

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2025 12:06:02  
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

31.05.02 Педиатрия

Донецк 2024

## ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

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

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
<b>Общепрофессиональные компетенции (ОПК)</b>			
<b>ОПК-4.</b> Способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1.3. Знает семиотику различных инфекционных заболеваний;	<b>Т 1</b> ОПК-4.1.3. <b>Т 2</b> ОПК-4.1.3.	<b>С1</b> ОПК-4.1.3.
	ОПК-4.1.4. Знает клиническую картину болезней и состояний, требующих направления на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.	<b>Т 3</b> ОПК-4.1.4. <b>Т 4</b> ОПК-4.1.4.	<b>С2</b> ОПК-4.1.4.
	ОПК-4.2.2. Умеет определять объем основных и дополнительных методов исследования;	<b>Т 5</b> ОПК-4.2.2. <b>Т 6</b> ОПК-4.2.2.	<b>С3</b> ОПК-4.2.2.
	ОПК-4.2.3. Умеет назначить метод обследования при конкретном заболевании с учетом состояния;	<b>Т 7</b> ОПК-4.2.3. <b>Т 8</b> ОПК-4.2.3.	<b>С4</b> ОПК-4.2.3.
	ОПК-4.2.4. Умеет интерпретировать результаты сбора жалоб и анамнеза, лабораторного и инструментального обследования.	<b>Т 9</b> ОПК-4.2.4. <b>Т 10</b> ОПК-4.2.4.	<b>С5</b> ОПК-4.2.4.
	ОПК-4.3.3. Владеет интерпретация данных клинических и дополнительных исследования.	<b>Т 11</b> ОПК-4.3.3. <b>Т 12</b> ОПК-4.3.3.	<b>С6</b> ОПК-4.3.3.

<b>Профессиональных компетенций (ПК)</b>			
<b>ПК-1.</b> Способен к проведению обследования с целью установления диагноза	ПК-1.1.1. Знает методику сбора и оценку анамнеза;	<b>Т 13</b> ПК-1.1.1. <b>Т 14</b> ПК-1.1.1.	<b>С7</b> ПК-1.1.1.
	ПК-1.1.2. Знает особенности диагностики и клинического течения заболеваний;	<b>Т 15</b> ПК-1.1.2. <b>Т 16</b> ПК-1.1.2.	<b>С8</b> ПК-1.1.2.
	ПК-1.1.4. Знает методику сбора и оценку анамнеза, анамнеза жизни, данных о профилактических прививках, анамнеза заболевания;	<b>Т 17</b> ПК-1.1.4. <b>Т 18</b> ПК-1.1.4.	<b>С9</b> ПК-1.1.4.
	ПК-1.1.5. Знает методику оценки данных объективного обследования;	<b>Т 19</b> ПК-1.1.5. <b>Т 20</b> ПК-1.1.5.	<b>С10</b> ПК-1.1.5.
	ПК-1.1.6. Знает этиологию, патогенез инфекционных болезней;	<b>Т 21</b> ПК-1.1.6. <b>Т 22</b> ПК-1.1.6.	<b>С11</b> ПК-1.1.6.
	ПК-1.1.7. Знает клиническую картину инфекционных заболеваний, требующих направления на лабораторное и инструментальное обследование, порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	<b>Т 23</b> ПК-1.1.7. <b>Т 24</b> ПК-1.1.7.	<b>С12</b> ПК-1.1.7.
	ПК-1.1.8. Знает клиническую картину заболеваний и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной медицинской помощи;	<b>Т 25</b> ПК-1.1.8. <b>Т 26</b> ПК-1.1.8.	<b>С13</b> ПК-1.1.8.
	ПК-1.1.9. Знает Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>Т 27</b> ПК-1.1.9. <b>Т 28</b> ПК-1.1.9.	<b>С14</b> ПК-1.1.9.
	ПК-1.2.5. Умеет получать информацию об анамнезе	<b>Т 29</b> ПК-1.2.5.	<b>С15</b> ПК-1.2.5.

