

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:05:22
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148780fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра инфекционных болезней

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующая кафедрой
д.мед.н., проф. О.Н.Домашенко

Фонд оценочных средств по дисциплине
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-2. Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-2.1.4. Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи при инфекционной патологии;	Т 1 ПК-2.1.4.. Т 2 ПК-2.1.4..	С1 ПК-2.1.4.
	ПК-2.1.6. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;	Т 3 ПК-2.1.6.. Т 4 ПК-2.1.6.	С2 ПК-2.1.6.
	ПК-2.1.7. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы инфекционных;	Т 5 ПК-2.1.7.. Т 6 ПК-2.1.7.	С3 ПК-2.1.7.
	ПК-2.1.8. Знает методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента при инфекционной патологии;	Т 7 ПК-2.1.8.. Т 8 ПК-2.1.8.	С4 ПК-2.1.8.
	ПК-2.1.9. Знает методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и МКБ.	Т 9 ПК-2.1.9.. Т 10 ПК-2.1.9	С5 ПК-2.1.9.
	ПК-2.2.1. Умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию;	Т 11 ПК-2.2.1.. Т 12 ПК-2.2.1.	С6 ПК-2.2.1.

	ПК-2.2.2. Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты;	Т 13 ПК-2.2.2. Т 14 ПК-2.2.2.	С7 ПК-2.2.2.
	ПК-2.2.3. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента;	Т 15 ПК-2.2.3. Т 16 ПК-2.2.3.	С8 ПК-2.2.3.
	ПК-2.2.4. Умеет обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента;	Т 17 ПК-2.2.4. Т 18 ПК-2.2.4.	С9 ПК-2.2.4.
	ПК-2.2.6. Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований;	Т 19 ПК-2.2.6. Т 20 ПК-2.2.6.	С10 ПК-2.2.6.
	ПК-2.2.7. Умеет интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента;	Т 21 ПК-2.2.7. Т 22 ПК-2.2.7.	С11 ПК-2.2.7.
	ПК-2.2.8. Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента;	Т 23 ПК-2.2.8. Т 24 ПК-2.2.8.	С12 ПК-2.2.8.
	ПК-2.2.9. Умеет интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента;	Т 25 ПК-2.2.9. Т 26 ПК-2.2.9.	С13 ПК-2.2.9.
	ПК-2.2.11. Умеет осуществлять раннюю диагностику инфекционных заболеваний;	Т 27 ПК-2.2.11. Т 28 ПК-2.2.11.	С14 ПК-2.2.11.
	ПК-2.2.12. Умеет проводить дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний;	Т 29 ПК-2.2.12. Т 30 ПК-2.2.12.	С15 ПК-2.2.11.
	ПК-2.2.14. Умеет определять медицинские показания для оказания неотложной помощи.	Т 31 ПК-2.2.14. Т 32 ПК-2.2.14.	С16 ПК-2.2.14.
	ПК-2.3.1. Владеет навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента;	Т 33 ПК-2.3.1 Т 34 ПК-2.3.1.	С17 ПК-2.3.1.
	ПК-2.3.2. Владеет навыком проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);	Т 35 ПК-2.3.2. Т 36 ПК-2.3.2.	С18 ПК-2.3.2.
	ПК-2.3.3. Владеет навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента;	Т 37 ПК-2.3.3. Т 38 ПК-2.3.3.	С19 ПК-2.3.3.
	ПК-2.3.4. Владеет навыком направления пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	Т 39 ПК-2.3.4. Т 40 ПК-2.3.4.	С20 ПК-2.3.4.

	медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;		
	ПК-2.3.5. Владеет навыком направления пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 41 ПК-2.3.5. Т 42 ПК-2.3.5.	С21 ПК-2.3.5.
	ПК-2.3.7. Владеет навыком направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 43 ПК-2.3.7. Т 44 ПК-2.3.7.	С22 ПК-2.3.7.
	ПК-2.3.8. Владеет навыком проведения дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями, в том числе неотложными;	Т 45 ПК-2.3.8. Т 46 ПК-2.3.8.	С23 ПК-2.3.8.
	ПК-2.3.9. Владеет навыком установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	Т 47 ПК-2.3.9. Т 48 ПК-2.3.9.	С24 ПК-2.3.9.
ПК-3. Способен назначать медикаментозное лечение с учетом диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-3.1.1. Знает современные методы применения лекарственных препаратов при инфекционных заболеваниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 49 ПК-3.1.1. Т 50 ПК-3.1.1.	С25 ПК-3.1.1.

	ПК-3.1.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением.	Т 51 ПК-3.1.2. Т 52 ПК-3.1.2.	С26 ПК-3.1.2.
	ПК-3.2.1. Умеет составлять план лечения заболевания пациента с учетом диагноза, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 53 ПК-3.2.1. Т 54 ПК-3.2.1.	С27 ПК-3.2.1.
	ПК-3.2.2. Умеет назначать лекарственные препараты с учетом диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 55 ПК-3.2.2. Т 56 ПК-3.2.2.	С28 ПК-3.2.2.
	ПК-3.2.4. Умеет оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов.	Т 57 ПК-3.2.4. Т 58 ПК-3.2.4.	С29 ПК-3.2.4.
	ПК-3.3.1. Владеет навыком разработки плана лечения заболевания с учетом диагноза и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 59 ПК-3.3.1. Т 60 ПК-3.3.1.	С30 ПК-3.3.1.
	ПК-3.3.2. Владеет навыком назначения лекарственных препаратов с учетом диагноза и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 61 ПК-3.3.2. Т 62 ПК-3.3.2.	С31 ПК-3.3.2.
	ПК-3.3.4. Владеет навыком оценивания эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов.	Т 63 ПК-3.3.4. Т 64 ПК-3.3.4.	С32 ПК-3.3.2.
ПК-5. Способен использовать принципы применения специфической и неспецифической профилактики	ПК-5.1.6. Знает принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.	Т 65 ПК-5.1.6. Т 66 ПК-5.1.6.	С33 ПК-5.1.6.

инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.			
	ПК-5.2.2. Умеет организовывать и проводить иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 67 ПК-5.2.2. Т 68 ПК-5.2.2.	С34 ПК-5.2.2.
	ПК-5.2.5. Умеет назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления инфекционных заболеваний;	Т 69 ПК-5.2.5. Т 70 ПК-5.2.5.	С35 ПК-5.2.5.
	ПК-5.2.6. Умеет определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина).	Т 71 ПК-5.2.6. Т 72 ПК-5.2.6.	С36 ПК-5.2.6.
	ПК-5.3.1. Владеет навыками организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Т 73 ПК-5.3.1. Т 74 ПК-5.3.1.	С37 ПК-5.3.1.
	ПК-5.3.7. Владеет навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней;	Т 75 ПК-5.3.7. Т 76 ПК-5.3.7.	С38 ПК-5.3.7.
	ПК-5.3.8. Владеет навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания.	Т 77 ПК-5.3.8. Т 78 ПК-5.3.8.	С39 ПК-5.3.8.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т 1 ПК-2.1.4. БОЛЬНОГО ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ГРИППА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- А. *Амбулаторно с применением тамифлю
- Б. Амбулаторно с применением антибиотиков
- В. В дневном стационаре с применением антибиотиков
- Г. В инфекционном отделении применением тамифлю

Т 2 ПК-2.1.4. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО МЕНИНГОКОККЦЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:

- А. Цефтриаксона
- Б. Пенициллина
- В. *Левомецетина
- Г. Стрептомицина

Т 3 ПК-2.1.6. ДИАГНОЗ ПАЦИЕНТА ПРИ СОЧЕТАНИИ КОНЪЮНКТИВИТА, РИНИТА И ФАРИНГИТА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- А. Бактериологическим
- Б. Микроскопическим
- В. Паразитологическим
- Г. *Вирусологическим

