВИЧ ОБЛАДАЕТ ТРОПИЗМОМ К СЛЕДУЮЩИМ КЛЕТКАМ:	Т-лимфоцитам, В-лимфоцитам, макрофагам, нейронам
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	48. УКАЖИТЕ СЕМЕЙСТВО ВИРУСОВ, К КОТОРОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ ВИЧ:	Retroviridae
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	49. УКАЖИТЕ КЛЕТКИ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ВИЧ-ПЕРСИСТЕНЦИЮ:	макрофаги, CD 4 Т-лимфоциты
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	50. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА	половой
	<i>Дополните</i>	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	51. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ГРИППА - _____. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ - _____	аэрозольный, воздушно-капельный
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	52. ВЫСОКАЯ ПАТОГЕННОСТЬ БАКТЕРИЙ <i>VIBRIO CHOLERAE</i> , ПОЗВОЛЯЕТ ОТНЕСТИ ИХ К _____	II группе патогенности
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	53. ВХОДНЫЕ ВОРОТА ВОЗБУДИТЕЛЯ ОРВИ _____	эпителий верхних и нижних дыхательных путей
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	54. КЛЕТКИ МИШЕНИ ВИРУСА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ _____	CD4+-лимфоциты
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	55. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ГРИППА И ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ _____	больной человек, бессимптомный носитель
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	56. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ СКАРЛАТИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____	воздушно-капельный, возможно и контактно-бытовой путь

ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	57. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ _____	от 12 часов до 5 суток
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	58. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ _____	повышение t тела до 39 ⁰ С, кашель (сухой с мокротой, головная боль, одышка, слабость, боль в горле, заложенность носа)
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	59. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИППА И ОРВИ _____	ПЦР
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	60. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КАКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРЮШНОГО ТИФА НАЗНАЧАЕТСЯ СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ	постельный режим обусловлен необходимостью избегать напряжения мышц живота, что может спровоцировать перфорацию кишки или кровотечение.

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной формеспособностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Тестовые вопросы /заполняется разработчиком	Правильные ответы
<i>Выберите один правильный ответ</i>		
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	1. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: а) инфекционно-токсический шок б) хирургические осложнения в) анафилактический шок г) инфаркт миокарда	а
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	2. К КАТЕГОРИИ ОСОБО-ОПАСНЫХ КАРАНТИННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ: а) чума б) клещевой энцефалит в) ГЛПС г) иерсиниоз	а
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	3. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ МАССОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ: а) дезинсекцию	г

	<ul style="list-style-type: none"> б) дератизацию в) дегазацию г) дезинфекцию 	
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЭТО: а) система наблюдения и анализа инфекционных заболеваний; б) форма организации противоэпидемической работы; в) система динамического и комплексного слежения за эпидемическим процессом инфекционной болезни с целью разработки рекомендации и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий; г) система мер по мониторингу и борьбе с инфекционными болезнями.	в
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	2. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ГЛПС ОТНОСЯТ: а) серозный менингоэнцефалит б) печеночная энцефалопатия в) разрыв печени г) ОПН, ИТШ, ДВС	г
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	3. ДЕГИДРАТАЦИОННЫЙ ШОК ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ: а) сальмонеллеза б) ГЛПС в) ботулизма г) дифтерии	а
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	4. ПРИЗНАКАМ УГРОЗЫ РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ОТНОСЯТ: а) увеличение размеров печени б) диарея в) хлопающий тремор рук г) высокая лихорадка	в
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	5. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТ: а) кишечное кровотечение б) гломерулонефрит в) острый дистресс-синдром г) отек легких	а
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	6. ЭКСТРЕННУЮ СПЕЦИФИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СТОЛБНЯКА ПРОВОДЯТ а) столбнячным анатоксином б) столбнячной вакциной в) антибиотиками г) бактериофагом	а
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ХОЛЕРОЙ III СТЕПЕНИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ а) 5% раствор Глюкозы б) Регидрон в) Цитроглюкосалан г) Хлосоль	г
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	8. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА КОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ а) Пенициллин б) Ципрофлоксацин в) Фуразолидон	б

	г) Эритромицин	
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	9. К НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ COVID-19, ОТНОСЯТСЯ: а) ателектазы легких, сепсис б) ОДН, ОРДС в) ОСН, отек мозга. г) ИТШ, ДВС-синдром	б
	10. ПОНЯТИЕ «ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ» ОЗНАЧАЕТ РАЗВИТИЕ: а) гипертермического синдрома б) острой почечно-печеночной недостаточности в) критического нарушения функций дыхания, кровообращения г) нарушения мозгового кровообращения	в
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	11. ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В БОЛЬШЕНСТВЕ СЛУЧАЕВ ИМЕЕТ ПРИЧИНУ: а) дыхательную б) кардиальную в) почечно-печеночную г) нервную	б
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	12. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОСОБО – ОПАСНОЙ ИНФЕКЦИИ НАЧИНАЕТСЯ: а) остановки кровотечений б) реанимации в) устранения дыхательных расстройств г) медицинской сортировки	г
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	13. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ДОЛЖНО БЫТЬ НАЧАТО ОРГАНИЗОВАННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧС: а) 5 минут б) 15 минут в) 30 минут г) 1 час 5. 2 час	в
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	14. ГЛАВНЫЙ ПРИЗНАК ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: а) А) расширение зрачков б) Б) судороги в) В) потеря сознания г) Г) отсутствие пульса	г
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	15. СООБЩЕНИЕ В ВОЗ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХОЛЕРОЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ОТПРАВЛЕНО а) в течение суток б) после бактериологического подтверждения диагноза в) после определения границ эпидемического очага г) после ликвидации эпидемического очага д) Через сутки после согласования с департаментом здравоохранения	а
	ВЫБЕРИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ	
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	16. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ: а) судороги б) внезапная потеря сознания в) отсутствие пульса на сонной артерии г) гипертермия	б,в

ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	17. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ РЕАНИМАЦИИ: а) регургитация б) гипоксия в) необратимые повреждения мозга г) биологическая смерть	в,г
ПК-3 ПК-3.1 ПК 3.2 ПК-3.3	18. ПОКАЗАНИЕМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ОТСУТСТВИИ АДЕКВАТНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: а) продолжение реанимации б) прекращение реанимации в) констатация биологической смерти г) проведение интубации трахеи	б,в
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	19. ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ: а) наличие гемостатических пятен б) окоченение в) брадикардия г) агональное дыхание	а,б
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	20. БАЗОВЫЕ ЭТАПЫ СЕРДЕЧНО – ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ: а) инфузионная терапия б) противосудорожная терапия в) непрямой массаж сердца г) проведение ИВЛ	в,г
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	21. В РАМКАХ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ХОЛЕРЫ ПРИМЕНЯЮТ: а) пенициллины б) аминогликозиды в) тетрациклины г) цефалоспорины	в,г

<i>Ответьте на вопрос</i>		
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	15. ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОТНОШЕНИИ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ?	Изоляция больных в боксы или палаты инфекционного стационара; использование масок менять каждые 2 часа; транспортировка б-х специальным транспортом; использование одноразового медицинского инструментария.
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	16. В КАКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ ПРОВОДИТСЯ РАБОТА С МАТЕРИАЛАМИ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ЗАРАЖЕНИЕ ОСОБООПАСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ?	В специализированных лабораториях, имеющих специальное разрешение на работу с особо опасными инфекциями
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	17. НА КАКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА?	Желтая лихорадка, холера, чума, лихорадка Эбола, Марбурга, Ласса, Рифт-Валле, менингококковая инфекция, новая коронавирусная инфекция, атипичная пневмония.
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	18. ОСНОВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ	Острая печеночная недостаточность, ДВС-синдром
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	19. СТАДИИ ДВС-СИНДРОМА	- гиперкоагуляции - коагулопатия потребления - гипокоагуляции - исход
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	20. УКАЖИТЕ СТАДИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	- прекома I – предвестники комы - прекома II - сомноленция - кома I - сопор кома II – глубокая кома с арефлексией
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	21. ТИПЫ ОДН ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	- обструктивная - рестриктивная - диффузная нейропаралитическая
<i>Ответьте на вопрос</i>		
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	22. ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С КРОВЬЮ	Манипуляции выполняются в медицинских перчатках; при попадании на кожу или слизистую, в конъюнктиву глаза необходимо провести обработку данного участка антисептиками
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	23. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТНОШЕНИИ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ	изоляция больных в боксы или палаты инфекционного стационара; использование масок менять каждые 2 часа; транспортировка б-х специальным транспортом; использование одноразового медицинского инструментария.
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	24. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСОМ ГРИППА	пневмония, ОРДС
ПК-3 ПК-3.1	25. К ЗООНОЗАМ С ВЫСОКОЙ СПОСОБНОСТЬЮ	чума