	заболевания;	<b>Т 30</b> ПК-1.2.5.	
	ПК-1.2.6. Умеет оценивать данные объективного обследования;	<b>Т 31</b> ПК-1.2.6. <b>Т 32</b> ПК-1.2.6.	<b>С16</b> ПК-1.2.6.
	ПК-1.2.7. Умеет оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной медицинской помощи;	<b>Т 33</b> ПК-1.2.7. <b>Т 34</b> ПК-1.2.7.	<b>С17</b> ПК-1.2.7.
	ПК-1.2.8. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований;	<b>Т 35</b> ПК-1.2.8. <b>Т 36</b> ПК-1.2.8.	<b>С18</b> ПК-1.2.8.
	ПК-1.2.9. Умеет интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований;	<b>Т 37</b> ПК-1.2.9. <b>Т 38</b> ПК-1.2.9.	<b>С19</b> ПК-1.2.9.
	ПК-1.2.11. Умеет обосновывать необходимость направления на госпитализацию.	<b>Т 39</b> ПК-1.2.11. <b>Т 40</b> ПК-1.2.11.	<b>С20</b> ПК-1.2.11.
	ПК-1.3.3. Владеет сбором анамнеза заболевания	<b>Т 41</b> ПК-1.3.3. <b>Т 42</b> ПК-1.3.3.	<b>С21</b> ПК-1.3.3.
	ПК-1.3.4. Владеет оценкой состояния	<b>Т 43</b> ПК-1.3.4. <b>Т 44</b> ПК-1.3.4.	<b>С22</b> ПК-1.3.4.
	ПК-1.3.5. Владеет направлением на лабораторное и инструментальное обследование, на госпитализацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;	<b>Т 45</b> ПК-1.3.5. <b>Т 46</b> ПК-1.3.5.	<b>С23</b> ПК-1.3.5.
	ПК-1.3.6. Владеет оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной,	<b>Т 47</b> ПК-1.3.6. <b>Т 48</b> ПК-1.3.6.	<b>С24</b> ПК-1.3.6.

	неотложной помощи;		
	ПК-1.3.7. Владеет проведением дифференциального диагноза с другими болезнями и постановкой диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	<b>Т 49</b> ПК-1.3.7. <b>Т 50</b> ПК-1.3.7.	<b>С25</b> ПК-1.3.7.
<b>ПК-2.</b> Способен к назначению лечения детям и контролю его эффективности и безопасности	ПК-2.1.2. Знает современные методы медикаментозной терапии заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;	<b>Т 51</b> ПК-2.1.2. <b>Т 52</b> ПК-2.1.2.	<b>С26</b> ПК-2.1.2.
	ПК-2.1.3. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к их применению, осложнения, вызванные их применением.	<b>Т 53</b> ПК-2.1.3. <b>Т 54</b> ПК-2.1.3.	<b>С27</b> ПК-2.1.3.
	ПК-2.2.1. Умеет составлять план лечения болезней, назначать медикаментозную терапию с учетом диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;	<b>Т 55</b> ПК-2.2.1. <b>Т 56</b> ПК-2.2.1.	<b>С28</b> ПК-2.2.1.
	ПК-2.2.5. Умеет оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях и состояниях; оказывать помощь в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;	<b>Т 57</b> ПК-2.2.5. <b>Т 58</b> ПК-2.2.5.	<b>С29</b> ПК-2.2.5.

	ПК-2.2.6. Умеет анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического действия на организм	<b>Т 59</b> ПК-2.2.6. <b>Т 60</b> ПК-2.2.6.	<b>С30</b> ПК-2.2.6.
	ПК-2.3.1. Владеет разработкой плана лечения болезней;	<b>Т 61</b> ПК-2.3.1. <b>Т 62</b> ПК-2.3.1.	<b>С31</b> ПК-2.3.1.
	ПК-2.3.2. Владеет назначением медикаментозной терапии;	<b>Т 63</b> ПК-2.3.2. <b>Т 64</b> ПК-2.3.2.	<b>С32</b> ПК-2.3.2.
	ПК-2.3.5. Владеет оказанием медицинской помощи при внезапных острых состояниях и заболеваниях;	<b>Т 65</b> ПК-2.3.5. <b>Т 66</b> ПК-2.3.5.	<b>С33</b> ПК-2.3.5.
	ПК-2.3.6. Владеет оценкой эффективности и безопасности медикаментозной терапии.	<b>Т 67</b> ПК-2.3.6. <b>Т 68</b> ПК-2.3.6.	<b>С34</b> ПК-2.3.6.

Оценивание результатов текущей успеваемости, 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 ОПК-4.1.3.** ЧУМА, ХОЛЕРА, ЖЕЛТАЯ ЛИХАРАДКА, НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ИНФЕКЦИЙ

- А. \*На которые распространяются Международные санитарные правила
- Б. Трансмиссивных
- В. Кишечных
- Г. Природно-очаговых

**Т 2 ОПК-4.1.3.** ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ БОТУЛИЗМЕ

- А. Водный
- Б. \*Алиментарный
- В. Контактно-бытовой
- Г. Половой

**Т 3 ОПК-4.1.4.** ПАРАКСИЗМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ С ОЗНОБАМИ И ПОТАМИ ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