Т 4 ПК-2.1.6. У БОЛЬНОГО С ЛИХОРАДКОЙ И ВЕЗИКУЛЕЗНОЙ СЫПЬЮ НА ЯЗЫЧКЕ И ПЕРЕДНИХ ДУЖКАХ ВОЗБУДИТЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕН ИЗ

- А. Мокроты
- Б. *Кала
- В. Слюны
- Г. Мочи

Т 5 ПК-2.1.7. ВОЗБУДИТЕЛЕМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Salmonella typhimurium
- Б. Salmonella paratyphi B
- В. Salmonella typhi
- Г. Salmonella paratyphi A

Т 6 ПК-2.1.7. ПРИЧИНА МЫШЕЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ТРИЗМОМ, ТОНИЧЕСКИМИ СУДОРОГАМИ И ТРАВМОЙ В АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Разрушение миелиновой оболочки двигательных нервов
- Б. Блок двигательных нейронов
- В. *Блок вставочных нейронов
- Г. Разрушение холинэргических синапсов

Т 7 ПК-2.1.8. ПАРАКСИЗМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ С ОЗНОБАМИ И ПОТАМИ ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Иерсиниоза
- Б. Сыпного тифа
- В. Брюшного тифа
- Г. *Малярии

Т 8 ПК-2.1.8. В АНАМНЕЗЕ ПАЦИЕНТА С ВОЗВРАТНОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ЭКЗАНТЕМОЙ, ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ И ГЕПАТОМЕГАЛИЕЙ СЛЕДУЕТ ИСКАТЬ УКУС

- А. Клеща
- Б. Собаки
- В. *Крысы
- Г. Комара

Т 9 ПК-2.1.9. У БОЛЬНОГО С РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЫ ОЖИДАЕТЕ

- А. Смешанную одышку
- Б. Инспираторную одышку
- В. *Экспираторную одышку
- Г. Ритм дыхания Чейна-Стокса

Т 10 ПК-2.1.9. ПОЯВЛЕНИЕ В ЗЕВЕ ЭРОЗИЙ И АФТ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ

- А. Осложнения проводимой терапии
- Б. Присоединения бактериальной инфекции
- В. *Основного заболевания
- Г. Присоединения грибковой инфекции

Т 11 ПК-2.2.1. ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ ЯЗВЫ С ЧЕРНЫМ СТРУПОМ, РАЗВИЛОСЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- А. Укуса насекомого
- Б. Укуса дикого животного
- В. *Контакта с домашними животными
- Г. Травмы

Т 12 ПК-2.2.1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ИНТОКСИКАЦИОННЫМ И КАТАРАЛЬНЫМ СИНДРОМАМИ НА ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Гриппа
- Б. *Парагриппа
- В. Аденовирусной инфекции
- Г. Риновирусной инфекции

Т 13 ПК-2.2.2. ПОСЛЕ УКУСА КЛЕЩА ВЫ ОЖИДАЕТЕ УВИДЕТЬ НА КОЖЕ

- А. Скарлатиноподобную сыпь
- Б. *Кольцевидную эритему
- В. Кореподобную сыпь на разгибательных поверхностях
- Г. Везикулезную сыпь на лице и ладонях

Т 14 ПК-2.2.2. У БОЛЬНОГО СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ ВЫ ОЖИДАЕТЕ УВИДЕТЬ

- А. *Безболезненный карбункул с черным струпом
- Б. Болезненный карбункул с черным струпом
- В. Эритему в виде языков пламени

Г. Безболезненную эритему в виде кольца

Т 15 ПК-2.2.3. БОЛЬНОМУ С ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

- А. Иммунологического анализа крови
- Б. Бактериологического анализа кала
- В. Серологического анализа крови
- Г. *«Толстых капель» и мазков крови

Т 16 ПК-2.2.3. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ МЕНИНГИТА В ЛИКВОРЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ

- А. Белка
- Б. *Клеток
- В. Сахара
- Г. Хлоридов

Т 17 ПК-2.2.4. МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АМЕБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Ректероманоскопия
- Б. Ирригоскопия
- В. КТ брюшной полости
- Г. Колоноскопия

Т 18 ПК-2.2.4. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ, У КОТОРОГО ТЕМПЕРАТУРА ДЕРЖИТСЯ БОЛЕЕ 7 ДНЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

- А. ЭКГ
- Б. КТ грудной клетки
- В. *Рентгенографию легких
- Г. Спирометрию

Т 19 ПК-2.2.6. ЯВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ РАЗВИТИЕМ

- А. Тканевой гипоксии
- Б. Ложного крупа
- В. Бронхоспазма
- Г. *Бронхиолита

Т 20 ПК-2.2.6. ТЕНЕЗМЫ И СТУЛ С ПРИМЕСЬЮ СЛИЗИ И КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А. Амебиаза
- Б. *Дизентерии
- В. Сальмонеллеза
- Г. Дисбактериоза

Т 21 ПК-2.2.7. ТЕМПЕРАТУРА ПРИ ХОЛЕРЕ (В ГРАДУСАХ ЦЕЛЬСИЯ)

- А. *До 37
- Б. 37,1-38,0
- В. 38,1-39,0
- Г. 39,1 и выше

Т 22 ПК-2.2.7. У ПАЦИЕНТА С ТОНИЧЕСКИМИ СУДОРОГАМИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ

- А. Травмы черепа
- Б. куса клеща
- В. *Инфицированной раны
- Г. Перенесенного менингита

Т 23 ПК-2.2.8. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СУДОРОГ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ

- А. *K⁺
- Б. Mg²⁺
- В. Na⁺
- Г. Ca²⁺

Т 24 ПК-2.2.8. ВЫЯВЛЕНИЕ В КРОВИ Hb_sAg У БОЛЬНОГО ЖЕЛТУХОЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ПАЦИЕНТ ПЕРЕНОСИТ

- А. ВГА
- Б. *ВГВ
- В. ВГС
- Г. ВГЕ

Т 25 ПК-2.2.9. У БОЛЬНОГО ГРИППОМ ВЫ ОЖИДАЕТЕ КАШЕЛЬ:

- А. *Сухой надсадный
- Б. Сухой, с затрудненным выдохом
- В. Приступообразный, заканчивающийся рвотой
- Г. Усиливающийся в горизонтальном положении

Т 26 ПК-2.2.9. ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА, ЭКЗАНТЕМА, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ И _____

- А. Абсолютная брадикардия
- Б. *Относительная брадикардия
- В. Тахикардия
- Г. Аритмия

Т 27 ПК-2.2.11. СОЧЕТАНИЕ КАТАРАЛЬНОГО И ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМОВ С ТРАХЕИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. *Гриппа
- Б. Парагриппа
- В. Аденовирусной инфекции
- Г. Респираторно-синтициальной инфекции

Т 28 ПК-2.2.11. ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ БЕШЕНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гидрофобия
- Б. Подергивание мышц вокруг раны
- В. Гипертермия
- Г. *Воспалительная реакция вокруг раны

Т 29 ПК-2.2.12. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЧУМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Периаденит
- Б. Гипертермия с нарушением сознания
- В. *Меловой язык
- Г. Размер бубона

Т 30 ПК-2.2.12. ВЫРАЖЕННЫЙ ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ

С ГАСТРОЭНТЕРИТОМ ДАЮТ ОСНОВАНИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. *Сальмонеллез
- Б. Холеру
- В. Пищевую токсикоинфекцию
- Г. Острую дизентерию

Т 31 ПК-2.2.14. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ШОК

- А. Смешанный
- Б. Токсикоинфекционный
- В. *Гиповолемический
- Г. Анафилактический

Т 32 ПК-2.2.14. ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ГРИППЕ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ГКС В СОЧЕТАНИИ С