ПК-3.3	ПЕРЕДАЧИ ОТ ЧЕЛОВЕКА ЧЕЛОВЕКУ ОТНОСЯТ	
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	26. ПРИ ЗООНОЗАХ ЧЕЛОВЕК:	человек может быть не заразен для окружающих, но циркуляция возбудителя среди людей не имеет никакого значения для его сохранения как биологического вида
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	27. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ НЕОБХОДИМО ОДЕВАТЬ ПРИ РАБОТЕ	С особо-опасными инфекциями
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	28. МЕРЫ ПРОВОДИМЫЕ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	санитарно-гигиенический режим в палатах; дезинфекция в туалетах; дезинфекция постельных принадлежностей
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	29. КАРАНТИН ВКЛЮЧАЕТ:	оцепление зоны заражения, организацию заградительных постов и КПП, запрещение въезда, выезда, проведение иммунопрофилактики
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	30. РАННИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:	одышка до 20-24 в минуту, цианоз, тахикардия
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	31. ОСНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХОЛЕРЫ	противоэпидемические мероприятия по выявлению и ликвидации очага холеры
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	32. ТЕХНИКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С КРОВЬЮ	Манипуляции выполняются в медицинских перчатках; при попадании на кожу или слизистую, в конъюнктиву глаза необходимо провести обработку данного участка антисептиками
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	33. СИЛАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ВЛИЯНИЕ НА ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, МОГУТ БЫТЬ:	биологический, природный и социальный факторы
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	34. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ВИРУСОМ ГЛПС	ИТШ, ДВС, ОПН
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	35. НА ТЕРРИТОРИИ РФ ИМЕЮТСЯ ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ	ГЛПС, чума
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	36. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАК “ВСПЫШКА”, “ЭПИДЕМИЯ” ИЛИ “ПАНДЕМИЯ” ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ	количества больных
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	37. ПРОТИВОЧУМНЫЙ КОСТЮМ НЕОБХОДИМО ОДЕВАТЬ ПРИ РАБОТЕ	С особо-опасными инфекциями

ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	38. МЕРЫ ПРОВОДИМЫЕ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	санитарно-гигиенический режим в палатах; дезинфекция в туалетах; дезинфекция постельных принадлежностей
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	39. КАРАНТИН ВКЛЮЧАЕТ:	оцепление зоны заражения, организацию заградительных постов и КПП, запрещение въезда, выезда, проведение иммунопрофилактики
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	40. КАКОЙ ИММУНИТЕТ ФОРМИРУЕТСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ	естественный
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	41. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КАКОГО _____ ИММУНИТЕТА В ОРГАНИЗМ ВВОДЯТ ВАКЦИНУ	искусственного
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	42. СИСТЕМА МЕР НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ	карантин
ПК-3 ПК-3.2 ПК-3.3	43. СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ОЧАГОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:	максимальным инкубационным периодом
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	44. НА КАКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА	желтая лихорадка, холера, чума, лихорадка Эбола, Марбурга, Ласса, Рифт-Валле, менингококковая инфекция, новая коронавирусная инфекция, атипичная пневмония.
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	45. НАИБОЛЬШАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ВИЧ СОДЕРЖИТСЯ	в крови
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	46. ОППОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ВОЗНИКАЮТ В СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	IVA
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	47. ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ЗАГРЯЗНЕННЫХ КРОВЬЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО, ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ЭТИЛОВОГО СПИРТА	70%
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	48. ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНА	при контакте на рабочем месте (порез кожных покровов во время проведения операции с видимым загрязнением кровью)
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	49 РАБОТА С МАТЕРИАЛОМ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ЗАРАЖЕНИЕ ОСОБООПАСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ	в специализированных лабораториях, имеющих специальное разрешение на работу с особоопасными инфекциями

ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	50. ОСНОВНЫМ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС УПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ	ранняя изоляция источника инфекции и дезинфекция в эпидочаге
ПК-3 ПК-3.2	51. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИМЕНЯЮТ АНТИТОКСИЧЕСКИЕ СЫВОРОТКИ?	Антитоксические сыворотки применяются для лечения токсинемических инфекций (столбняк, ботулизм, дифтерия, газовая гангрена).
ПК-3 ПК-3.2	52. ВЕДУЩИЙ ПРИНЦИП ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ	регидратационных средств
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	53. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧУМЫ	ИТШ, сердечно-легочную недостаточность, менингит, тромбогеморрагический синдром
ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.3	54. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНДРОМУ ОБЕЗВОЖИВАНИЮ	патологическое состояние организма в связи с потерей воды и электролитов
ПК-3 ПК-3.1	55. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ	госпитализации подлежат пациенты с тяжелым или осложненным течением гриппа, а также с соп. патологией: сахарный диабет, ИБС, ХОБЛ, болезнями крови, ЦНС заболеваниями ЦНС.
ПК-3 ПК-3.2	56. СИНДРОМ УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА – ЭТО	острый некроз и недостаточность надпочечников при молниеносной форме менингококкемии
ПК-3 ПК-3.2	57. ДЛЯ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО	повышение температуры тела, потеря сознания, олигоурия, арефлексия, наличие судорог
ПК-3 ПК-3.2	58. КАКИЕ РЕАКЦИИ НЕМЕДЛЕННОГО ТИПА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ	анафилактический шок, отек Квинке, аллергический дерматит
ПК-3 ПК-3.2	59. НАЗОВИТЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК, ПОЧЕМУ	чаще всего инфекционно-токсический шок развивается при менингококкемии, потому что возбудитель вырабатывает мощный эндотоксин.

ПК-3 ПК-3.1 ПК3.2	60. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ФУЛЬМИНАНТНЫХ ФОРМАХ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ	инфекционно-токсический шок
-------------------------	--	-----------------------------

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Вопросы к экзамену по дисциплине «Инфекционные болезни»
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	1. Краткие исторические сведения о развитии учения об инфекционных заболеваниях.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	2. Понятие об инфекционной болезни, закономерности развития инфекционного процесса, его формы, периоды.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	3. Основные свойства микроорганизмов, вызывающих инфекционный процесс, их изменчивость.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	4. Основные факторы защиты макроорганизма от патогенной инфекции.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	5. Классификация инфекционных болезней
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	6. Принципы диагностики инфекционных болезней, основные клинические синдромы, ранняя диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	7. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	8. Роль специфических методов исследования в диагностике инфекционных заболеваний.
ОПК-2 ОПК-2.1	9. Роль серологических и иммунологических методов исследований в диагностике инфекционных заболеваний.

ОПК-2.2	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	10. Организационная структура медицинской помощи инфекционным больным. Устройство и режим работы инфекционного стационара. Кабинет инфекционных заболеваний.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	11. Раннее выявление, правила госпитализации и выписки инфекционных больных, реабилитация и диспансеризация реконвалесцентов.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	12. Тактика врача при выявлении больного с ООИ. Забор материала для лабораторного исследования от больного (трупа) с ООИ.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	13. ИТШ, патогенез, стадии, клиника.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	14. Лечебная тактика при ИТШ. Терапия на этапах медицинской помощи.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	15. ДВС-синдром при инфекционных заболеваниях, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	16. Лечение и профилактика ДВС-синдрома у больных с инфекционной патологией.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	17. Дегидратационный шок. Патогенез, стадии, клиника, лечебная тактика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1	18. Острая почечная недостаточность в клинике инфекционных заболеваний. Патогенез, стадии, клиника, диагностика, показания на гемодиализ.

ПК-3.2 ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	19. Острая печеночная энцефалопатия, механизмы развития, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	20. Вирусные гепатиты А и Е. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	21. Вирусный гепатит В. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	22. Вирусный гепатит Д. Этиология, эпидемиология, патогенез, варианты течения, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	23. Вирусный гепатит С. Этиология, эпидемиология, патогенез, стадии инфекционного процесса, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	24. Ранняя диагностика вирусных гепатитов. Тактика на догоспитальном этапе.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	25. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2	26. Принципы лечения, диспансеризации реконвалесцентов вирусного гепатита и меры профилактики.

ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	27. Брюшной тиф. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, диагностика, лечение, правила выписки. Паратифы А и В.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	28. Брюшной тиф. Специфические осложнения брюшного тифа и их лечение. Диспансеризация и профилактика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	29. Шигеллезы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	30. Пищевые токсикоинфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	31. Холера. Этиология, эпидемиология, патогенез, ранняя диагностика, клиника, лабораторная диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	32. Сальмонеллезы. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, осложнения, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	33. Вирусные гастроэнтериты. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2	34. Энтеровирусные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез,

ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	35. Ботулизм. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	36. Псевдотуберкулез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	37. Иерсиниоз кишечный. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	38. Токсоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	39. Эшерихиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	40. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	41. ГЛПС. Ранняя диагностика и тактика на догоспитальном этапе.

ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	42. ГЛПС. Лабораторная диагностика, лечение, диспансеризация
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	43. Осложнения ГЛПС: клиника, диагностика, лечение и профилактика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	44. Дифференциальная диагностика ГЛПС.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	45. Трихинеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	46. Аскаридоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	47. Энтеробиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	48. Цестодозы (дифиллоботриоз, тениаринхоз, тениоз). Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3	49. Описторхоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	50. Эхинококкозы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	51. Токсокароз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	52. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, лабораторная диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	53. Дифтерия ротоглотки. Клиника, лечение, дифференциальная диагностика с ангинами, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	54. Дифтерия гортани. Клиника, лечение, дифференциальная диагностика с ложным крупом, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	55. Специфические осложнения дифтерии, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	56. Грипп и другие ОРВИ. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, принципы диагностики, лечение
ОПК-2 ОПК-2.1	57. Осложнения гриппа. Клиника, лечение, профилактика.

ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	58. Парагрипп. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	59. Герпесвирусные инфекции. Классификация. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	60. Инфекционный мононуклеоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	61. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	62. Стрептококкозы. Классификация. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	63. Рожь. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2	64. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, лабораторная, диагностика, лечение.

ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	65. Менингококцемия. Клиника, диагностика, лечение. Молниеносная форма.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	66. Менингококковый менингит, менингоэнцефалит. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	67. Осложнения менингококковой инфекции: клиника, неотложная терапия.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	68. Малярия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	69. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	70. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	71. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клиника.
ОПК-2 ОПК-2.1	72. Эпидемиология и профилактика Вич-инфекции.

ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	73. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний.
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	74. ВИЧ-инфекция и оппортунистические заболевания, принципы терапии.

Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков

На открытое задание рекомендованное время – 15 мин

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Задачи
ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	<p align="center">Ситуационная задача № 2</p> <p>Больной В., 41 год, обратился к врачу поликлиники на 6-й день болезни с жалобами на ознобы, повышение температуры тела до 39,2°C, слабость, плохой аппетит, головную боль, плохой сон, чувство тяжести в правом подреберье и в эпигастральной области после еды.</p> <p>Заболевание началось остро с появления лихорадки ремитирующего характера, которая продолжает сохраняться до времени обращения к врачу в пределах 38-39°C. При объективном обследовании состояние больного средней степени тяжести. Кожа и слизистые обычной окраски, лицо гиперемировано. Язык обложен налетом сероватого цвета. В легких патологии не выявлено. Тоны сердца приглушены, пульс 108 уд./мин, АД – 115/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в точке желчного пузыря. Симптом Орнтера положителен. Печень выступает из-под края реберной дуги справа на 2 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: лейкоцитоз 12,0 Г/л, эозинофилия 44%.</p> <p>Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что больной постоянно проживает в г. Иркутске. Около 2 недель тому назад вернулся с севера Томской области, где работал на одном из нефтегазовых месторождений, занимался рыбалкой, употреблял соленую и вяленую рыбу (лещей и язей). Ранее в Западной Сибири не был и местную речную рыбу не пробовал.</p> <p align="center">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулировать диагноз. 2. Составить план обследования с учетом дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями. 3. Какие методы лабораторной диагностики могут помочь в подтверждении диагноза у этого больного? 4. Составить план лечения.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый описторхоз, холангитический вариант, средней степени тяжести. 2. План обследования обязательно должен включать: общий анализ крови в

	<p>динамике, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, щелочная фосфотаза, альфа-амилаза, тимоловая проба, общий билирубин, общий белок, белковые фракции, креатинин), бактериологический посев крови на стерильность и гемокультуру (для исключения сепсиса и тифо-паратифозных заболеваний), УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, копроовоскопию (3-хкратно), иммуноферментный анализ на обнаружение IgM кантигенам <i>Opisthorchis felinus</i>. Через 3-4 недели от момента заражения проводят дуоденальное зондирование с целью обнаружения яиц <i>Opisthorchis felinus</i>.</p> <p>3. В первые 2-3 недели от момента заражения диагноз острого описторхоза можно подтвердить обнаружением IgM к антигенам <i>O. felinus</i> методом иммуноферментного анализа. Яйца <i>O. felinus</i> появляются в кале (их можно обнаружить при копроовоскопии или при микроскопии желчи, полученной при дуоденальном зондировании) не раньше чем через 3 недели после заражения (период необходимый для полового созревания <i>O. felinus</i>).</p> <p>4. Лечение проводят в условиях стационара. Курс патогенетической терапии включает: диету №5, спазмолитики, ферментные препараты, дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию, препараты кальция, энтеросорбенты; при нарастании гиперэозинофилии возможно применение преднизолона в дозе 30-80 мг/сут коротким курсом. После прекращения лихорадки и при положительной динамике назначается билтрицид в дозе 65-75 мг/кг массы тела в 3 приема с интервалом 4 часа по ночной схеме.</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача № 2</p> <p>Больной, С 50 лет, стало «плохо» – закружилась и заболела голова, ослабла, появилась тошнота, затем рвота и многократный жидкий водянистый стул до 20 раз. Выяснилось, что на завтрак она съела бутерброды с колбасой, пролежавшие на столе 3 дня. В отделении больной сделали промывание желудка, после чего ей стало легче. Однако жидкий стул не прекращался, появились кратковременные судороги в икроножных мышцах, через 2 часа – температура 38,5° С, состояние тяжелое. Больная бледная, у нее цианоз губ, пульс – 114 ударов в минуту, слабого наполнения, АД – 60/40 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой, жажда. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области и в области пупка отмечается усиленное урчание и перистальтика. Симптомов раздражения брюшины нет. С утра не мочилась. Поколачивание по пояснице безболезненное. Менингеальных знаков нет. Снова повторялся обильный «водянистый» стул, судороги в нижних конечностях стали чаще и продолжительнее.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC) – $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (HGB) – 160 г/л, лейкоциты (WBC) $11,0 \times 10^9/л$, тромбоциты (PLT) $232 \times 10^9/л$ п/я – 6 %, с/я – 67 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 7 %, СОЭ – 18 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 68 г/л, общий билирубин 9,2 мкмоль/л, АЛТ- 22 Е/л, АСТ- 26 Е/л, тим. проба 3 ЕД.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность – 1019, белок – 0,021, глюкоза – отр., эпит един. в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.</p> <p><i>Копрограмма:</i> консистенция жидкая, крахмал ед. зерна, лейкоциты 1-0 в п.зр., эритроциты 1-0 в п.зр., эпителий 0-1 в п.зр.</p> <p><i>Электролиты:</i> Na плазмы - 125 ммоль/л, К плазмы - 3,1 ммоль/л.</p> <p><i>Сатурация кислорода крови (SpO₂):</i> 96%.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Дайте оценку тяжести состояния и степени обезвоживания? 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Приведите план обследования. 5. Тактика введения.
<p>Ответ</p>	<p>1. 2.ЛТИ, тяжелое течение. Осл.: дегидратационный шок 3ст 3. Сальмонеллез, Холера, Ботулизм, отравление грибами 4. Клинический материал: испражнения, рвотные массы, промывные воды желудка, продукты питания. Методы: - Бактериологический (культуральный метод) – основной;</p>

	<p>-Молекулярно-генетический: ПЦР</p> <p>-Серологический методы для выявления антител применяются ограниченно с целью ретроспективной диагностики</p> <p>5. Больным с тяжёлым и среднетяжёлым течением, социально неустроенным лицам при течении ПТИ любой степени тяжести показана госпитализация в инфекционный стационар.</p> <p>Рекомендована щадящая диета (стол № 2, 4, 13) с исключением из рациона молока, консервированных продуктов, копчёностей, острых и пряных блюд, сырых овощей и фруктов.</p> <p>Ампициллин — по 1 г 4–6 раз в сутки в/м (7–10 дней); хлорамфеникол — по 1 г три раза в сутки в/м (7–10 дней). Фторхинолоны (норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин — по 0,4 г в/в через 12 ч). Цефтриаксон по 3 г в/в через 24 ч в течение 3–4 дней до нормализации температуры. При клостридиозе — метронидазол (по 0,5 г 3–4 раза в сутки в течение 7 дней).</p> <p>Внутривенная регидратация (объём 60–120 мл/кг массы тела, объёмная скорость 70–90 мл/мин). Дезинтоксикация — реополиглюкин по 400 мл в/в после прекращения диареи и ликвидации обезвоживания. Сорбенты; кишечные антисептики (интетрикс♣, энтерол♣); спазмолитики (дротаверин, папаверина гидрохлорид — по 0,04 г); ферменты (панкреатин и др.); пробиотики (сорбированные бифидосодержащие и др.)</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача № 3</p> <p>Больной Л., 23 лет, поступил в инфекционное отделение с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, тошноту, боли в крупных суставах, повышение температуры до 37,8 °С, потемнение цвета мочи. Болен в течение 8 дней, в последние дни отметил появление выраженной слабости, желтушной окраски склер и кожи, зуд кожи, усиление интенсивности болей в суставах, ухудшение общего самочувствия.</p> <p>Из эпидемиологического анамнеза: в течение 2-х лет – регулярное парентеральное введение наркотиков, беспорядочные половые связи.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, сыпи нет. Язык обложен у корня желтым налетом. Суставы обычной конфигурации, движения – в полном объеме. Нижний край печени выходит из-под реберной дуги на 2 см, гладкий, болезненный при пальпации. Симптомы Кера, Ортнера отрицательные. Селезенка не пальпируется. Моча темная, кал сероватого цвета.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты(RBC.)-4,5x10¹²/л, гемоглобин (HGB)-120г/л, лейкоциты (WBC) -4,2x10⁹/л, тромбоциты(PLT) 181x10⁹/л эоз-2%, л 8%, сегм-42%, мон-10% лимф.-38%, СОЭ-10 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1015, белок отрицат., эп. ед в поле зрения, реакция на желчные пигменты +++ , уробилин ++.</p> <p><i>Биохимический анализ крови</i> – общий билирубин – 165 мкмоль/л, прямой – 82 мкмоль/л., АЛТ – 2300 ЕД/л, АСТ – 1800 ЕД/л, ЩФ 806 ед/л, тимоловая проба – 15 ЕД.,</p> <p><i>Коагулограмма:</i> протр вр -14,1 с, фибриноген -3,7 мкмоль/л, тромб время -16,5 с; ПТИ- 78 %,</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваше мнение по диагнозу. 2. Какие биохимические сдвиги наиболее характерны для данной патологии? 3. Какие наиболее информативные методы диагностики данного заболевания? 4. Назовите наиболее вероятное осложнение для данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<p>1.Острый вирусный гепатит В, средней степени тяжести</p> <p>2. Синдром нарушения целостности гепатоцитов (синдром цитолиза): увеличение индикаторных ферментов: АсАТ, АлАТ, ЛДГ (ЛДГи ЛДГв); увеличение специфических печеночных ферментов: фр-1-Ф-А, СДГ; увеличение также: билирубина (прямой), сыворот.Фе, ферритин, В12 - Синдром холестаза (нарушение экскреторной функции): повышение ЩФ, ЛАП, ГТПП;</p>