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

**Т 4 ОПК-4.1.4.** ЭТИОТРОПНУЮ ТЕРАПИЮ АМЕБИАЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

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

**Т 5 ОПК-4.2.2.** БОЛЬНОМУ ГРИППОМ, У КОТОРОГО ТЕМПЕРАТУРА ДЕРЖИТСЯ БОЛЕЕ 7 ДНЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

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

**Т 6 ОПК-4.2.2.** ДИАГНОЗ ПАЦИЕНТА ПРИ СОЧЕТАНИИ КОНЬЮНКТИВИТА, РИНИТА И ФАРИНГИТА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЕМ

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

**Т 7 ОПК-4.2.3.** АБСОЛЮТНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА БРЮШНОЙ ТИФ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕ SALMONELLA TYPHI ИЗ

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



**Т 8 ОПК-4.2.3.** У БОЛЬНОГО С ЛИХОРАДКОЙ И ВЕЗИКУЛЕЗНОЙ СЫПЬЮ НА ЯЗЫЧКЕ И ПЕРЕДНИХ ДУЖКАХ ВОЗБУДИТЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕН ИЗ:

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

**Т 9 ОПК-4.2.4.** ПОЯВЛЕНИЕ В ЗЕВЕ ЭРОЗИЙ И АФТ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ

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

**Т 10 ОПК-4.2.4.** У БОЛЬНОГО СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ ВЫ ОЖИДАЕТЕ УВИДЕТЬ

- А. Безболезненную эритему в виде кольца
- Б. Болезненный карбункул с черным струпом
- В. Эритему в виде языков пламени
- Г. \*Безболезненный карбункул с черным струпом

**Т 11 ОПК-4.3.3.** У БОЛЬНОГО С РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЫ ОЖИДАЕТЕ

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

**Т 12 ОПК-4.3.3.** ТЕНЕЗМЫ И СТУЛ С ПРИМЕСЬЮ СЛИЗИ И КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

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

**Т 13 ПК-1.1.1.** ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ ЯЗВЫ С ЧЕРНЫМ СТРУПОМ, РАЗВИЛОСЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ

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

**Т 14 ПК-1.1.1.** У БОЛЬНОГО ГРИППОМ ВЫ ОЖИДАЕТЕ КАШЕЛЬ:

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

**Т 15 ПК-1.1.2.** ЯВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНО-СИНТИЦИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ РАЗВИТИЕМ

- А. Бронхоспазма

- Б. Ложного крупа
- В. \*Бронхиолита
- Г. Тканевой гипоксии

**Т 16 ПК-1.1.2.** ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНЫ ДЛИТЕЛЬНАЯ ЛИХОРАДКА, ЭКЗАНТЕМА, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ И \_\_\_\_\_

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

**Т 17 ПК-1.1.4.** ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ИНТОКСИКАЦИОННЫМ И КАТАРАЛЬНЫМ СИНДРОМАМИ НА ОСИПЛОСТЬ ГОЛОСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

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

**Т 18 ПК-1.1.4.** У ПАЦИЕНТА С ТОНИЧЕСКИМИ СУДОРОГАМИ СЛЕДУЕТ УТОЧНИТЬ НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ

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

**Т 19 ПК-1.1.5.** ПОСЛЕ УКУСА КЛЕЩА ВЫ ОЖИДАЕТЕ УВИДЕТЬ НА КОЖЕ

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

**Т 20 ПК-1.1.5.** 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 21 ПК-1.1.6.** ВОЗБУДИТЕЛЕМ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

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

**Т 22 ПК-1.1.6.** ПРИЧИНА МЫШЕЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ТРИЗМОМ, ТОНИЧЕСКИМИ СУДОРОГАМИ И ТРАВМОЙ В АНАМНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

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

**Т 23 ПК-1.1.7.** БОЛЬНОМУ С ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ

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

**Т 24 ПК-1.1.7. МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АМЕБИАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**Т 25 ПК-1.1.8. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ШОК**

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

**Т 26 ПК-1.1.8. МЕНИНГЕАЛЬНАЯ ТРИАДА СОСТОИТ ИЗ ЛИХОРАДКИ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ И**

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

**Т 27 ПК-1.1.9. СОЧЕТАНИЕ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА, МИАЛГИЙ, ПОЧЕЧНО-ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДАЮТ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА**

- А. Иерсиниоз
- Б. \*Лептоспироз
- В. Энтеновирусная инфекция
- Г. Малярия

**Т 28 ПК-1.1.9. СОЧЕТАНИЕ КАТАРАЛЬНОГО И ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМОВ С ТРАХЕИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

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

**Т 29 ПК-1.2.5. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СЛУЧАЯ БОТУЛИЗМА НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ БОЛЬНЫМ В ПИЩУ**

- А. Колбасных изделий фабричного производства
- Б. Жареных грибов собственного сбора
- В. Тушеного мяса фабричного производства
- Г. \*Консервированных домашних грибов