- А. Полиионными растворами
- Б. Маннитолом
- В. *Фуросемидом
- Г. Свежезамороженной плазмой

Т 33 ПК-2.3.1. ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ

- А. Половой
- Б. Водный
- В. Контактнo-бытовой
- Г. *Алиментарный

Т 34 ПК-2.3.1. СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ СЫПИ ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ (ДЕНЬ БОЛЕЗНИ)

- А. *1
- Б. 4
- В. 7
- Г. 10

Т 35 ПК-2.3.2. ОТДЕЛ(Ы) КИШЕЧНИКА, КОТОРЫЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ

- А. Весь толстый кишечник
- Б. Проксимальная часть толстого кишечника
- В. Дистальная часть тонкого кишечника
- Г. *Дистальная часть толстого кишечника

Т 36 ПК-2.3.2. МЕНИНГЕАЛЬНАЯ ТРИАДА СОСТОИТ ИЗ ЛИХОРАДКИ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ И:

- А. Фотофобии
- Б. Вынужденного положения
- В. *Рвоты
- Г. Отсутствия сознания

Т 37 ПК-2.3.3. СОЧЕТАНИЕ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА, МИАЛГИЙ, ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДАЮТ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

- А. Малярия
- Б. Иерсиниоз
- В. Энттеровирусная инфекция

Г. *Лептоспироз

Т 38 ПК-2.3.3. РАЗВИТИЕ АППЕНДИЦИТА У БОЛЬНОГО С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ И ЖЕЛТУХОЙ ДАЕТ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДИАГНОЗА

- А. Лептоспироз
- Б. Вирусный гепатит В
- В. Инфекционный мононуклеоз
- Г. *Иерсиниоз

Т 39 ПК-2.3.4. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Снижение ПТИ
- Б. Нарастание АЛТ
- В. Нарастание билирубина
- Г. Снижение альбумина

Т 40 ПК-2.3.4. АБСОЛЮТНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА БРЮНОЙ ТИФ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ SALMONELLA TYPHI ИЗ

- А. Мочи
- Б. Кала
- В. *Крови
- Г. Желчи

Т 41 ПК-2.3.5. У БОЛЬНОГО С АМЕБИАЗОМ ПРИ RRS ВЫ ОЖИДАЕТЕ УВИДЕТЬ НА СЛИЗИСТОЙ КИШКИ

- А. *Колбообразные язвы
- Б. Блюдцеобразные язвы
- В. Геморрагии
- Г. Разлитую гиперемию

Т 42 ПК-2.3.5. СОЧЕТАНИЕ МЕНИНГЕАЛЬНОЙ ТРИАДЫ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ МЕНИНГЕАЛЬНЫМИ ЗНАКАМИ – ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ

- А. Бактериологического исследования крови
- Б. МРТ головного мозга
- В. *Люмбальной пункции
- Г. Экспресс теста на ВИЧ

Т 43 ПК-2.3.7. ПАЦИЕНТ СО ВТОРИЧНЫМ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ СТРЕПТОКОККОВОГО ГАЙМОРИТА, ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В _____ ОТДЕЛЕНИЕ

- А. Терапевтическое
- Б. Инфекционное
- В. Реанимационное
- Г. *ЛОР

Т 44 ПК-2.3.7. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ГРИППОМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТОВ

- А. Трахеобронхита
- Б. *Носового кровотечения
- В. Фебрильной температуры
- Г. Катарального синдрома

Т 45 ПК-2.3.8. ХАРАКТЕР ЖЕЛТУХИ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

- А. *Гемолитический + паренхиматозный
- Б. Паренхиматозный + механический
- В. Гемолитический
- Г. Паренхиматозный

Т 46 ПК-2.3.8. ЭНАНТЕМА НА МЯГКОМ НЕБЕ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. Симптом Мурсу
- Б. Пятна Коплика-Филатова
- В. Герпангина
- Г. *Симптом Розенберга

Т 47 ПК-2.3.9. ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, «ХЛОПАЮЩЕГО» ТРЕМОРА, ПЕЧЕНОЧНОГО ЗАПАХА ИЗО РТА У БОЛЬНОГО ЖЕЛТУХОЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ

- А. Отека мозга
- Б. Геморрагического шока
- В. Острой почечной недостаточности
- Г. *Острой печеночной недостаточности

Т 48 ПК-2.3.9. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ДИФТЕРИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ

- А. Температуры
- Б. Распространением налета в зеве
- В. *Отека шеи
- Г. Изменениями ЭКГ

Т 49 ПК-3.1.1. ЛЕЧЕНИЕ БОТУЛИЗМА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- А. Введения антибиотиков
- Б. Сифонной клизмы
- В. Введения противоботулинической сыворотки
- Г. *Промывания желудка

Т 50 ПК-3.1.1. ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРИ НЕИЗВЕСТНОМ ПРИВИВОЧНОМ АНАМНЕЗЕ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ

- А. Антирабическую вакцину
- Б. *Столбнячный анатоксин
- В. Противостолбнячную сыворотку
- Г. Антибиотики

Т 51 ПК-3.1.2. ПРИ РАЗВИТИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ИСХОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- А. Гепарин
- Б. Преднизолон
- В. *Лактулозу
- Г. Левомецетин

Т 52 ПК-3.1.2. БОЛЬНОМУ С МЕНИНГИТОМ В СЛУЧАЕ ГИПЕРЕМИИ ЛИЦА И ШЕИ, ОТСУТСТВИЯ СОЗНАНИЯ, ПРИСОЕДИНЕНИЯ СУДОРОГ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ

- А. *Маннитол
- Б. Фуросемид
- В. Сибазон

Г. Мезатон

Т 53 ПК-3.2.1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Цефипим
- Б. Левомецетин
- В. Цефтриаксон
- Г. *Пенициллин

Т 54 ПК-3.2.1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАСТВОР

- А. 5% глюкозы
- Б. *Трисоль
- В. Физиологический
- Г. Реополиглюкин

Т 55 ПК-3.2.2. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДИЗЕНТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. *Ципрофлоксацин
- Б. Метранидазол
- В. Стрептомицин
- Г. Ванкомицин

Т 56 ПК-3.2.2. ЭТИОТРОПНУЮ ТЕРАПИЮ АМЕБИАЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- А. Левомецетином
- Б. Ципрофлоксацином
- В. *Метронидазолом
- Г. Цефтриаксоном

Т 57 ПК-3.2.4. БОЛЬНОМУ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНО

- А. Нестероидные противовоспалительные препараты
- Б. Рибоверин
- В. Ацикловир
- Г. *Сосудосуживающие капли в нос

Т 58 ПК-3.2.4. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ, ОСЛОЖНЕННОМ ПНЕВМОНИЕЙ С SpO_2 90% КРОМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНЫ

- А. *Масочная ингаляция кислорода и антибиотики
- Б. Масочная ингаляция кислорода и интерферон
- В. Искусственная вентиляция легких и антибиотики
- Г. Искусственная вентиляция легких и плазма в/в

Т 59 ПК-3.3.1. САНАЦИЯ ЛИКВОРА ДЛЯ ОТМЕНЫ АНТИБИОТИКОВ ПРИ МЕНИНГИТАХ ПРЕДПОЛАГАЕТ УРОВЕНЬ ЦИТОЗА

- А. Менее 1000
- Б. Снижение в 4 раза
- В. Снижение в 2 раза
- Г. *Менее 100

Т 60 ПК-3.3.1. ПАЦИЕНТ НЕДЕЛЮ НАЗАД УКУШЕН КЛЕЩОМ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А. Стрептомицина
- Б. Гентамицина
- В. *Доксициклина

Г. Ципрофлоксацина

Т 61 ПК-3.3.2. ПАЦИЕНТА С ЛИХОРАДКОЙ, ОДНОСТОРОННЕЙ АНГИНОЙ, ОДНОСТОРОННИМ ПОДЧЕЛЮСТНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