	<p>увеличение ФЛ, ХС, бета-ЛП, прямого билирубина, желчных кислот; понижение экскреции бронсульфалеина, радиофармакологических препаратов;</p> <p>-Мезенхимально-воспалительный синдром повышение гамма-глобулинов; белково-осадочные пробы; СОЭ, С-реактивный белок;</p> <p>Ig; изменяются иммунные реакции</p> <p>4.ПЦР на специфические маркеры ДНК HBV, Серологические маркеры: HBsAg, антиHBsAg, антиHBe (сумм), анти-HBe Ig M, HBe Ag, антиHBe Ag</p> <p>4. ОПечН, ОПЭ</p>
<p>ОПК-2</p> <p>ОПК-2.1</p> <p>ОПК-2.2</p> <p>ПК-3</p> <p>ПК-3.1</p> <p>ПК-3.2</p> <p>ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача № 4</p> <p>Больная С., 36 лет, обратилась к врачу 16.04. с жалобами на боль в горле при глотании, повышение температуры до 38,6 °С, умеренную головную боль. Заболела 14.04. – появилась боль в горле, которая усиливалась. Утром 15.04. больная осмотрела свое горло с помощью зеркала и увидела налет на миндалинах. Полоскание раствором поваренной соли улучшения не принесло. 16.04. утром обнаружила припухлость под нижней челюстью справа. Обратилась к врачу. Врачом отмечено среднетяжелое состояние больной, бледность лица, наличие тестообразного отека шеи до ее середины. Кожа над поверхностью отека обычного цвета, пальпировались слегка болезненные подчелюстные лимфоузлы справа. При осмотре ротоглотки выявлены багрово-синюшная окраска слизистой, резкая отечность правой миндалины, наличие на ней сплошного налета грязно-серого цвета, переходящего на мягкое небо, язычок и правую дужку. При попытке снять налет шпателем слизистая кровоточила. Дыхание не затруднено, голос обычный. Тахикардия – 100 ударов в минуту, АД – 170/90 мм рт. ст.</p> <p><i>Общий анализ крови</i> на 3й день болезни эритроциты (RBC) 3,7×10¹²/л, гемоглобин (HGB) – 122 г/л, лейкоциты (WBC) – 18,1×10⁹/л, тромбоциты(PLT)- 184 x10⁹/л, СОЭ – 29 мм/час.</p> <p>Лейкоформула: э 1%,; п 3%; сегм 66%; лимф 16%; м -15%;</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность 1020, белок 0,26 г/л, глюкоза –отр, эпит в большом количестве, л 10-12 в пзр, эритр 5-6 в поле зр.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 69 г/л, общий билирубин-15,0 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ 45 Е/л, АСТ 39 Е/л, ЩФ 93 Е/л, тим пр- 3 ед</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз Вы предполагаете. 2. Возбудитель заболевания? 3. При данном заболевании характерные пути передачи? 4. Дифференциальный диагноз.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дифтерия ротоглотки распространенная, субтоксическая форма, среднетяжелое течение 2. <i>Corynebacterium diphtheriae</i> (бациллы Леффлера) – это грамположительные бактерии рода <i>Corynebacterium</i>, 3 типа : • var. ravis-короткие, • var. mitis-длинные, • var. Intermedius 3. Заболевание передается воздушно-капельным путем, источником инфекции являются больные люди или бактерионосители. 4. Инфекционный мононуклеоз, Эпидемический паротит, паратонзиллярный абсцесс
<p>ОПК-2</p> <p>ОПК-2.1</p> <p>ОПК-2.2</p> <p>ПК-3</p> <p>ПК-3.1</p> <p>ПК-3.2</p> <p>ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача № 5</p> <p>Больной Т. 33 лет поступил в клинику 12 августа. В течение июля работал в саду за городом, строил дом. Заболел остро 5 августа: температура повысилась до 40°С, в течение 6 дней повторялись ознобы; в последующем температура до 12 дня была субфебрильной.</p> <p>Жаловался на сильную головную боль, повторную рвоту, боли в области поясницы и живота с 1-го дня болезни, плохой сон, отсутствие аппетита. На 6 день болезни ухудшилось зрение, появились геморрагии на груди. При поступлении в больницу состояние больного было очень тяжелое. Гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине обильная петехиальная сыпь, в местах инъекций – обширные кровоподтеки. В склере правого глаза – кровоизлияние. Слизистая ротовой полости сухая, на</p>

	<p>твердом небе энантема. В легких везикулярное дыхание. Пульс 68 уд. В мин., ритмичный, мягкий, АД 140/90 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в области печени. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. Менингеальных знаков нет. На 8-й день болезни выделил мочи – 750 мл, за следующие сутки – 350 мл мочи, на 9-й день – 150 мл. Отмечал сухость во рту, резкую слабость, рвоту, боли в пояснице.</p> <p><i>В общем анализе крови:</i> эритроциты(RBC) $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 120 г/л, лейкоциты(WBC) – $3,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты(PLT)- $58 \times 10^9/л$ СОЭ – 28 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> Относительная плотность – 1018, белок – $3,3 \text{ }^0/_{00}$, эритроциты свежие 14-17 в п зр, цилиндры гиалиновые 7-10-11 в п зр, единичные клетки Дунаевского.</p> <p><i>Моча по Нечипоренко:</i> -лейкоциты -4 500 в 1 мл, эр 2 550 в 1 мл.</p> <p><i>Коагулограмма:</i> протр вр -14,1 с, фибриноген -3,7 мкмоль/л, тромб время -16,5 с; ПТИ- 76 %,</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 59 г/л, общий билирубин-23,0 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ 36 Е/л, АСТ 33 Е/л, мочевины 21 ммоль/л, креатинин 608 мкмоль/л</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз с указанием периода заболевания. 2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? 3. План обследования и лечения. 4. Показания для проведения гемодиализа.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ГЛПС, олигоанурический пениод, средней степени тяжести 2. Лептоспироз, Менингококкцемия, Гломерулонефрит, пиелонефрит и т.д 3. РНИФ (МФА) увеличение титра в 4 раза в парных сыворотках 2хкратно, ИФА определение IgM 4. Клинические показания: олигоурия более 3дн, анурия более 1дн, токсическая энцефалопатия с явлениями начинающегося отека мозга и судорожным синдромом, начинающийся отек легких на фоне олигоанурии. Лабораторные: азотемия – мочевины более 26-30 ммоль/л, креатинин более 700-800 мкмоль/л; гиперкалиемия – 6,0 ммоль/л и выше; ацидоз с ВЕ – 6 ммоль/л и выше, рН 7,25 и ниже.
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №6</p> <p>В терапевтическое отделение поступила больная 36 лет с диагнозом «пневмония». Больна 2 недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином, бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшалось, температура держалась в пределах 37,5-38,2°C. Обратилась в поликлинику. Госпитализирована.</p> <p><i>Из анамнеза:</i> в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ. Опоясывающий лишай 3 года назад. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние 5-6 месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день, похудела на 4 кг. Связывает плохое самочувствие с потерей ребенка, который часто болел и умер в 5-месячном возрасте. Работала по контракту в Африке 2 года назад, чувствовала себя хорошо.</p> <p><i>При осмотре:</i> пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8 см, болезненные. На слизистой оболочке полости рта – афты. Частота дыхания до 30 в минуту, в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс – 96 уд. В минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Врачом терапевтического отделения поставлен диагноз «хроническая пневмония».</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC) – $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (HGB) – 120 г/л, лейкоциты (WBC) $3,8 \times 10^9/л$, тромбоциты(PLT) $192 \times 10^9/л$ эозинофилы – 2 %, п/я – 7 %, с/я – 72 %, лимфоциты – 9 %, моноциты – 10 %, СОЭ – 30 мм/час.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 49 г/л, билирубин общий – 18,1 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ – 72 Е/л, АСТ – 68 Е/л., тим пр- 5 ед.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность 1006, белок 1,41%, глюкоза-</p>