**Т 30 ПК-1.2.5. ПАЦИЕНТ С БОЛЕЗНЬЮ БРИЛЯ В ПРОШЛОМ ПЕРЕНЕС**

- А. Брюшной тиф
- Б. \*Сыпной тиф
- В. Энцефалит
- Г. Грипп

**Т 31 ПК-1.2.6. ЭНАНТЕМА НА МЯГКОМ НЕБЕ ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ НАЗЫВАЕТСЯ**

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

**Т 32 ПК-1.2.6. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ЧУМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**Т 33 ПК-1.2.7. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В РЕАНЕМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ**

- А. Дизартрия
- Б. Дисфагия
- В. \*Нарушение дыхания
- Г. Дисфония

**Т 34 ПК-1.2.7. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Симптом Бабинского
- Б. Менингеальные знаки
- В. Рвота центрального происхождения
- Г. \*Отсутствие сознания

**Т 35 ПК-1.2.8. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СУДОРОГ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ**

- А.  $\text{Na}^+$
- Б.  $\text{Mg}^{2+}$
- В. \* $\text{K}^+$
- Г.  $\text{Ca}^{2+}$

**Т 36 ПК-1.2.8. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ МЕНИНГИТА В ЛИКВОРЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ**

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

**Т 37 ПК-1.2.9. 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 38 ПК-1.2.9. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Нарастание билирубина
- Б. Нарастание АЛТ

- В. \*Снижение ПТИ
- Г. Снижение альбумина

**Т 39 ПК-1.2.11. БОЛЬНОГО ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ГРИППА СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ**

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

**Т 40 ПК-1.2.11. ПАЦИЕНТ СО ВТОРИЧНЫМ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ СТРЕПТОКОККОВОГО ГАЙМОРИТА, ДОЛЖЕН БЫТЬ ГОСТИТАЛИЗИРОВАН В \_\_\_\_\_ ОТДЕЛЕНИЕ**

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

**Т 41 ПК-1.3.3. ДЛЯ ЛЕПТОСПИРОЗА АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ**

- А. Укусы комаров
- Б. Инфицированная рана
- В. \*Купание в стоячих водоемах
- Г. Переливание крови

**Т 42 ПК-1.3.3. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ**

- А. \*2 месяца
- Б. 8 месяцев
- В. 10 дней
- Г. 2 дня

**Т 43 ПК-1.3.4. ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, «ХЛОПАЮЩЕГО» ТРЕМОРА, ПЕЧЕНОЧНОГО ЗАПАХА ИЗО РТА У БОЛЬНОГО ЖЕЛТУХОЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ**

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

**Т 44 ПК-1.3.4. ПОКАЗАНИЕМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТОВ**

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

**Т 45 ПК-1.3.5. БЕРЕМЕННАЯ В СРОКЕ ГЕСТАЦИИ 30 НЕДЕЛЬ С ЯВЛЕНИЯМИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТРАХЕОБРОНХИТА ДОЛЖНА НАХОДИТСЯ В \_\_\_\_\_ ОТДЕЛЕНИИ**

- А. Инфекционном
- Б. \*Родильном
- В. Гинекологическом

Г. Терапевтическом

**Т 46 ПК-1.3.5.** ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРИ НЕИЗВЕСТНОМ ПРИВИВОЧНОМ АНАМНЕЗЕ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ

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

**Т 47 ПК-1.3.6.** СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ СЫПИ ПРИ МЕНИНГОКОККЦЕМИИ (ДЕНЬ БОЛЕЗНИ)

- А. \*1
- Б. 4
- В. 7
- Г. 10

**Т 48 ПК-1.3.6.** 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 49 ПК-1.3.7.** ВЫЯВЛЕНИЕ В КРОВИ НВsAg У БОЛЬНОГО ЖЕЛТУХОЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ПАЦИЕНТ ПЕРЕНОСИТ

- А. \*ВГВ
- Б. ВГА
- В. ВГС
- Г. ВГЕ

**Т 50 ПК-1.3.7.** ВЫРАЖЕННЫЙ ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭНТЕРИТОМ ДАЮТ ОСНОВАНИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ

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

**Т 51 ПК-2.1.2.** ПАЦИЕНТА С ЛИХОРАДКОЙ, ОДНОСТОРОННЕЙ АНГИНОЙ, ОДНОСТОРОННИМ ПОДЧЕЛЮСТНЫМ ЛИМФАДЕНИТОМ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ

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

**Т 52 ПК-2.1.2.** ПАЦИЕНТ НЕДЕЛЮ НАЗАД УКУШЕН КЛЕЩОМ, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А. \*Доксициклина
- Б. Гентамицина
- В. Стрептомицина
- Г. Ципрофлоксацина