- А. *Стрептомицином
- Б. Пенициллином
- В. Ципрофлоксацином
- Г. Доксициклином

Т 62 ПК-3.3.2. ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ БЕСПОКОЙСТВОМ, СУДОРОГАМИ, ГИДРО- И АЭРОФОБИЕЙ МОЖНО ЛЕЧИТЬ

- А. Антибиотиками
- Б. *Седативными препаратами
- В. Специфической сывороткой
- Г. Глюкокортикостероидами

Т 63 ПК-3.3.4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А. Дегидратации
- Б. Регидратации
- В. *Дезинтоксикации
- Г. Глюкокортикостероидов

Т 64 ПК-3.3.4. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Ципрофлоксацин
- Б. Левомецетин
- В. *Тетрацилин
- Г. Стрептомицин

Т 65 ПК-5.1.6. БОЛЬНЫЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ДЕКРЕТИРОВАННЫМ КОНТГЕНТАМ, МОГУТ БЫТЬ ВЫПИСАНЫ ПОСЛЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ

- А. *2-х кратном бактериологическом кала
- Б. Серологическом крови
- В. Бактериологическом желчи
- Г. Однократном кала

Т 66 ПК-5.1.6. БОЛЬНЫЕ СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ В

- А. Общую палату в хирургическом отделении
- Б. Общую палату в инфекционном отделении
- В. Отдельную палату в хирургическом отделении
- Г. *Отдельную палату в инфекционном отделении

Т 67 ПК-5.2.2. ПРИ НАЛИЧИИ ЗАГРЯЗНЕННОЙ ЗЕМЛЕЙ РАНЫ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- А. Антирабической сыворотки
- Б. Протвостолбнячной сыворотки
- В. *Столбнячного анатоксина
- Г. Антибиотиков

Т 68 ПК-5.2.2. ПАЦИЕНТУ ПОСЛЕ КОНТАКТА С БОЛЬНЫМ ДИФТЕРИЕЙ ТРЕБУЕТСЯ

- А. *Наблюдение
- Б. Введение ПДС
- В. Введение дифтерийного анатоксина
- Г. Назначение антибиотиков

Т 69 ПК-5.2.5. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОТУЛИЗМА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- А. МРТ головного мозга
- Б. Экспресс методе диагностики
- В. Реакции нейтрализации
- Г. *Клинической картине

Т 70 ПК-5.2.5. БОЛЬНОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ, ПРОЖИВАЩИЙ В ОДНОКОМНАТНОЙ КВАРТИРЕ С СЕМЬЕЙ, ДОЛЖЕН ЛЕЧИТЬСЯ

- А. Амбулаторно
- Б. В дневном стационаре
- В. В гастроэнтерологическом отделении
- Г. *В инфекционном отделении

Т 71 ПК-5.2.6. В ОЧАГЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ КОНТАКТНЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А. Серологическое крови
- Б. *Бактериологическое мазков из носоглотки
- В. Бактериологическое крови
- Г. Клиническое крови

Т 72 ПК-5.2.6. ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ КАРАНТИН ЗАВЕРШАЕТСЯ

- А. После нормализации температуры
- Б. Сразу после прекращения высыпаний
- В. Через 21 день от начала болезни
- Г. *Через 5 дней после последнего высыпания

Т 73 ПК-5.3.1. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ПРОВОДИТСЯ

- А. *Однократно перед началом сезона гриппа
- Б. Трехкратно перед началом сезона гриппа
- В. Каждые три года независимо от сезона гриппа
- Г. Однократно в возрасте 18 лет

Т 74 ПК-5.3.1. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ МАЛЯРИИ ФОРМИРУЕТСЯ ИММУНИТЕТ

- А. Стерильный
- Б. *Нестерильный
- В. Перекрестный
- Г. Стойкий

Т 75 ПК-5.3.7. ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНЫЕ ХОЛЕРОЙ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ В

- А. Терапевтическое отделение
- Б. Инфекционное отделение
- В. Боксовое отделение
- Г. *Холерный госпиталь

Т 76 ПК-5.3.7. БЕРЕМЕНАЯ В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 30 НЕДЕЛЬ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТРАХЕОБРОНХИТА ДОЛЖНА НАХОДИТСЯ В _____

ОТДЕЛЕНИИ

- А. Гинекологическом
- Б. Инфекционном
- В. *Родильном
- Г. Терапевтическом

Т 77 ПК-5.3.8. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНЫ БЫТЬ ИНФОРМИРОВАНЫ

- А. *Эпидемиологическая служба
- Б. Дезинфекционная станция
- В. Организационно-методический отдел лечебного учреждения
- Г. Главный врач лечебного учреждения

Т 78 ПК-5.3.8. ИНФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО ЧУМОЙ ДОЛЖНО БЫТЬ

- А. После подтверждения диагноза
- Б. В течение 5 часов
- В. В течение суток
- Г. *Немедленным

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 ПК-2.1.4. Пациентка поступила в первые сутки заболевания с жалобами на озноб и повышение температуры до 38° С, схваткообразными болями в нижней части живота. Спустя 12 часов от начала заболевания появился жидкий, скудный стул. Температура 39,5°С. АД – 100/75 мм рт. ст., пульс 128 в минуту. Живот при пальпации болезненный в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована и болезненна.

Вопросы:

1. Какой вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какой возбудитель заболевания?
3. Как появились патологические примеси в кале?

Эталоны ответов:

1. Интоксикационный, колитический
2. Острая дизентерия. Острое начало с интоксикационным синдромом, присоединение синдрома колита через 12 часов, поражение дистального отдела кишечника
3. Ципрофлоксацин, дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, сорбенты, витамины группы В

С2 ПК-2.1.6. Больная обратилась к врачу с жалобами на субфебрилитет в течение последних 3 месяцев, умеренную головную боль без четкой локализации, сухой кашель, диарею. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. При объективном исследовании выявлена генерализованная лимфоаденопатия. На слизистой полости рта выявляется налет в виде островков беловато-серого цвета. Над легкими влажные хрипы В течение 10 лет страдает наркоманией с внутривенным введением наркотических веществ.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. Наметьте план лабораторного обследования ?
3. Какие дополнительные инструментальные методы обследования вам необходимы?

Эталоны ответов:

1. ВИЧ-инфекция. Для заболевания характерны длительная лихорадка, снижение массы тела, лимфаденопатия, поражение слизистых, а также употребление наркотиков как более вероятный путь инфицирования
2. Кровь на ВИЧ методом ИФА 2-хкратно, ПЦР для определения вируса ВИЧ
3. Рентгенологическое исследование легких

С3 ПК-2.1.7. Больную 28 лет, госпитализировали на 2-й день болезни с жалобами на боли в горле при глотании, слабость. Заболевание началось с болей в горле, повышения температуры тела до 37,7°C. Объективно: температура тела 38,0°C. Слизистая оболочка зева умеренно гиперемирована, на левой миндалине сероватый налет, тяжело снимается шпателем. Налет выходит за границы миндалины. Левый подчелюстной лимфоузел увеличен, умеренно болезненный, вокруг лимфоузла отек подкожной клетчатки.

Вопросы:

1. Назовите возбудителя заболевания?
2. Ваш диагноз и его обоснование?
3. Укажите пути подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. *Corynebacterium diphtheriae*
2. Дифтерия, субтоксическая форма. Умеренная интоксикация, острый отзиллит, налет на миндалине серого цвета, шпателем не снимается. Отек подчелюстной области свидетельствует в пользу субтоксической формы
3. Бактериологическое исследование мазка из зева на VL

С4 ПК-2.1.8. Больная жалуется на боль и высыпания на верхней губе и на носу. На протяжении последнего года подобные высыпания появляются почти ежемесячно. Безуспешно лечилась ацикловиром. В анамнезе – рецидивирующий афтозный стоматит. При осмотре: масса тела снижена. На крыльях носа большие очаги везикул, которые сливаются. В сгибах локтей в проекции вен рубцы. Язык обложен белым творожистым налетом. Полилимфаденопатия. Со стороны внутренних органов патология не определяется.