	<p>отрицат., эп. ед в больш кол-ве в пзр, лейко 4-5-7 в поле зрения, эритро 2-4-1 в пзр. <i>Иммунограмма:</i> резко снижено количество CD4+-лимфоцитов и увеличено содержание CD8+-лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс меньше 1. <i>Рентгенологические исследования легких:</i> на обзорной рентгенограмме выявлены интерстициальные изменения (периваскулярное). <i>Сатурация кислорода крови (SpO₂):</i> 94%.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выскажите мнение о диагнозе. 2. Наметьте план обследования. 3. Интерпретации лабораторных данных? 4. Определите тактику ведения больной. 5. Какие препараты следует назначить пациентке?
<p>Ответ</p>	<p>1.ВИЧ-инфекция, 4В стадия, среднетяжелое течение Пневмоцистная пневмония (?)</p> <p>2.Обследование в 2 этапа: 1ый – ИФА на суммарные АТ к ВИЧ-инфекции (скрининговый м-д, делают всем) 2ой – Иммуноблотинг определение специфических АТ к определенным белкам 3ий – ПЦР на определение специфических фрагментов РНК ВИЧ-инфекции (при сомнительном иммуноблотенге; количественная ПЦР (копии вирусов) для определения динамики АРВТ и стадий ВИЧ) Обследование на оппортунистические инфекции</p> <p>3. лейкопения с лимфопенией в связи с снижением иммунных клеток в частности Т-хелперов. гипопроотеинемия из-за белковой недостаточности, незначительная ферментемия, протеинурия из-за высокого расхода белков. Изменения в иммунограмме из-за иммунодефицита</p> <p>4.При положительном ИФА отправить больного на иммуноблот в СПИД-центр, при положительном результате взять на учет и назначить АРВТ. Параллельно лечение вторичных инфекций.</p> <p>5. АРВТ в соответствии с жизненным циклом вируса: - ингибиторы фузии – инфуовиртид (фузеон, Т-20) -ингибиторы обратной транскрипции – НИОТ (Зидовудин (AZT/ZDV), Фосфазид, Ламивудин (ЗТС), Ставудин (d4T), Диданозин (ddI), Абакавир (АВС)) и ННИОТ (Невирапин (NVP), Ифавиренц/эфавиренз (EFV), Этравирин (ETR)) -ингибиторы интегразы – ралтегравир (исентресс) – ингибиторы протеазы (Индинавир, Саквинавир, Дарунавир, Нелфинавир, Фосампренавир, Лопинавир/ритонавир, Атазанавир) -Антагонист CCR5 - Maraviroc (MVC) с 16 лет -Сборка вируса и выход из клетки - препараты отсутствуют</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №7</p> <p>Больная Ж. 30 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на недомогание, слабость, повышение температуры тела до 37,3⁰С, неприятные ощущения, зуд и жжение в области грудной клетки справа. Накануне заметила появление красноты и пузырьковых высыпаний на коже спины. Хронические заболевания у себя отрицает.</p> <p><i>Объективно:</i> состояние средней тяжести. На коже спины, в левой подлопаточной области, на отечном и гиперемированном участке кожи - группы пузырьков, наполненные серозным содержимым. Слизистая ротоглотки розовая, чистая. Пальпируются мелкие, слегка болезненные подмышечные лимфоузлы справа. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварительной системы патологии не выявлено. Сознание ясное. Менингеальных и очаговых неврологических симптомов нет.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты(RBC)- 3,6 × 10¹²/л, гемоглобин (HGB) – 123 г/л, лейкоциты (WBC)- 8,5 × 10⁹/л, тромбоциты(PLT)- 198 х10⁹/л, СОЭ- 31 мм/ч лейкоформула: эоз.- 1%; п.- 2%; сегментояд – 40%; лимф.- 51%; мон.- 6%.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 62 г/л, мочевины 7,9 ммоль/л, креатинин 103 мкмоль/л, общий билирубин 14,3 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ 34 Е/л,</p>

	<p>АСТ 29 Е/л, ЩФ 41 Е/л, тим пр- 4 ед. <i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность 1020, белок 0,06%, глюкоза –отр, эпит ед в пзр., лейкоциты 2-3 в пзр, эрит 5-6 в поле зр.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. План обследования. 4. Какие рекомендации по лечению пациентки?
	<p>1.Опоясывающий герпес, средней степени тяжести</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Рожистое воспаление, менингококцемия, аллергический дерматит, неврит 3. диагностика наклинико-эпидемиологических данных, ИФА на АТ к VZ, ПЦР диагностика при необходимости. 4. Местная обработка сыпи антисептиками. Единственной. эффективной терапией Varicellazoster virus является системное назначение противовирусных препаратов. Назначение противовирусной терапии рекомендуется в течение 72 часов с момента появления клинических проявлений заболевания, однако в более поздние сроки также возможно назначение противовирусной терапии. Схемы противовирусной терапии опоясывающего герпеса у взрослых пациентов: Валацикловир 1000мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней, Или Фамцикловир 500мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней, Или Ацикловир 800мг 5 раз в сутки перорально в течение 7—10. дней. <p>Симптоматическое и патогенетическое лечение</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №8</p> <p>Больной Т., 41 года, поступил в терапевтическое отделение 7 сентября с диагнозом «острый пиелонефрит». Заболел остро 5 сентября, температура поднялась до 40°С, отмечал озноб, сильную головную боль, боли в пояснице и в животе, плохой сон, отсутствие аппетита. 11 сентября состояние больного ухудшилось, стал вял, заторможен, рвота «кофейной гущей».</p> <p><i>При осмотре:</i> отмечалась гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине – скудная, линейная петехиальная сыпь; в местах инъекций обширные кровоподтеки; кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 70 уд. в минуту, ритмичный. АД – 120/90 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правой половине. Поколачивание по пояснице резко болезненно с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. За сутки выделил 150 мл мочи.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 67 г/л, общий билирубин-18,0 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ 41 Е/л, АСТ 32 Е/л, ЩФ 43 Е/л, тим пр- 2 ед, креатинин – 710 мкмоль/л, мочевина – 22,4 ммоль/л.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты(RBC) - $3,2 \times 10^{12}$/л, гемоглобин (Hb) – 105 г/л, лейкоциты (WBC) – $10,5 \times 10^9$/л, , тромбоциты(PLT) 98×10^9/л., СОЭ – 25 мм/час</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность – 1020, белок – 6,6 ‰, эритроциты – 8-10-15 в пзр. 10 в п\з, цилиндры гиалиновые – 7-8 в пзр. <i>Моча по Нечипоренко:</i> -лейкоциты -7 300 в 1 мл, эр 1 850 в 1 мл.</p> <p><i>Коагулограмма:</i> протр вр -14,1с , фибриноген -2,9 мкмоль/л, тромб время -16,5 с; ПТИ- 67 %,</p> <p><i>Эпидемиологический анамнез:</i> в течение последнего месяца находился в Благовещенском районе, строил дом, складывал в сарай стройматериалы и доски</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Выделите основные синдромы заболевания? 3. О каких осложнениях можно думать? 4. Лечебные мероприятия.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ГЛПС, олигоанурический период, тяжелое течение 2.ИТШ 1 ст (компенсация) ДВС-синдром 3. РНИФ (МФА) увеличение титра в 4 раза в парных сыворотках 2хкратно, ИФА определение IgM 4. Лечение при олигоанурическом периоде. Диета (исключение соли,