**Т 53 ПК-2.1.3.** ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАСТВОР

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

**Т 54 ПК-2.1.3. БОЛЬНОМУ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОКАЗАНО**

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

**Т 55 ПК-2.2.1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ МЕНИНГОКОККОВОМ МЕНИНГИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**Т 56 ПК-2.2.1. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДИЗЕНТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

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

**Т 57 ПК-2.2.5. ПРИ РАЗВИТИИ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО С БРЮШНЫМ ТИФОМ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- А. Полиглюкина
- Б. Глюкокортикостероидов
- В. \*Плазмазамещающих препаратов
- Г. 5% раствора глюкозы

**Т 58 ПК-2.2.5. БОЛЬНОМУ С МЕНИНГИТОМ В СЛУЧАЕ ГИПЕРЕМИИ ЛИЦА И ШЕИ, ОТСУТСТВИЯ СОЗНАНИЯ, ПРИСОЕДИНЕНИЯ СУДОРОГ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ**

- А. Мезатон.
- Б. Фуросемид
- В. Сибазон
- Г. \*Маннитол

**Т 59 ПК-2.2.6. ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ГРИППЕ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ГКС В СОЧЕТАНИИ С**

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

**Т 60 ПК-2.2.6. БОЛЬНОМУ ГРИППОМ, ОСЛОЖНЕННОМ ПНЕВМОНИЕЙ С SpO<sub>2</sub> 90% КРОМЕ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНЫ**

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

**Т 61 ПК-2.3.1. ПРИ НАЛИЧИИ ЗАГРЯЗНЕННОЙ ЗЕМЛЕЙ РАНЫ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИ**

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

**Т 62 ПК-2.3.1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Рибоверин
- Б. Ацикловир
- В. \*Озелтамиви
- Г. Ванкомицин

**Т 63 ПК-2.3.2. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ СЫПНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Стрептомицин
- Б. Левомецетин
- В. Ципрофлоксацин
- Г. \*Тетрацклин

**Т 64 ПК-2.3.2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ**

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

**Т 65 ПК-2.3.5. ПРИ РАЗВИТИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ИСХОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ**

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

**Т 66 ПК-2.3.5. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО МЕНИНГОКОККЦЕМИЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С**

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

**Т 67 ПК-2.3.6. ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРОТИВОБОТУЛИНИЧЕСКОЙ СЫВОРОТКИ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ**

- А. Инфекционно-токсического шока
- Б. Миокардита
- В. \*Сывороточной болезни
- Г. Острой печеночной недостаточности

**Т 68 ПК-2.3.6. НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ ВВЕДЕНИЕ ПОЛИЙОННЫХ РАСТВОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЕЗОМ С ТОКСИКОИНФЕКЦИОННЫМ ШОКОМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К**

- А. Сывороточной болезни



- Б. Острой почечной недостаточности
- В. Анафилактическому шоку
- Г. \*Отеку легких

**Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (\*)**

#### **Ситуационные задания**

**С1 ОПК-4.1.3.** Пациент, 43 лет, шахтер, поступил на 7-й день заболевания с температурой 39° С, головной болью, болями в икроножных мышцах и пояснице. При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 37,8° С. Очень вял, заторможен. Кожа и склеры интенсивно желтого цвета с единичными геморрагиями. АД – 120/80 мм рт.ст. Печень увеличена на 3 см, пальпируется плотная селезенка, увеличена на 2 см. За последние сутки выделил 500 мл мочи.

#### **Вопросы:**

1. Какие ведущие синдромы развились у больного?
2. Какой наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния?

#### **Эталоны ответов:**

1. Интоксикационный, геморрагический, почечно-печеночная недостаточность
2. Лептоспироз на сочетании остро развившегося токсикоза с характерными болями в икроножных мышцах, присоединение геморрагического синдрома и формирование в ранне сроки болезни почечно-печеночной недостаточности.
3. Тяжесть состояния обусловлена развитием поражения печени и почек.

**С2 ОПК-4.1.4.** 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 лимфаденопатия. 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. Какой план лабораторного обследования?
3. Какие дополнительные инструментальные методы обследования вам необходимы?

#### **Эталоны ответов:**

1. ВИЧ-инфекция: длительный субфебрилитет, лимфаденопатия, потеря веса на фоне употребления наркотиков
2. Исследование крови методом ИФА дважды, после исследование крови методом ПЦР
3. Рентгенография легких

**С3 ОПК-4.2.2.** Больная, 62 лет, поступила в инфекционное отделение на 6 день болезни с жалобами на мучительную головную боль, боли в пояснице и суставах, бессонницу. При обследовании в санпропускнике обратили внимание активное поведение больной, несмотря на температуру 38,8°С, лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, тахикардия и обильная розеолезно-петехиальная сыпь на коже туловища.