Вопросы:

1. Какие дополнительные данные анамнеза вам необходимы?
2. Наиболее вероятный диагноз?
3. Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции, употребление наркотических препаратов, беспорядочные половые связи
2. Наиболее вероятный диагноз ВИЧ-инфекция, в пользу которого рецидивирующий простой гепре, не поддающийся лечению ацикловиром рецидивирующий афтозный стоматит, кандидоз половых органов в анамнезе. Указанные заболевания являются характерными для ВИЧ.
3. Кровь на ВИЧ методом ИФА 2-хкратно, ПЦР для определения вируса ВИЧ

С5 ПК-2.1.9. Пациент, 18 лет, заболел 4 дня тому назад, когда повысилась температура до 38°C, появилась слабость, ломота в теле, головная боль. На 5-й день болезни температура

снизилась, но появилась темная моча, на 6-й день - желтушность кожи и склер. При объективном осмотре на 6-й день иктеричность кожных покровов и видимых слизистых. Язык покрыт густым, белым налетом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какая клиническая форма заболевания?
3. Какие иммунологические методы следует использовать для диагностики?

Эталоны ответов:

1. Вирусный гепатит А. Острое начало, цикличность течения с коротким преджелтушным периодом по гриппоподобному типу, синдром желтухи и групповой характер заболевания.
2. Желтушная форма
3. IgM к HAV, HbsAg

С6 ПК-2.2.1. Пациентка обратилась к врачу на 5 день болезни с жалобами насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела остро Т - 37,8⁰С. На 5 день болезни состояние ухудшилось, выросла температура, стало трудно дышать (дышала ртом). При осмотре: Т- 38,2⁰С, лицо бледное, одутловато, конъюнктивит, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, зев гиперемирован. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы, мягкие, безболезненные. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги.

Вопросы:

1. Основные синдромы?
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Какие факторы риска способствовали развитию заболевания?

Эталоны ответов:

1. Катаральный, интоксикационный, лимфаденопатия
2. Интоксикационный синдром в сочетании с явлениями ринита, конъюнктивита, фарингита, лимфаденопатии дают основание для диагноза аденовирусной инфекции
3. Переохлаждение и контакт с больными респираторными инфекциями

С7 ПК-2.2.2. Неорганизованная группа туристов совершала поход по течению реки. Совершали прогулки по лесу, ночевали в палатках, пили сырую воду, молоко, были укушены насекомыми. Через две недели после возвращения у 4 путешественников появилась кольцевидная эритема на различных участках кожи туловища и конечностей и повышение температуры 37,0– 37,3⁰С.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте его
2. Какие особенности распространения гиперемии?
3. Какие изменения со стороны лимфатических узлов вы ожидаете увидеть?

Эталоны ответов:

1. Боррелиоз. Появление у пациентов гиперемии в форме кольца после укуса насекомых (клещей) на фоне относительно удовлетворительного состояния
2. Эритема увеличивается от места укуса клеща в разные стороны с последующим просветлением в центре, т.е. имеет центробежное распространение
3. Увеличение регионарных по отношению к эритеме лимфоузлов

С8 ПК-2.2.3. В связи с язвенным кровотечением больной на протяжении 6 месяцев получал гемотрансфузии. В течение последних 3-х месяцев отмечает снижение трудоспособности, тупую боль в области печени, периодическое потемнение мочи, подташнивание. Две недели назад появилась желтушность кожи и склер. HbsAg в крови не обнаружен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой план дополнительных специфических методов лабораторных исследований?
3. Необходимо ли проведение биохимического исследования крови исследования?

Эталоны ответов:

1. Вирусный гепатит С: у пациента признаки хронического гепатита (слабость, тупая боль в области печени, потемнение мочи, подташнивание, желтушность кожи и склер), появившиеся после гемотрансфузий, но HbsAg не определяется
2. Суммарные АТ к HCV, ПЦР HCV
3. Биохимическое исследование крови необходимо, нужно исследовать билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ПТИ, сахар, мочевины, креатинин

С9 ПК-2.2.4. В инфекционном отделении находится больной 60 лет, по поводу болезни Бриля. Диагноз подтвержден лабораторно нарастанием титров антител РНГА и РСК при повторном исследовании. На 11 день болезни состояние ухудшилось, больной жалуется на боли в груди, кашель и одышку.

Вопросы:

1. Какое осложнение наиболее характерно для данной ситуации?
2. Какое дополнительное исследование нужно сделать больному?
3. Что вы ожидаете увидеть?

Эталоны ответов:

1. Наиболее типичным осложнением сыпного тифа и болезни Бриля является тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии с формированием инфаркта легкого
2. Показано рентгенологическое исследование легких
3. На рентгенограмме тень треугольной формы с двумя четкими границами и третьей размытой

С10 ПК-2.2.6. Пациент заболел постепенно с появления слабости, головной боли, нарушения сна и повышения температуры до 37,5° С. К 5-му дню болезни температура 38,7°С. Больной вял, адинамичен. Лицо бледное, кожа сухая, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС-94 в мин. АД 115/70 мм рт ст. Язык сухой, с отпечатками зубов по краям, обложен по центру коричневым налётом. Живот умеренно вздут, урчит в правой подвздошной области. Печень увеличена на 1,5 см.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз с последующим его обоснованием?
2. Какие характерные изменения в гемограмме у больного?
3. Как можно подтвердить диагноз в данный период болезни?

Эталоны ответов:

1. Брюшной тиф. Длительная лихорадка, явления ваготонии (бледность кожных покровов, относительная брадикардия), характерный вид языка (обложен по центру коричневым налётом, края и кончик от налёта свободны), вовлечение в процесс дистального отдела тонкого кишечника, гепатомегалия; характерные изменения в ОАК.

2. ОАК: лейкопения с нейтропенией и сдвигом влево, относительная лимфопения и анэозинофилия

3. Бактериологическое исследование крови

С11 ПК-2.2.7. У больного через 2 месяца после операции ушивания язвы 12-перстной кишки появилась слабость, боли в суставах конечностей, ухудшился аппетит, появилась тяжесть в правом подреберье, рвота. В крови выявлено повышение АЛТ в 10 раз превышающее норму. Затем появилась желтуха, тяжесть в правом подреберье.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие эпидемиологические данные подтверждают ваше мнение?
3. Какой осмотр следует применить для раннего выявления синдрома желтухи?

Эталоны ответов:

1. Вирусный гепатит В. Цикличность течения, преджелтушный период по смешанному типу (арталгическому и диспептическому), синдром желтухи, значительное увеличение АЛТ

2. В анамнезе 2 месяца назад полостная операция

3. Первыми при синдроме желтухи, который развивается в течение нескольких дней, окрашиваются склеры, поэтому обязателен осмотр склер

С12 ПК-2.2.8. У пациента с клиническим диагнозом вирусного гепатита А выявлено повышение билирубина в крови до 200 мкмоль/л, прямой 150 мкмоль/л, АЛТ 600 Ед/мл, АСТ 500 Ед/мл, ПТИ 80%.

Вопросы:

1. Какой характер желтухи у пациента?
2. Какая степень тяжести течения заболевания по результатам обследования?
3. Какой лабораторный показатель свидетельствует о тяжелом течении заболевания?

Эталоны ответов:

1. Желтуха имеет печеночное происхождение, поскольку повышен билирубин в основном за счет прямого и повышены печеночные ферменты АЛТ и АСТ, что свидетельствует о наличии синдромов цитолиза и холестаза.