	<p>продуктов богатые минералами, снижение употребления жидкости в соответствии с диурезом). Патогенетическая терапия: Дезитоксикационная терапия проводится в объеме: сколько выделили за сутки мочи + 500-700мл с учетом физ.потерь (с учетом калия в крови). Стимулируют диурез лазиксом. Лечение осложнений.</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №9</p> <p>Пациентка 25 лет обратилась в поликлинику с жалобами на постоянный кашель, субфебрильную температуру на протяжении одного месяца, похудание, жидкий стул частый водянистого характера, с 18 лет употребляет наркотики.</p> <p><i>При осмотре:</i> состояние тяжелое, температура 37,2° С. Больная вялая, тургор тканей понижен, гипотрофична, отмечается увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов. Зев гиперемирован, на миндалинах имеется белесоватый налет легко отделяемый. АД 110/60 мм. Рт. Ст., пульс 80 ударов в 1 минуту. Печень увеличена у края реберной дуги.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC)– 4,0×10¹²/л, гемоглобин (HGB) – 97 г/л, лейкоциты (WBC) – 2,5×10⁹/л, тромбоциты(PLT) 182×10⁹/л СОЭ – 35 мм/час. Лейкоформула: эоз – 1 %; п/я – 4 %; с/я – 53 %, лимфоциты – 36 %, моноциты – 6 %.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 53 г/л, билирубин общий – 19,4 мкмоль/л, пр- нет, АЛТ – 64 Е/л, АСТ – 71 Е/л., тим пр- 6 ед.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> относительная плотность 1006, белок 1,03%, глюкоза-отрицат., эп. ед в больш кол-ве в пзр, лейкоц 4-5-7 в поле зрения, эритроц 2-4-1 в пзр. В иммунограмме резко снижено количество CD4+-лимфоцитов и увеличено содержание CD8+-лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс меньше 1. <i>Сатурация кислорода крови (SpO₂):</i> 93%.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки? 2. Какие эпидемиологические данные подтверждают предполагаемый диагноз? 3. План обследования для уточнения диагноза. 4. Тактика ведения больной.
<p>Ответ</p>	<p>1. ВИЧ-инфекция</p> <p>2.с 18 лет употребляет наркотики</p> <p>3.Обследование в 2 этапа:</p> <p>1ый – ИФА на суммарные АТ к ВИЧ-инфекции (скрининговый м-д, делают всем)</p> <p>2ой – Иммуноблотинг определение специфических АТ к определенным белкам</p> <p>3ий – ПЦР на определение специфических фрагментов РНК ВИЧ-инфекции (при сомнительном иммуноблотенге; количественная ПЦР (копии вирусов) для определения динамики АРВТ и стадий ВИЧ)</p> <p>Обследование на оппортунистические инфекции</p> <p>3. лейкопения с лимфопенией в связи с снижением иммунных клеток в частности Т-хелперов. гипопропротеинемия из-за белковой недостаточности, незначительная ферментемия, протеинурия из-за высокого расхода белков. Изменения в иммунограмме из-за иммунодефицита</p> <p>4.При положительном ИФА отправить больного на иммуноблот в СПИД-центр, при положительном результате взять на учет и назначить АРВТ. Параллельно лечение вторичных инфекций.</p> <p>АРВТ в соответствии с жизненным циклом вируса:</p> <p>- <u>ингибиторы фузии</u> – инфувиридин</p> <p>-<u>ингибиторы обратной транскрипции</u> – <u>НИОТ</u> (Зидовудин (AZT/ZDV), Ламивудин (ЗТС), Абакавир (АВС)) и <u>ННИОТ</u> (Невирапин (NVP)</p> <p>-<u>ингибиторы интегразы</u> – ралтегравир (исентресс) – <u>ингибиторы протеазы</u> (Лопинавир/ритонавир, Атазанавир)</p> <p>-<u>Антагонист CCR5</u> - Maraviroc (MVC) с 16 лет</p> <p>-<u>Сборка вируса и выход из клетки</u> - препараты отсутствуют</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №10</p> <p>Больной, 36 лет, поступает в инфекционный стационар с жалобами на повышение температуры до 38,6⁰С, тошноту, рвоту, тяжесть в правом подреберье, выраженную слабость, желтушное окрашивание склер, потемнение цвета мочи, осветление кала последние два дня. За два месяца до ухудшения самочувствия было переливание крови по экстренным показаниям (попал в автомобильную</p>

ПК-3.3	<p>катастрофу).</p> <p><i>Объективно:</i> Сознание ясное, адекватен, кожные покровы желтушные, умеренная желтушность склер и слизистой ротоглотки, печень выступает из-под края реберной дуги на +1+2+2 см, умеренно чувствительная при пальпации.</p> <p>Из лабораторных данных обнаружено: <i>общий анализ крови</i> –эритроциты (RBC) - $3,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин (HGB)–101 г/л, лейкоциты(WBC)- $3,4 \times 10^9$/л, Тромб(PLT) - 180×10^9/л., СОЭ – 8 мм/ч,</p> <p><i>Биохимический анализ</i> – АЛТ – 1225 е/л, АСТ – 911е/л, общий билирубин – 198 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, тимоловая проба – 14 ЕД.</p> <p><i>Коагулограмма:</i> протр вр -14,1 с, фибриноген -3,0 мкмоль/л, тромб время -15,5 с. ПТИ- 76 %.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1021, белок -0,12г/л, эп. ед в поле зр л- 8-9 в пзр., эр- 4-6, желчн пигм+</p> <p>Из специфических маркеров обнаружены анти HCV Ig M., обнаружены методом ПЦР - РНК (HCV), HBs Ag (-), анти Hbcor Ig M и G не обнаружены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. Ваш прогноз в отношении исходов и риска развития осложнений?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1.Острый вирусный гепатит С, средней степени тяжести. 2. Осложнение ОПечН с ОПЭ. Исходы хронизация процесса, цирроз печени с развитием портальной гипертензии, ВРВП, асцитом, гепатоцеллюлярная карцинома.
<p>ОПК-2</p> <p>ОПК-2.1</p> <p>ОПК-2.2</p> <p>ПК-3</p> <p>ПК-3.1</p> <p>ПК-3.2</p> <p>ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №11</p> <p>Больной Ю., 38 лет, заболел после командировки в Китай. Заболевание началось подостро с озноба, головной боли, першения в горле, сухого кашля. В течение нескольких дней указанная симптоматика сохранялась. Затем температура поднялась до 39 °С, у больного появилось чувство «нехватки воздуха», одышка, стеснение в груди, сердцебиение, тошнота, жидкий стул 2-3 раза.</p> <p><i>Объективно:</i> состояние тяжелое, выражена интоксикация, температура - 39,5°С</p> <p>В зеве - гиперемия слизистых, нёба, задней стенки глотки. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 92 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст.</p> <p>В легких в нижнебоковых отделах определяется притупление легочного звука, аускультативно – мелкопузырчатые хрипы и крепитация.</p> <p>Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в околопупочной области.</p> <p>Диурез снижен. Стул разжижен 1 раз</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC)$3,8 \times 10^{12}$/л, гемоглобин (HGB) 98 г/л, лейкоциты(WBC) $2,7 \times 10^9$/л, тромбоциты(PLT)- 243×10^9/л СОЭ- 24 мм/ч</p> <p>Лейкоформула: п/я 3%; э-2%; сегментоядерные 55%; мон-13%; лимф 27%.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 63 г/л, мочевины 8,0 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, общий билирубин 13,4 мкмоль/л, прямой -нет, АЛТ 34 Е/л, АСТ 29 Е/л, ЩФ 41 Е/л, тим пр- 4 ед.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1016, белок отр., эп. ед в поле зрения, л- 4-8 в пзр., эр-0-1</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки - отмечается усиление легочного рисунка по всем полям</p> <p><i>Сатурация кислорода крови (SpO₂):</i> 96%.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать. 2. Какие болезни из группы ОРВИ Вы знаете? 3. Лабораторная диагностика? 4. Ваши рекомендации по лечению больного.
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1.COVID-19, нижнедолевая двусторонняя пневмония, средней степени тяжести 2. Грипп, Риновирусная инфекция, Парагрипп, РС-вирусная инф т.д 3. ПЦР мазка из зева и носоглотки. ИФА

	<p>4. Дыхательная гимнастика, пропозиция. Обильное дробное питье. Этиотропная терапия: умифеновир, фавипиравир, ИФ человеческий альфа 2 бета, ремдесивир в первые дни болезни. Патогенетическая: дезинтоксикационная терапия, антикоагулянты для предупреждения тромбообразования, ГКС.</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №12</p> <p>Больной Н., 28 лет, заболел остро: появились озноб, головная боль, головокружение, кратковременная потеря сознания; к вечеру повысилась температура до 39 °С, что сопровождалось тошнотой и однократной рвотой. На 2-й день заболевания был обильный водянистый стул зеленоватого цвета без патологических примесей, беспокоили периодические боли в околопупочной области. Осмотрен участковым терапевтом и направлен на госпитализацию в инфекционное отделение.</p> <p>При поступлении: состояние средней степени тяжести; больной возбужден, температура – 37,5 °С; кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, умеренно влажные. Язык обложен белым налетом, суховат. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс – 88 ударов в минуту, АД – 100/65 мм рт. Ст. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной и околопупочной областях. Печень, селезенка не увеличены. Стул обильный, водянистый, каловый, зеленоватого цвета, зловонный, с примесью слизи.</p> <p>Из эпидемиологического анамнеза: за несколько часов до заболевания употреблял в пищу свежие куриные яйца.</p> <p><i>В общем анализе крови:</i> эритроциты(RBC) 4,5×10¹²/л, гемоглобин(HGB) – 121 г/л, лейкоциты(WBC) – 13,1×10⁹/л, тромбоциты(PLT)- 225 ×10⁹/л СОЭ – 31 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1016, белок отр., эп. ед в поле зрения, л- 4-8 в пзр., эр-0-1в п зр, бакт++;</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 68 г/л, общий билирубин- 15,0 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ 57 Е/л, АСТ 49 Е/л, ЩФ 36 Е/л, тим пр- 3 ед.</p> <p><i>Копрологическое исследование:</i> консистенция жидкая, цвет светло-коричневый, реакция на скрытую кровь отрицат., неперевариваемая клетчатка +, крахмал единичные зерна, слизь ++, лейкоциты 8-10 в п.зр., эритроциты 1-2 в п.зр., простейшие и яйца глист не обнаружены, грибки дрожжевые – отриц</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 3. Какие осложнения могут быть в данном случае? 4. Проведите дифференциальный диагноз.
<p>Ответ</p>	<p>1.Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение</p> <p>2. Клинический материал: испражнения, ректальный мазок. Методы: - Бактериологический (культуральный метод) – основной; -Молекулярно-генетический: ПЦР -Серологический методы для выявления антител применяются ограниченно с целью ретроспективной диагностики</p> <p>3.ИТШ, ДГШ, ДВС-с-м</p> <p>4. Холер, ПТИ, Шигеллез, Брюшной тиф. Острый живот, Инфаркт миокарда абдоминальная форма</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №13</p> <p>Больной, 18 лет, отметил появление кашля, насморка, повышение температуры до 37,6°С. В поликлинике поставлен диагноз «ОРЗ», лечился аспирином. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток была рвота, появилась тошнота, тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, температура повысилась до 38,3°С.</p> <p><i>При повторном осмотре</i> врачом на 5 день болезни выявлены: обложенность языка, вздутие и болезненность живота в эпигастрии и околопупочной области. С диагнозом «пищевая токсикоинфекция» был госпитализирован в стационар.</p>