#### **Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз и его обоснование?

2. Какие общеклинические методы исследования показаны больной?
3. Какие исследования следует провести больной для подтверждения диагноза?

**Эталоны ответов:**

1. Болезнь Бриля. Выраженная интоксикация, сопровождающаяся эйфорией, мучительной головной болью, катаральным синдромом и обильной розеолезно-петехиальной сыпью на коже туловища.

2. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, рентгенографическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ

3. РСК с сыпнопифозным диагностикумом.

**С4 ОПК-4.2.3.** 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

**С5 ОПК-4.2.4.** У больного температура повышалась до высоких цифр, а затем критически снижалась с потливостью до нормы через день. Из эпиданамнеза выяснено, что работает поваром на судне торгового флота. За сутки до заболевания возвратился из Мозамбика. При осмотре: вял, кожные покровы бледные, склеры иктеричны. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 84 удара в минуту. АД - 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см, селезенка - на 3 см. Менингеальных знаков нет.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какие анамнестические данные позволяют заподозрить выставленный диагноз?
3. Какие исследования следует провести в первую очередь?

**Эталоны ответов:**

1. Малярия, для заболевания характерны описанные приступы – озноб, жар, пот – развивающиеся через 48 часов, т.е. через сутки на третьи, также характерна гепатоспленомегалия

2. Работа в районе, эндемичном по малярии

3. Мазок и «толстая капля» на малярию

**С6 ОПК-4.3.3.** 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

**С7 ПК-1.1.1.** Больная жалуется на боль и высыпания на верхней губе и на носу. На протяжении последнего года подобные высыпания появляются почти ежемесячно. В анамнезе – рецидивирующий афтозный стоматит. При осмотре масса тела снижена. На крыльях носа и на верхней губе большие очаги везикул, в сгибах локтей и на стопах в проекции вен множественные рубцы. Язык густо обложен белым творожистым налетом. Определяется полилимфаденопатия..

**Вопросы:**

1. Какие дополнительные данные анамнеза вам необходимы?
2. Каким путем могло произойти инфицирование?
3. Какой наиболее вероятный диагноз?

**Эталоны ответов:**

1. Наличие в анамнезе ВИЧ-инфекции, употребление наркотических препаратов, беспорядочные половые связи
2. Половым или парентеральным
3. Наиболее вероятный диагноз ВИЧ-инфекция, в пользу которого рецидивирующий простой гепатит, не поддающийся лечению ацикловиром рецидивирующий афтозный стоматит, кандидоз половых органов в анамнезе. Указанные заболевания являются характерными для ВИЧ.

**С8 ПК-1.1.2.** Больная 47 лет, в течение 5 лет наблюдается по поводу неспецифического язвенного колита. Последнее обострение наступило 10 дней назад: появились боли в нижних отделах живота, участился стул до 5 - 8 раз в сутки. При осмотре температура 37,5° С. АД 115/75 мм рт. ст., пульс 100 в минуту, живот мягкий болезненный при пальпации 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 ректороманоскопию.
3. При ректороманоскопии у больных с амебиазом определяются колбообразные

язвы, окруженные нешироким венчиком гиперемии.

**С9 ПК-1.1.4.** Пациентка обратилась к врачу на 5 день болезни с жалобами на сильную головную боль, сухой кашель. Заболела остро после переохлаждения, Т - 37,8<sup>0</sup>С. На 5 день болезни состояние ухудшилось, выросла температура, стало трудно дышать (дышала ртом). При осмотре: Т-38,2<sup>0</sup>С, лицо бледное, одутловато, выражен конъюнктивит, выражена гиперемия зева. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфоузлы, мягкие, безболезненные. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги.

**Вопросы:**

1. Какие основные синдромы?
2. Какой 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

**С10 ПК-1.1.5.** Неорганизованная группа туристов совершала поход по течению реки. Совершали прогулки по лесу, ночевали в палатках на берегу, 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– 37,3<sup>0</sup>С.

**Вопросы:**

1. Какой вероятный диагноз и его обоснование?
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

**С11 ПК-1.1.6.** Пациентка поступила в первые сутки заболевания с жалобами на озноб и повышение температуры до 38<sup>0</sup> С, схваткообразными болями в нижней части живота. Спустя 12 часов от начала заболевания появился жидкий, скудный стул. Температура 39,5<sup>0</sup>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. Острая дизентерия. Острое начало с интоксикационного синдром, присоединение синдрома колита через 12 часов, поражение дистального отдела кишечника

2. Бактерии рода *Shigella*
3. Поражение слизистой сигмовидной кишки сопровождается образованием язв и эрозии, часто с кровоточащим дном, раздражение бокаловидных клеток, продуцирующих слизь, приводит к избыточной продукции слизи, последующее выделение из прямой кишки крови и слизи объясняет их появление в кале

**С12 ПК-1.1.7.** 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 предварительный диагноз с последующим его обоснованием?
3. Каков 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.