2. Средней тяжести, для этой степени характерно повышение уровня билирубина до 200 мкмоль/л, с сохранением ПТИ.

3. Снижение ПТИ

С13 ПК-2.2.9. У больного с подтвержденной ВИЧ-инфекцией и интенсивными головными болями при МРТ головного мозга выявлены очаги на границе серого и белого вещества

Вопросы:

1. Как следует расценивать данные изменения?
2. В какую стадию заболевания развиваются такие изменения?
3. Показано ли хирургическое лечение?

Эталоны ответов:

1. Описанные изменения характерны для токсоплазмоза головного мозга

2. Развивается подобное состояние на стадии СПИДа

3. Лечение проводится консервативное назначением АРТ-терапии и антибактериальной терапии в условиях специализированного отделения

С14 ПК-2.2.11. Больной 72 лет заболел через 3 недели после того, как получил колотую рану стопы (наступил на осколок стекла). В начале заболевания отметил затруднение при открывании рта и неловкость при глотании. Обратился к стоматологу и в тот же день были удалены два корня разрушенных зубов. Несмотря на это, симптомы усилились: нарастал тризм, появились тянущие боли в мышцах затылка, спины, а на 7 день - непродолжительные общие судороги. Пациент еще раз обратился на прием к стоматологу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте его
2. Какие симптомы позволяют поставить диагноз в начальном периоде заболевания?
3. В какое отделение должен быть госпитализирован больной?

Эталоны ответов:

1. Столбняк, начало с тризма и нарушения глотания. Затем через 7 дней присоединение судорог.
2. Для раннего периода характерна триада: тризм, дисфагия и сардоническая улыбка
3. У больного имеются судороги, все больные (столбняк в том числе) с судорожным синдромом госпитализируются в реанимационное отделение

С15 ПК-2.2.11. Больной жалуется на боль в горле при глотании, слабость, припухлость в области шеи, высокую температуру. Болеет пятый день. Лихорадка в течение дня 37,8 – 38,6⁰С. Бледный. Склеры желтые. Заднешейные, шейные боковые и подмышечные лимфатические узлы подвижные от 0,5 до 2 см в диаметре. Зев гиперемирован. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги. Определяется край селезенки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
3. Где следует лечить больного?

Эталоны ответов:

1. Инфекционный мононуклеоз, у больного лихорадка, лимфаденопатия, поражение миндалин, увеличение печени и желтуха.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с аденовирусной инфекцией, ВИЧ-инфекцией, CMV-инфекцией, иерсиниозом, потому что для всех инфекций характерна лимфаденопатия, лихорадка, гептоспленомегалия.
3. Больного следует лечить в инфекционном отделении

С16 ПК-2.2.14. У больного появился обильный жидкий стул без патологических примесей, фонтанирующая рвота, слабость, жажда, быстро наросли признаки обезвоживания: сухость кожи, осиплость голоса, судороги, температура - 35,9⁰ С, Р - 110 в минуту, АД - 60/40 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. Неотложная терапия?

Эталоны ответов:

1. Холера. Явления гастроэнтерита при нормальной температуре, отсутствии болевого синдрома и развитии обезвоживания

2. Гиповолемический шок
3. Раствор «Трисоль» в объеме потерянной жидкости, у пациента потери составляют 9% от массы тела, жидкость вводится в подогретом виде струйно в 2 вены, весь объем в течении 4 часов

С17 ПК-2.3.1. Пациент заболел с повышением температуры до 37,8° С, недомогания, через несколько дней присоединилась боль при жевании и припухлость в околоушных областях. К 6-му дню эти жалобы стали регрессировать, но вечером состояние ухудшилось, появилась головная боль, головокружение, тошнота, повторная рвота, тянущие боли по ходу спины при попытке согнуть голову, температура повысилась до 38,9° С, пульс – 102 в минуту, АД – 95/65 мм рт.ст., определяется ригидность мышц затылка и положительный с-м Кернига.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз? Обоснуйте
2. Чем обусловлено ухудшение состояния больного? Обоснуйте
3. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Эпидемический паротит, менингит. Начало заболевания с интоксикации, вовлечение в процесс околоушных слюнных желез и присоединение менингита (менингеальная триада – головная боль, рвота, температура – и положительные менингеальные знаки) говорят в пользу блоковой формы заболевания.
2. Состояние ухудшилось за счет присоединения менингита из-за генерализации инфекции
3. Клинический анализ крови, клинический и вирусологический анализ ликвора, серологическое исследование крови

С18 ПК-2.3.2. У пациентки температуры тела 38,0° С, интенсивная головная боль, тошнота, болезненность и припухлость в околоушной области слева. При осмотре: асимметрия лица, в области угла нижней челюсти слева определяется умеренно болезненная припухлость тестоватой консистенции. На слизистой оболочке щеки слева в области выводного протока околоушной железы - инфильтрация, ограниченная зона гиперемии. Также у больного выявлены ригидность мышц затылка и положительный симптом Кернига

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Имеется ли у больного симптом Мурсу?
3. Выявлены ли у больного менингеальные знаки?

Эталоны ответов:

1. На основании острого начала, наличия менингеальной триады, положительных менингеальных знаков можно считать, что больная переносит менингит. Поражение правой околоушной железы, ее тестоватая консистенция, можно предположить эпидемический паротит дает основание предположить паротитную природу менингита.
2. Да. С-м Мурсу проявляется в виде ограниченной зоны гиперемии и инфильтрации на слизистой оболочке щеки слева в области выводного протока околоушной железы.
3. Да, это ригидность мышц затылка и положительный симптом Кернига

С19 ПК-2.3.3. Учащийся ПТУ К., 17 лет, заболел остро 13.02., когда у него появилась умеренная головная боль, заложенность носа, температура 37,2°С. При осмотре задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, бугриста. Менингеальные явления не выявлены.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что 16.02. сосед по общежитию М., 16 лет, заболел и госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом менингит.

Вопросы:

1. Какие ведущие синдромы?
2. Ваш диагноз и его обоснование?
3. Какие методы подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Синдромы: респираторный, интоксикационный
2. Менингококковый назофарингит. Острое начало заболевания, умеренная интоксикация, сухой ринит, сухой кашель, характерные изменения слизистой задней стенки глотки в виде гиперемии, отека, бугристости молодой возраст больного. А также контакт с больным острым менингитом.
3. Мазок из зева на менингококк

С20 ПК-2.3.4. Пациент, 30 лет, житель Таджикистана, заболел за 7 месяцев до поступления в клинику: боли в животе и жидкий стул слизисто-кровянистого характера 4-5 раза в сутки, стул скудный с примесью большого количества слизи и крови. При осмотре состояние средней тяжести, температура 37,3° С, интоксикация выражена умеренно. АД 110/75 мм рт ст, пульс 98 в минуту. Живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу слепой и восходящей кишки.

Вопросы:

1. Какие ведущие синдромы?
2. Какой Ваш предварительный диагноз? Обоснуйте его
3. Какой план обследования больного?

Эталоны ответов:

1. Интоксикационный, колитический
2. Больной переносит амебиаз, кишечную форму, в пользу диагноза свидетельствуют постепенное развитие заболевания, поражение проксимального отдела толстого кишечника – болезненные при пальпации слепая и восходящий отдел кишечника, понос с примесью слизи и крови, умеренно выраженная интоксикация (температура 37,3°С) присоединившаяся в поздние сроки, а также проживание в эндемичной по амебиазу стране.
3. План обследования должен включать: общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, серологическое исследование крови с дизентерийным и сальмонеллезным антигенами, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, условно-патогенную флору, копроцитограмму, анализ кала на яйца гельминтов, паразитологическое исследование кала на простейшие, ректероманоскопию.