	<p><i>В приемном отделении</i> отмечена небольшая желтушность кожи, иктеричность склер, цвет мочи темный. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2-3 см, чувствительная при пальпации. Селезенка увеличена. Пульс – 52 в минуту, АД – 100/60 мм.рт.ст. Из анамнеза выяснилось, что заболели еще два человека, бывшие вместе с заболевшим в туристической поездке.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC)– $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (HGB) – 140 г/л, лейкоциты(WBC) - $4,0 \times 10^9/л$, тромбоциты (PLT) - $180 \times 10^9/л$, СОЭ – 3 мм/час.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> Относительная плотность – 1012, белок – отр., в осадке мочи единичные лейкоциты, желчные пигменты+, уробилин +.</p> <p><i>В биохимическом анализе:</i> общий белок 75 г/л – АЛТ – 1400 ЕД/л, АСТ – 1250 ЕД/л, общий билирубин – 86 мкмоль/л, прямой – 41 мкмоль/л, тимоловая проба – 7 ЕД.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз. Обоснуйте. 2. Какие лабораторные методы исследования следует привести для уточнения диагноза? 3. Дайте рекомендации по лечению данного больного. 4. Существует ли специфическая профилактика данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средне-тяжелое течение 2. ИФА крови на anti-HAV IgM. ПЦР на выявление HAV РНК 3. Диета (самостоятельно). Патогенетическое и симптоматическое лечение. Специфического этиотропного лечения нет. 4. Вакцинация по эпид. показаниям
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №14</p> <p>В инфекционное отделение больницы поступил больной П., 19 лет. При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры, слабость, отсутствие аппетита, сонливость, появление опухолевидных образований слева и справа на шее, заложенность носа, боли в горле при глотании.</p> <p>При объективном обследовании состояние больного тяжелое, температура – 39 °С. Кожа чистая, нормальной окраски. При пальпации в области шеи определяются увеличенные лимфоузлы. Подмышечные и паховые лимфоузлы также увеличены. В зеве – разлитая гиперемия, небные миндалины увеличены до II степени, покрыты рыхлыми, бугристыми налетами. Носовое дыхание затруднено, отмечается пастозность лица, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 88 уд в мин. Отмечается увеличение печени и селезенки.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> лейкоциты (WBC) - $13, 9 \times 10^9/л$; эритроциты (RBC)- $4,3 \times 10^{12}/л$; гемоглобин HGB) – 125 г/л, тромбоциты(PLT)- $211 \times 10^9/л$,СОЭ – 37 мм/час;</p> <p>лейкоформула: ю. – 2%; э. – 0; сегментояд- 28%; лимф. – 32%; мон. – 17%, встречаются атипичные гигантские мононуклеары- 21%.</p> <p><i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 70 г/л, мочевины 7,9 ммоль/л, креатинин 89 мкмоль/л, общий билирубин 20,0 мкмоль/л, пр-нет, АЛТ- 68 Е/л, АСТ- 91 Е/л, ЩФ 82 ед/л, тим. проба 5 ЕД.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1018, белок 0,07 г/л., эп. ед в поле зр, л- 3-5 в пзр., эр- 1-2 в пзр.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз 2. Наиболее вероятный путь заражения при данном заболевании 3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза? 4. С какими заболеваниями провести дифференциальную диагностику? 5. Выберите основные препараты для лечения данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелое течение. 2. Аэрозольный механизм передачи, воздушно-капельный путь 3. ИФА на АТ К ВЭБ, ПЦР на специфические фрагменты ДНК ВЭБ 4. Дифтерия ротоглотки, ангина, скарлатина, лейкозы

	<p>5. Этиотропная терапия эффективна только при тяжелом течении. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия, ГКС, Антибактериальная терапия (пенициллины запрещены)</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p align="center">Ситуационная задача №15</p> <p>Больной Ю., 38 лет, заболел после командировки в Китай. Заболевание началось подостро с озноба, головной боли, першения в горле, сухого кашля. В течение нескольких дней указанная симптоматика сохранялась. Затем температура поднялась до 39 °С, у больного появилось чувство «нехватки воздуха», одышка, стеснение в груди, сердцебиение, тошнота, жидкий стул 2-3 раза. Объективно: состояние тяжелое, выражена интоксикация, температура - 39,5°С В зеве - гиперемия слизистых, нёба, задней стенки глотки. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 92 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. В легких в среднелобковых отделах определяется притупление легочного звука, аускультативно – мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в околопупочной области. Диурез снижен. Стул разжижен 1 раз <i>Общий анализ крови:</i> эритроциты (RBC) $3,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (HGB) 98 г/л, лейкоциты (WBC) $2,7 \times 10^9/л$, тромбоциты (PLT) - $243 \times 10^9/л$ СОЭ- 34 мм/ч Лейкоформула: п/я 3%; э-2%; сегментоядерные 55%; мон-13%; лимф 27%. <i>Биохимический анализ крови:</i> общий белок 63 г/л, мочевины 8,0 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, общий билирубин 13,4 мкмоль/л, прямой -нет, АЛТ 34 Е/л, АСТ 29 Е/л, ЩФ 41 Е/л, тим пр- 4 ед. <i>Общий анализ мочи:</i> уд. вес 1016, белок отр., эп. ед в поле зрения, л- 4-8 в пзр., эр-0-1 Рентгенография органов грудной клетки - отмечается усиление легочного рисунка по всем полям <i>Сатурация кислорода крови (SpO₂):</i> 96%.</p> <p align="center">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать 2. Какие болезни из этой группы вы знаете? 3. Лабораторная диагностика? 4. Ваши рекомендации по лечению больного 5. Есть ли профилактика данного заболевания.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Грипп (H₁N₁). Типичный, неосложненный. Дифференцировать с другими ОРВИ. 2. Парагрипп, КВИ, КОВД-19, Аденовирусная инфекция, РС-вирусная инфекция, Риновирусная инфекция 3. ПЦР мазка из зева и носоглотки. ИФА 4. Дыхательная гимнастика, пропозитивная. Обильное дробное питье. Этиотропная терапия: ингибиторы нейроминидазы (осельтамивир), ИФ альфа 2 бета. Дезинтоксикационная терапия 5. Дистанцирование, самоизоляция, средства индивидуальной защиты, вакцинация по календарю прививок ежегодно
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p align="center">Ситуационная задача №16</p> <p>После внезапно развившегося приступа сильной головной боли с рвотой, судорогами и потерей сознания больная Е., 25 лет, была осмотрена врачом «скорой помощи» и направлена на госпитализацию для обследования в неврологическое отделение, где приступ больше не повторился и состояние оставалось удовлетворительным. При объективном осмотре в области правого плеча и предплечья было обнаружено несколько уплотнений в виде подкожных узелков размером с горошину. Кроме того, было выяснено, что у больной в течение нескольких лет периодически отмечается тошнота, неустойчивый стул, метеоризм, боли в животе неопределенной локализации. Из данных эпидемиологического анамнеза обращает на себя внимание то, что больная постоянно проживает в сельской местности в Краснодарском крае. Часто употребляет в пищу соленое свиное сало собственного приготовления. В общем</p>