**С13 ПК-1.1.8.** У больного появился обильный жидкий стул без патологических примесей, фонтанирующая рвота, слабость, жажда, быстро нарастают признаки обезвоживания: сухость кожи, осиплость голоса, судороги, температура - 35,9° С, Р - 110 в минуту, АД - 60/40 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Какой вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. Какой 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

**С14 ПК-1.1.9.** Пациент, 18 лет, заболел 4 дня тому назад, когда повысилась температура до 38°C. На 5-й день болезни температура снизилась, но появилась темная моча, на 6-й день - желтушность кожи и склер. При объективном иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налетом. Живот чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз и его обоснование?
2. Какая клиническая форма заболевания?
3. Какие иммунологические методы лабораторной 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

**С15 ПК-1.2.5.** У больного, перенесшего вирусный гепатит А два месяца назад и выписанного по клиническому выздоровлению, появились боли в суставах, недомогание, сниженный аппетит, увеличилась печень и селезенка, а спустя 14 дней появилась желтуха.

**Вопросы:**

1. Какие эпидемиологические данные необходимы для постановки диагноза?
2. Какие особенности последовательности развития симптомов?
3. Какой Ваш диагноз и его обоснование?

**Эталоны ответов:**

1. Парентеральные вмешательства или инструментальные исследования, проводимые многократным инструментарием
2. Для заболевания характерно появление суставных болей, недомогания, а потом через несколько дней присоединения желтухи
3. Вирусный гепатит В: циклическое течение, преджелтушный период по арталгическому и астеновегетативному типу, желтушный синдром.

**С16 ПК-1.2.6.** Пациентка госпитализирована в инфекционное отделение через 6 часов от начала заболевания. Заболела остро с появления общей слабости, двоения предметов. Через 3 часа присоединились затрудненное глотание. Объективно: сознание сохранено, голос гнусавый, жидкость выливается через нос, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Мидриаз, анизокория, двусторонний полный птоз, парез мягкого неба. За 12 часов до начала заболевания пробовала вяленую рыбу собственного приготовления.

**Вопросы:**

1. Какие неврологические синдромы есть у больного?
2. Какие зрачки у больной?
3. Какой Ваш диагноз?

**Эталоны ответов:**

1. Офтальмолегический, бульбарный, нарушение дыхания
2. У больной мидриаз – расширение зрачков и анизокория – разный размер зрачков
3. Ботулизм. Последовательно развивающаяся неврологическая симптоматика

(вначале офтальмоплегический, затем бульбарный синдромы, позже нарушение дыхания), отсутствие интоксикационного синдрома, отсутствие двигательных нарушений, симметричность поражения и употребление вяленой рыбы домашнего приготовления.

**С17 ПК-1.2.7.** Пациент заболел остро через 5 часов после употребления в пищу студня, хранившегося более 5 дней, когда появилась слабость во всем теле, озноб, режущие боли в подложечной области, температура до 38,5°C, рвота и понос. Состояние при поступлении тяжелое. Голос осипший. Лицо гиперемировано, цианоз губ, пальцев рук, температура 39,5° С, пульс 120 в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД - 60/10 мм рт.ст. Дыханий - 28 в минуту. Периодически возникают судороги мышц кистей. За день выделил 200 мл мочи.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. С чего начинается неотложная терапия?

**Эталоны ответов:**

1. Сальмонеллез. Выраженный гастроэнтерит в сочетании с интоксикационным синдромом после употребления длительно хранившегося студня.
2. Смешанный (инфекционно-токсический и гиповолемический) шок
3. Солевые полиионные растворы, ГКС

**С18 ПК-1.2.8.** 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. Какой Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные специфические методы 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

**С19 ПК-1.2.9.** Пациент заболел постепенно с появления слабости, повышения температуры до 37,5° С. К 5-му дню болезни температура достигла 38,7°C. Больной вял, адинамичен, неохотно отвечает на вопросы. Лицо бледное, кожа сухая, сыпи нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС-94 в мин. АД 115/70 мм рт ст. Живот умеренно урчит в правой подвздошной области. Печень увеличена на 1,5 см. Анализ крови: Э -  $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 120 г/л, Л -  $3,8 \cdot 10^9$ /л, э - 0, п -19, с - 40, л - 35, м - 6, СОЭ – 18 мм/час.

**Вопросы:**

1. Какой 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

**С20 ПК-1.2.11.** 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. Какой 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

**С21 ПК-1.3.3.** 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. Какой 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

**С22 ПК-1.3.4.** Пациент поступил в инфекционное отделение через 16 часов от начала заболевания. При поступлении больной адинамичный, кожа бледная. ЧДД 20 в мин. Гемодинамика стабильна. Живот вздут, мягкий, безболезненный, кишечник не спазмирован. 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. Какое Ваше предположение о диагнозе? Обоснуйте
3. Какова 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

**С23 ПК-1.3.5.** Учащийся ПТУ К., 17 лет, заболел остро 13.02., когда у него появилась умеренная головная боль, заложенность носа, температура 37,2°C. 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. Какой 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

**С24 ПК-1.3.6.** Пациент, 18 лет, заболел остро, повысилась температура до 39,8<sup>0</sup> С, головная боль в лобно-височных областях, боль в глазных яблоках, сухой кашель, боль за грудиной при кашле. Объективно на второй день болезни: беспокоен, бледен, выражен акроцианоз. ЧД - 50 в мин., дыхание поверхностное, стонущее. В легких на всем протяжении масса разнокалиберных влажных хрипов, мокрота розового цвета, тахикардия до 132 уд/мин. АД - 165/90 мм рт.ст.

### **Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое осложнение развилось у больного?
3. С какой терапии следует начинать лечение?

### **Эталоны ответов:**

1. Грипп: сочетание интоксикационного синдрома (высокая температура, головная боль в лобно-височных областях, боль в глазных яблоках) с явлениями трахеобронхита.
2. Отек легких, в пользу которого свидетельствует дыхательная недостаточность, разнокалиберные влажные хрипы, мокрота с кровью.
3. ГКС, фуросемид

**С25 ПК-1.3.7.** Пациент заболел постепенно остро с повышения 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-20 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. Какой предварительный диагноз? Обоснуйте его.
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

**С26 ПК-2.1.2.** 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. Каков 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.

**С27 ПК-2.1.3.** На прием к врачу обратилась больная с жалобами на головную боль в лобно-височной области, редкий сухой кашель, повышение температуры до 38,1°C. 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 эффективная и безопасная терапия 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

**С28 ПК-2.2.1.** 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 Ваш диагноз? Обоснуйте его
2. Каковы принципы терапии?
3. Каковы принципы диетотерапии?

**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.

**С29 ПК-2.2.5.** Больному со столбняком начато введение противостолбнячной сыворотки. Введение проводилось по методу Безредко. Ранее аллергических реакций не было. 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.

**С30 ПК-2.2.6.** 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.

**С31 ПК-2.3.1.** Пациентка 24 лет, заболела 18 часов назад, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, незначительная головная боль. 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. Какой предварительный диагноз? Обоснование.
2. Где следует проводить лечение пациентки?
3. Какой план лечения больной?

**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 ингаляция O<sub>2</sub>, в/в препараты кальция, антигистаминные препараты, ингаляции муколитиками,

3. Дезинтоксикационная терапия, ингаляция O<sub>2</sub>, НПВС, в/в препараты кальция, антигистаминные препараты, ингаляции муколитиками.

**С32 ПК-2.3.2.** Пациентка заболела остро, когда после озноба температура повысилась до 38,4°C. На 3-й день болезни присоединились боли ниже паховой складки слева. При осмотре: на левом бедре ниже паховой складки определяется резко увеличенный, плотный, умеренно болезненный лимфатический узел. Кожа над ним не изменена, границы лимфоузла четкие. Больная прибыла из Тюмени. На левой голени - след укуса клеща.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз и обоснование диагноза?
2. Какое этиотропное лечение?
3. Какое патогенетическое лечение?

**Эталоны ответов:**

1. Туляремия. Интоксикационный синдром, увеличение лимфоузла, без явлений периаденита после укуса клеща. Пребывание в эндемичном по туляремии районе

2. Стрептомицин

3. Дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты, НПВС

**С33 ПК-2.3.5.** У больного появился обильный жидкий стул без патологических примесей, фонтанирующая рвота, слабость, жажда, быстро выросли признаки обезвоживания: сухость кожи, осиплость голоса, судороги, температура - 35,9° С, Р - 110 в минуту, АД - 70/40 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое осложнение развилось у больного?

3. Какая неотложная терапия?

**Эталоны ответов:**

1. Явления гастроэнтерита при отсутствии интоксикационного и болевого синдромом в сочетании с быстро развившемся обезвоживанием дают основание для диагноза холера.

2. Гиповолемический шок

3. Полиионные солевые растворы (трисоль) в подогретом виде, в/в струйно, в объеме 9% от массы тела

**С34 ПК-2.3.6.** 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 лечением 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.