С21 ПК-2.3.5. Больная 47 лет, в течение 5 лет наблюдается по поводу неспецифического язвенного колита. Последнее обострение наступило 10 дней назад: боли в нижних отделах живота, стул до 5 - 8 раз в сутки. При осмотре температура 37,5° С, АД 115/75 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. Язык подсушен, обложен белым налётом, живот мягкий болезненный в правой подвздошной области. Стул скудный с большим количеством слизи и крови. При обследовании из кала выделена большая вегетативная форма *Entamoeba histolytica*.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое дополнительное исследование нужно сделать больной?

3. Что вы ожидаете увидеть при этом исследовании?

Эталоны ответов:

1. Длительное рецидивирующее течение хронического колита при котором из кала выделяется *Entamoeba histolytica* дает основание для диагноза кишечный амебиаз
2. Для подтверждения диагноза и проведения дифференциального диагноза с неспецифическим язвенным колитом необходимо провести ректероманоскопию.
3. При ректероманоскопии у больных с амебиазом определяются колбообразные язвы, окруженные нешироким венчиком гиперемии.

С22 ПК-2.3.7. Пациентка 24 лет, заболела 18 часов назад, когда появилось познабливание, повысилась температура, головная боль, насморк. Ночью того же дня состояние ухудшилось, усилился кашель, начала испытывать затруднение при дыхании, нехватку воздуха. При поступлении температура 37,9°C, бледная, губы с цианотичным оттенком, цианоз кончика носа. Резко выражена экспираторная одышка. Дыхание свистящее, в легких масса сухих хрипов. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование?
2. Где следует проводить лечение пациентки и почему?
3. Какие возможны осложнения?

Эталоны ответов:

1. Сочетание интоксикационного синдрома с катаральным, при котором развиваются явления бронхолита с формированием затруднения дыхания говорят в пользу респираторно-синтициальной инфекции
2. Больную следует лечить в стационаре, поскольку она нуждается инголяция O_2 , в/в препараты кальция, антигистаминные препараты, инголяции муколитиками, НПВС
3. Дыхательная недостаточность

С23 ПК-2.3.8. Пациент заболел постепенно остро с повышением температуры до 39,5°C, резкой слабости, головной боли в лобно-височной области, глазах. При осмотре лицо одутловато, яркий склерит, конъюнктивит, зев гиперемирован с цианотичным оттенком. Дыхание везикулярное, жесткое, ЧД-2ц в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС-110 в мин. АД 115/70 мм рт ст. органы брюшной полости без особенностей

Вопросы:

1. Какие ведущие синдромы?
2. Поставьте предварительный диагноз с последующим его обоснованием?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать патологию больного?

Эталоны ответов:

1. Интоксикационный, катаральный
2. Острое начало, выраженный токсикоз, локализация головной боли в лобно-височных областях, катаральный синдром гиперемия слизистой с цианотичным оттенком свидетельствуют в пользу гриппа.
3. Парагрипп, аденовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, микоплазмоз, легионеллез

С24 ПК-2.3.9. Пациент поступил в инфекционное отделение через 16 часов от начала заболевания. Больной адинамичный, кожа бледная. ЧДД 20 в мин. Над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Пульс 68 в мин, АД 100/70 мм рт ст. Язык сухой,

обложен белым налетом. Лицо амимично, птоз век, слабость конвергенции с двух сторон, мидриаз, анизокория, зрачки $D > S$. За день до заболевания ел мясной студень, овощной салат, сырокопченую колбасу, маринованные грибы домашнего приготовления.

Вопросы:

1. Какие ведущие синдромы?
2. Какой наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте
3. Какая тяжесть заболевания? Ответ обоснуйте

Эталоны ответов:

1. Синдромы: гастроинтестинальный; паралитический
2. Ботулизм. Острое начало заболевания с явлений гастрита, после которого быстро развивается офтальмоплегический синдром, неврологическая симптоматика симметричная, определяются только двигательные нарушения а также употребление в пищу накануне заболевания маринованных грибов домашнего приготовления
3. Легкое течение, поскольку имеется только офтальмоплегический синдром

С25 ПК-3.1.1. К врачу обратился пациент с болями в горле, повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре лицо одутловато, бледное, шея отечна, рот широко раскрыть не может, миндалины увеличены, покрыты серым пленчатым налетом, который шпателем не снимается. Подчелюстные узлы до 1,2 см.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз, его обоснование?
2. Показана ли антибактериальная терапия и какая?
3. Какие методы этиотропной терапии существуют?

Эталоны ответов:

1. Дифтерия, токсическая форма I степени. Умеренная интоксикация, поражение миндалин с характерным пленчатым налетом, который шпателем не снимается, отек шеи до шейной складки говорит в пользу токсической I степени
2. Инфекция бактериальная, поэтому назначаем антибиотики, препаратом выбора является эритромицин, к которому чувствителен возбудитель дифтерии - *Corynebacterium diphtheriae*.
3. Антибиотики и противодифтерийная сыворотка связывает токсин *Corynebacterium diphtheriae*

С26 ПК-3.1.2. Больному со столбняком начато введение противостолбнячной сыворотки. Через 10 минут появилась одышка и уртикарная сыпь

Вопросы:

1. Следует ли отменять введение сыворотки?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. Какая Ваша тактика?

Эталоны ответов:

1. Противостолбнячная сыворотка является основным лечение столбняка. Поэтому даже при наличии осложнений все равно необходимо продолжить ее введение
2. Аллергическая реакция на гетерогенный(лошадиный) белок
3. Контроль АД. Введение антигистаминных препаратов, глюконата кальция, ГКС.

С27 ПК-3.2.1. Больному ВИЧ-инфекцией с развитием пневмонии назначены антибиотики из группы цефалоспоринов. В течение 2-х недель у пациента сохраняется повышенная температура и кашель.

Вопросы:

1. Какой генез пневмонии возможен в данном случае?
2. Какой препарат выбора для лечения пневмонии?
3. Какое еще лечение должен получать больной?

Эталоны ответов:

1. При ВИЧ-инфекции в первую очередь следует думать о пневмоцистной пневмонии
2. Лечение пневмонии при ВИЧ-инфекции помимо антибиотиков должно включать назначение бисептола (Сульфаметоксазола и триметоприма), поскольку к последнему чувствительны пневмоцисты
3. Для эффективного лечения пневмонии при ВИЧ-инфекции обязательным условием должно быть назначение АРТ-терапии.

С28 ПК-3.2.2. К врачу обратился пациент с жалобами на першение в горле, заложенность носа, низкую субфебрильную температуру. У жены больного такая же клиника, у сына в классе были случаи менингококковой инфекции

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз и обоснование?
2. Какими препаратами следует лечить пациента, его жену и сына?
3. Какой принцип выбора препаратов?

Эталоны ответов:

1. У пациента менингококковый назофарингит: явления фарингита на фоне незначительной интоксикации, групповой характер заболевания, контакт с больным менингококковой инфекцией
2. Полусинтетическими пенициллинами
3. Менингококк должен быть чувствителен к антибиотику, поскольку это локализованная форма инфекции и лечение можно проводить амбулаторно, целесообразно назначение препарата в таблетированной форме.

С29 ПК-3.2.4. На прием к врачу обратилась больная с жалобами на головную боль в лобно-височной области, слабость, ломоту в теле, редкий сухой кашель, заложенность носа, повышение температуры до 38,1⁰С. Объективно: лицо несколько одутловато, гиперемировано. Выражен склерит, конъюнктивит. Слизистая ротоглотки гиперемирована, умеренно отечна с мелкой зернистостью. В легких везикулярное дыхание с жестким оттенком. У больной беременность 26 недель.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз и его обоснование?
2. Какова врачебная тактика?
3. Какая терапия эффективная и безопасная в данной ситуации?

Эталоны ответов:

1. Острое начало заболевания, характерная боль в лобно-височных областях, ломота в теле, выраженный катаральный синдром дают основания для диагноза грипп

2. Поскольку у больной беременность 26 недель показано лечение в условиях родильного отделения

3. Озелтамивир, дезинтоксикационная терапия, НПВС, антигистаминные препараты, аскорутин

С30 ПК-3.3.1. Пациентка 65 лет заболела остро, когда повысилась температура, появилась головная боль, слабость, боль и гиперемия в области лица слева. При осмотре на 2-й день болезни выявлена гиперемия, отек и болезненность в области левой половине лица, на лбу и волосистой части головы. На лбу, кроме того, имеются пузырьки, наполненные серозным содержимым. Края гиперемии и отека неровные, резко отграничены от здоровой кожи. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Какой диагноз у пациентки? Его обоснование
2. Какое этиотропное лечение?
3. Какое патогенетическое лечение?

Эталоны ответов:

1. Интоксикационный синдром в сочетании с везикулезной сыпью по ходу левой первой ветви тройничного нерва позволяю выставить диагноз Herpes Zoster
2. Ацикловир
3. Дезинтоксикационная терапия, НПВС, витамины группы В, местно антисептики

С31 ПК-3.3.2. Студент 20 лет, лечился по поводу ОРЗ амбулаторно на протяжении 3 дней в связи с повышением температуры до 38,2 °С. При очередном осмотре – жалобы на ухудшение аппетита, нарастающую усталость при нормальной температуре и отсутствии катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Врач обнаружил увеличение и умеренную болезненность печени. В группе были случаи гепатита А.

Вопросы:

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какой принцип терапии?
3. Какой принцип диетотерапия?

Эталоны ответов:

1. Вирусные гепатит А на основании цикличности течения, короткого преджелтушного периода по гриппоподобному типу, улучшение субъективного состояния при появлении желтухи, отсутствие парентеральных вмешательств в анамнезе
2. Проведение дезинтоксикационной терапии, ферментативные препараты, желчегонные в стадии реконвалесценции, диетотерапия
3. Стол №5, исключить жирную, жареную, острую пищу, алкоголь, кофе, бобовые, специи.

С32 ПК-3.3.2. Больному со столбняком начато введение противостолбнячной сыворотки. Через 10 минут появилась одышка и уртикарная сыпь

Вопросы:

1. Следует ли отменять введение сыворотки?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. Какова Ваша тактика?

Эталоны ответов:

1. Противостолбнячная сыворотка является основным лечение столбняка. Поэтому даже при наличии осложнений все равно необходимо продолжить ее введение
2. Аллергическая реакция на гетерогенный(лошадиный) белок
3. Контроль АД. Введение антигистаминных препаратов, глюконата кальция, ГКС.

С33 ПК-5.1.6. Врач-анестезиологи приступает к работе в хирургическом отделении. При медосмотре отклонений состоянии здоровья не выявлено

Вопросы:

1. Какие прививки следует сделать врачу однократно?
2. Как следует прививаться от дифтерии и столбняка?
3. Какие и делаются ежегодно?

Эталоны ответов:

1. Перед началом работы или в начале работы врачам хирургической специальности нужно сделать прививку против вирусного гепатита В
2. Прививка от дифтерии и столбняка – ДС – проводится 1 раз в 10 лет. В случае возникновения эпидемиологического неблагополучия по дифтерии прививки делаются по эпидемиологическим показаниям не дожидаясь интервала в 10 лет. В случае получения травмы не недостаточного титра защитных АТ к столбняку прививку следует повторить
3. Ежегодно в начале осени следует делать прививку против гриппа для формирования иммунитета к началу сезона заболеваемости

С34 ПК-5.2.2. Соседская собака укусила пациента, когда он пытался отобрать у собаки украденного цыпленка

Вопросы:

1. Является ли укус спровоцированным?
2. Какова ваша тактика?
3. Что делать, если собака убежала?

Эталоны ответов:

1. Укус спровоцированный, т.к. у животного отбили его добычу
2. За собакой следует наблюдать 14 дней. В случае развития бешенства у собаки пациента прививать антирабической сывороткой
3. Если собака убежала введение сыворотки начинается немедленно

С35 ПК-5.2.5. В инфекционное отделение госпитализирован студент медицинского колледжа с генерализованной формой менингококковой инфекцией, протекающей в виде менингококкцемии, Пациент проживает в общежитии

Вопросы:

1. Какие мероприятия следует провести в общежитии?
2. Кто подлежит госпитализации и почему?
3. Кому необходимо назначить антибактериальную терапию?

Эталоны ответов:

1. В общежитии, где проживал пациент, в группе, в которой он учился, всем студентам следует сделать мазки из зева на менингококк
2. Госпитализации подлежат больные с назофарингитом и носители, проживающие в общежитии, студенты проживающие дома могут быть изолированы по месту жительства

3. Антибактериальной терапии подлежат все лица, у которых при бактериологическом исследовании выявлен менингококк в зеве

С36 ПК-5.2.6. На прием к участковому терапевту пришел пациент, которому на основании клинических проявлений выставлен диагноз грипп. Больной проживает с семьей в однокомнатной квартире

Вопросы:

1. Какова тактика в отношении пациента?
2. Необходима ли вакцинация против гриппа членов семьи?
3. Какова тактика в отношении членов семьи?

Эталоны ответов:

1. Поскольку пациента нельзя изолировать в домашних условиях (проживает в однокомнатной квартире с семьей), показана госпитализация в инфекционное отделение по эпидемиологическим показаниям.
2. Проведение вакцинации против гриппа не показано, для формирования иммунитета против гриппа после введения вакцины нужно не менее месяца.
3. Членам семьи в профилактических целях показан α -интерферон назально

С37 ПК-5.3.1. К инфекционисту обратилась молодая женщина, планирующая беременность

Вопросы:

1. Какие исследования ей стоит сделать?
2. Как интерпретировать полученные результаты?
3. Какие прививки необходимо сделать?

Эталоны ответов:

1. Определение Ig M и Ig G к TORCH-комплексу, заболеваниям обладающим тератогенным действием: токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ и герпес
2. Наличие Ig G к инфекциям TORCH-комплекса инфицирование во время беременности не наступит, в случае отсутствия АТ исследования повторять трижды во время беременности
3. При отсутствии Ig G к краснухе необходимо пройти вакцинацию против краснухи.

С38 ПК-5.3.7. При исследовании крови больного, приехавшего неделю назад из Анголы, выявлены трофозоиды и гомонты *Plasmodium falciparum*. Состояние пациента удовлетворительное, температура не повышалась

Вопросы:

1. Где должно проводиться лечение и почему?
2. Какие препараты следует назначить пациенту для профилактики распространения малярии?
3. В какое время стоит особенно тщательно проводить профилактику?

Эталоны ответов:

1. Больной должен находиться в инфекционном отделении с тем чтобы не явиться источником инфекции для местных комаров
2. Для профилактики распространения малярии следует назначать гомонтоцидные препараты - примахин
3. Особенно тщательно профилактику распространения малярии следует проводить с апреля по октябрь – во время лета комаров

С39 ПК-5.3.8. На прием к врачу поликлиники обратился пациент с целью профосмотра. При объективном осмотре выявлена гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Из эпиданамнеза известно, что друг больного находится на лечении в инфекционном стационаре по поводу генерализованной формы менингококковой инфекции.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Тактика в отношении больного?
3. Какую дополнительную документацию следует заполнить?

Эталоны ответов:

1. Явления фарингита у пациента, контактировавшего с больным менингококковой инфекцией, являются основанием заподозрить менингококковый назофарингит
2. Больного следует направить к инфекционисту для решения вопроса о возможной госпитализации, взятии мазков из зева на менингококк и назначении антибиотиков для лечения
3. Врач, принявший больного, должен заполнить и направить в санэпидслужбу экстренное извещение о случае выявления инфекционного заболевания