	<p>анализе крови были выявлены незначительная эозинофилия (8%) и гипохромная анемия.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <p>1. Мнение о диагнозе? С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?</p> <p>2. Составьте план обследования. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Тактика лечения?</p>
<p>Ответ</p>	<p>1. Следует заподозрить цистицеркоз мозга (нейроцистицеркоз), который является осложнением тениоза. Необходимо провести дифференциальную диагностику с токсоплазмозом, эхинококкозом, опухолями мозга.</p> <p>2. При объективном осмотре следует обратить внимание на наличие в коже и подкожной клетчатке узлов, которые часто встречаются при кожной локализации цистицерков. План обследования кроме общеклинических методов обследования должен включать КТ или ЯМРТ головного мозга, офтальмоскопию, УЗИ брюшной полости и почек, рентгенографическое исследование костей и органов грудной клетки, а также люмбальную пункцию (повышение внутричерепного давления, лимфоцитарный плеоцитоз, иногда наличие эозинофилов). Для специфической диагностики и подтверждения тениоза используют гельминтоскопию (проглоттиды в кале) и овоскопию методом «липкой ленты». Кроме того, для подтверждения цистицеркоза могут использоваться метод биопсии подкожных узлов, содержащих цистицерки, а также серологические методы.</p> <p>3. Хирургический метод в сочетании с противовоспалительной терапией является единственным радикальным методом лечения цистицеркоза. В ряде случаев может быть эффективно применение антигельминтных препаратов: албендазола в дозе 15 мг/кг/сут. в 2 приема 8-30 дней или билтрицида по 50-60 мг/кг/сут в 3 приема после еды в течение 15 дней. Албендазол при цистицеркозе более эффективен, чем билтрицид. Однако албендазол не действует на цепни <i>Taenia solium</i> в кишечнике, поэтому для лечения тениоза применяется билтрицид в дозе 5-10 мг/кг однократно после еды. При этом проводят профилактику рвоты и контролируют выход с испражнениями сколексов гельминтов. Антигельминтные препараты противопоказаны при глазном цистицеркозе и в остром периоде цистицеркоидного энцефалита. Антигельминтные препараты необходимо сочетать с преднизолоном. При повышении внутричерепного давления назначают маннитол, противосудорожные препараты и т.д.</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №17</p> <p>При осмотре врачом-педиатром в поликлинике девочки, 5 лет со слов матери было выяснено, что в последние несколько месяцев время ребенок стал плаксивым, раздражительным, в ночное время периодически его беспокоит зуд в перианальной области, из-за чего нарушился сон. Ребенок посещает детский сад. При объективном осмотре врач выявил следы расчёсов в перианальной области.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <p>1. О каком заболевании следует подумать?</p> <p>2. Какой метод лабораторной диагностики поможет подтвердить диагноз?</p> <p>3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.</p> <p>4. Каковы лечебные и профилактические мероприятия?</p>
<p>Ответ</p>	<p>1. Энтеробиоз.</p> <p>2. Обнаружение яиц остриц методом соскоба с перианальных складок (в частности метод «липкой ленты»).</p> <p>3. Пиодермия, инфицированные расчёсы, вульвовагинит, аппендицит.</p> <p>4. Для дегельминтизации можно использовать пирантел, который детям в возрасте от 2-х до 6 лет назначают в дозе 250 мг (1 табл.) однократно вне зависимости от еды, но лучше после завтрака, таблетки разжевывают или мебендазол, который назначают в детской дозе 25-50 мг (лучше в виде суспензии) однократно через 30 минут после еды или пирвиний эмбонат, который представляет собой суспензию для внутреннего применения в возрастной детской дозе 7,5 мл однократно через 2-3 часа после еды или сразу после легкого</p>

	<p>завтрака, запивая водой. Детям перечисленные препараты можно назначать: пирантел и мебендазол в возрасте не младше 2 лет, а пирвиний эмбонат – не младше 3-х мес. Контроль эффективности химиотерапии методом перианального соскоба проводят через 7 дней после дегельминтизации. Дегельминтизацию обычно проводят дважды с интервалом в 2 недели для профилактики повторного заражения. Одновременно проводят обследование всех (детей и взрослых) лиц, которые контактировали с больным энтеробиозом в семейных очагах. Им проводят лабораторное обследование на энтеробиоз или им проводят химиопрофилактику без обследования. Во время лечения (в течение не менее 4 недель) необходимо соблюдать правила личной гигиены. На ночь перед сном больному ставят клизму с добавлением соды, что уменьшает зуд и расчёсы. Больной должен спать в плотно облегающих трусах. В помещении проводится влажная уборка, убираются предметы, где может скапливаться пыль (ковры, паласы и т.п.). На период лечения (до отрицательных контрольных результатов) больной ребенок отстраняется от посещения дошкольных учреждений и бассейна.</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №18</p> <p>Больной П., 25 лет, поступил в клинику с жалобами на умеренно выраженные схваткообразные боли в животе в правой подвздошной области, кашицеобразный стул со стекловидной слизью и алой кровью в виде «малинового желе» до 7 раз в сутки. Температура тела субфебрильная, самочувствие больного удовлетворительное.</p> <p>Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что больной около 2 нед. тому назад вернулся из поездки во Вьетнам.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области слепой и восходящей кишок.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,9 \times 10^9/л$, эозинофилы – 14%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 18%, моноциты – 4%.</p> <p>Копрограмма: свежие эритроциты, лейкоциты, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена.</p> <p>Колоноскопия: в слизистой оболочке слепой, восходящей и поперечно-ободочной кишок на вершинах складок обнаруживаются язвы от 5 до 10 мм в диаметре с сетчатыми и подрытыми краями, окруженные зоной гиперемии.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический диагноз. Дифференциальный диагноз с шигеллезом. 2. Лабораторные методы исследования, позволяющие подтвердить диагноз. 3. Основные препараты для этиотропной терапии у данного больного.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый кишечный амёбиаз. 2. Исследование свежевыделенных фекалий больного (не позднее 15 мин. после дефекации) микроскопическим методом для обнаружения вегетативных форм <i>E. histolytica</i>. 3. Последовательно назначают препараты из группы тканевых амёбоцидных препаратов, которые действуют на тканевые формы амёб в стенке кишечника (метронидазол, тинидазол или орнидазол) и из группы прямых «просветных» амёбоцидов (паромомицина сульфат или йодохинол).
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №19</p> <p>В городскую поликлинику обратился больной, у которого на лице и правой руке образовались язвы. Из анамнеза больного: несколько месяцев назад, вернувшись из Туркмении, обнаружил на руке первичную папулу (бугорок величиной 1-3 мм). Постепенно бугорок рос, приобрел красновато-бурую окраску, затем на его поверхности появилась чешуекорочка, под которой обнаружилась кратерообразная язва.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой предварительный диагноз можно поставить? 2. Как поставить паразитологический диагноз? <p>Какие жизненные формы паразита можно обнаружить при микробиологическом исследовании?</p>

<p>Ответ</p>	<p>1. Предварительный диагноз: кожный лейшманиоз. 2. Для подтверждения диагноза необходимо взять мазок из язв. 3. При микробиологических исследованиях обнаруживаются жгутиковые формы лейшманий (<i>L. Tropicа</i>).</p>
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №20</p> <p>Больной О., 37 лет, прибыл из Центральной Африки, где находился в командировке в течение 2 месяцев. Через 3 дня после возвращения ночью почувствовал потрясающий озноб с повышением температуры тела до 40,5°C, резкую головную боль, затем жар и проливной пот. Следующие 3 дня сохранялся субфебрилитет. На 4-ый день заболевания ночью вновь наблюдался потрясающий озноб, лихорадка до 40°C, проливной пот. При осмотре врачом скорой помощи: кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз, температура тела 39,2°C. ЧСС - 100/мин., АД -110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Диурез достаточный.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. Какой вид возбудителя Вы ожидаете идентифицировать при специфическом обследовании и почему? 3. Назначьте этиотропную терапию и лечение для профилактики рецидива. 4. Укажите переносчика инфекции при данном заболевании. 5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Трехдневная малярия, средне-тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, малярийного пароксизма, гепатоспленомегалии, сведений эпиданмнеза. 2. Pī. ovale, т.к. для трехдневной малярии-ovale характерны ночные малярийные пароксизмы. 3. Таб. Делагил 1,0 г однократно, затем по 0,5 г через 6 часов, затем по 0,5 г 2 дня. После контроля мазка крови - лечение гистошизотропными препаратами - примахин 0,25 мг/кг/сут. 14 дней. 4. Комары рода <i>Anopheles</i>. 5. Трансмиссивный.
<p>ОПК-2 ОПК-2.1 ОПК-2.2 ПК-3 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3</p>	<p style="text-align: center;">Ситуационная задача №21</p> <p>У работника свинофермы появились сильные боли в области живота, частый жидкий стул с кровью, озноб, повышение температуры. В фекалиях больного обнаружены цисты и крупные простейшие, тело которых покрыто ресничками.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какую инвазию следует предположить? 2. Где локализуется паразит в теле человека? 3. Как происходит заражение? Назовите инвазионную форму паразита. 4. Какие животные чаще всего являются источником заражения? 5. Назовите меры профилактики данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. В данном случае можно предположить заражение балантидием кишечным (заболевание - балантидиаз). 2. Паразит локализуется в толстом отделе кишечника, чаще всего в области слепой кишки. 3. Заражение происходит алиментарным путем, при заглатывании цист (инвазионная форма). В пищеварительном тракте из цист выходят вегетативные трофозоидные формы. Тело паразита имеет овальную форму, покрыто ресничками, на переднем конце расположен цитостом (клеточный рот), переходящий в воронкообразную глотку. В цитоплазме расположены две сократительные вакуоли и два ядра: бобовидный макронуклеус и округлый макронуклеус. Балантидий является самым крупным паразитом человека среди простейших. Может внедряться в стенку кишечника, вызывая образование глубоких кровоточащих язв. В нижних отделах кишечника балантидий инцистируется и выносятся наружу с фекалиями. Балантидий долго может жить в кишечнике, не вызывая никаких патологических изменений. 4. Основным источником заражения являются дикие и домашние свиньи.

Обнаружить паразита можно в фекалиях в виде вегетативных форм или цист.

5. Мерами профилактики данного заболевания являются соблюдение правил личной гигиены при приеме пищи, борьба с загрязнением среды фекалиями свиней, своевременное выявление и лечение больных людей.

ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Инфекционные болезни, паразитология»

(наименование дисциплины)

Проведение зачета по дисциплине «Инфекционные болезни, паразитология»

как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам и заданным вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по дисциплине;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на экзамене;
5. определить умение и навыки выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования больного, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения)

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования больного, но допускает неточности при их выполнении, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты с указанием дозировок, но допускает неточности, выписывает рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска)

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов)

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты)