Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

по специальности 31.08.51 «Фтизиатрия»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности31.08.51 «Фтизиатрия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

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

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

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

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

ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи

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

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Реферат**

**Темы рефератов**

1. Ку-лихорадка

2.Тактика медицинских работников при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию

3. Вопросы профессиональной безопасности

4. Лимфоцитарныйхориоменингит

5. Синдром лимфоаденопатии при инфекционных заболеваниях

6. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: инфекционно-токсический шок.

7. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: отек-набухание головного мозга

8. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: отек-набухание головного мозга

9. Сепсис

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представление презентаций*

**Тема 1: ОРВИ. Грипп.**

**Темы презентаций**

1.Современные подходы к вакцинации гриппа

2.Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Классификация инфекций верхних дыхательных путей.
	2. ОРВИ. Классификация вирусов, вызывающих ОРВИ (миксовирусы, аденовирусы, пикорнавирусы, коронавирусы и др.).
	3. Механизм и пути передачи возбудителей при ОРВИ.
	4. Клиника гриппа, парагриппа, аденовирусной и риновирусной инфекции, дифференциальная диагностика.
	5. Осложнения ОРВИ (пневмонии, респираторный дистресс-синдром).
	6. Принципы лабораторной диагностики.
	7. Этиотропная терапия гриппа.
	8. Патогенетическая и симптоматическая терапия при ОРВИ.
	9. Оказание неотложной помощи при инфекционно-токсическом шоке, отеке головного мозга, дистресс – синдроме, ложном крупе.
	10. Специфическая и неспецифическая профилактика гриппа и ОРВИ.

**Ситуационная задача**

Больная Д., 20 лет. Жалобы на интенсивную головную боль, головокружение, сухой надсадный кашель, заложенность носа, слабость, отсутствие аппетита, боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания: Больна 2 дня. Заболела 5 декабря, почувствовала озноб, повысилась температура тела до 38,5ºС, появилась головная боль в области лба и глазных яблок. 6 декабря во второй половине дня появилась боль в горле, насморк, чувство першения и царапания за грудиной, сухой кашель, температура повысилась до 39ºС, головная боль усилилась. В течение 1 месяца находится на лечении в противотуберкулезном стационаре по поводу туберкулеза легких.

Эпидемиологический анамнез: В течение 1 месяца находится на лечении в противотуберкулезном стационаре по поводу туберкулеза легких. В городе отмечается сезонный подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ. В отделении есть еще случаи заболеваний с подобной симптоматикой. Известно, что среди циркулирующих штаммов преобладаетA(H1N1)pdm09.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, гиперемировано. На коже сыпи нет. Носовое дыхание затруднено, из носа скудное отделяемое серозного характера.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторный звук над легкими ясный, легочный. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. Границы относительной сердечной тупости не смещены. АД – 110/70 мм. рт. ст. Пульс 108ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком небе гиперемия и «зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Менингеальных симптомов не выявлено.

1.Выделить основные синдромы.

2.Обосновать предварительный диагноз.

3.Написать план обследования.

4.Составить план лечения и первичных противоэпидемических мероприятий в отделении.

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Входные ворота для вируса гриппа:

1) Слизистая оболочка верхних дыхательных путей

2) Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта

3) Слизастые оболочки мочеполовой системы

4) Конъюнктива глаз

5) Лимфоидное глоточное кольцо

2. Вирусы, содержащие ДНК:

1) Вирусы гриппа

2) Вирусы парагриппа

3) Аденовирусы

4) Риновирусы

5) Энтеровирусы

3. Ведущий синдром неосложненного гриппа:

1) Гепатолиенальный

2) Гастроэнтерит

3) Гиповолемический

4) Интоксикационный

5) Почечная недостаточность

4. Преимущественное поражение дыхательных путей при гриппе:

1) Ринорея

2) Ларингит

3) Трахеит

4) Фарингит

5) Пневмония

5. Для этиотропной терапии при гриппе используют:

1) Парацетамол

2) Амидопирин

3) Ремантадин

4) Аспирин

5) Терафлю

6. Какие осложнения характерны для гриппа:

1) Геморрагический синдром

2) Отек - набухание мозга

3) Респираторный дистресс-синдром

4) Токсический шок

5) Все перечисленное

7. Какая вакцина используется для профилактики гриппа.

1) АКДС-вакцина

2) Гриппол

3) Энджерикс

4) Себина

5) СТИ

8. При парагриппе преимущественно поражается:

1) Гортань

2) Бронхи

3) Альвеолы

4) Подчелюстные лимфоузлы

5) Лимфоидное глоточное кольцо

9. Наиболее частое осложнение парагриппа у детей:

1) Энцефалопатия

2) Токсический шок

3) Ложный круп

4) Мастоидит

5) Геморрагический синдром

10. Лечение ложного крупа при парагриппе:

1) Горчичники, грелки к ногам

2) Теплое щелочное питье

3) Антигистаминные средства

4) Паровые ингаляции с бикарбонатом натрия

5) Все перечисленное

11. Клинические формы аденовирусной инфекции:

1) Ринофарингит

2) Фаринго-конъюнктивальная лихорадка

3) Кератоконьюнктивит

4) Ринофарингобронхит

5) Все перечисленное

12. Аденовирусная инфекция может осложняться:

1) Пневмонией

2) Отитом

3) Язвенным поражением роговицы

4) Синуситом

5) Всеми перечисленными

13. Размножение риновирусов происходит:

1) В эпителии желудочно-кишечного тракта

2) В эпителии полости носа

3) В лимфатических узлах

4) В альвеолах

5) В эпителии бронхов

14. Ведущий синдром при риновирусной инфекции:

1) Интоксикационный

2) Лимфаденопатия

3) Ринорея

4) Гепатоспленомегалия

5) Энцефалопатия

15. К блокаторам нейраминидазы относятся:

1) Антигриппин

2) Озельтамивир

3) Ремантадин

4) Арбидол

5) Виразол

**Ответы к тестам выходного контроля**

**Вариант 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | 1 | **6** | 5 | **11** | 5 |
| **2** | 3 | **7** | 2 | **12** | 5 |
| **3** | 4 | **8** | 1 | **13** | 2 |
| **4** | 3 | **9** | 3 | **14** | 3 |
| **5** | 3 | **10** | 5 | **15** | 2 |

**Тема 2: Дифференциально-диагностический поиск при инфекционных заболеваниях, протекающих с поражением органов дыхания.**

**Темы презентаций**

1.Гемофильная инфекция

2.Легионеллез

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология поражений органов дыхания при инфекционных заболеваниях.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика туляремии. Легочная форма, пневмонический и бронхитический варианты, их характеристика.
3. Клинико-эпидемиологическая характеристика чумы. Первично-легочная и вторично-легочная формы, их характеристика.
4. Клинико-эпидемиологическая характеристика сибирской язвы. Поражение легких при сибирской язве.
5. Алгоритм дифференциальной диагностики специфического поражения легких при инфекционных болезнях и туберкулезе органов дыхания.

**Ситуационная задача**

 Больной Т., 42 года, жалуется на головную боль, чувство жара с периодическими ознобами, кашель с кровавой мокротой, рвоту.

 Анамнез заболевания: заболел внезапно 2 дня назад. Заболевание началось с потрясающего озноба, который сменился высокой температурой (38оС). Ознобы повторялись несколько раз в течение суток, а температура уже на второй день достигла высоких цифр (39,5 – 40оС). Появилась сильнейшая головная боль, кашель в начале сухой, затем с кровянистой мокротой. Изредка беспокоила рвота.

 При объективном исследовании: Состояние больного тяжелое, в поведении его отмечается беспокойство, суетливость. Кожа лица гиперемированная, с цианотичным оттенком. Выражена гиперемия конъюнктив. В легких незначительное укорочение перкуторного звука по аксиллярным линиям. При аускультации – единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 160 уд/мин, слабого наполнения. АД 70/30 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом («меловой язык»). Живот мягкий, при пальпации болезненный. Нижняя граница печени определяется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме.

 Эпидемиологический анамнез: незадолго до болезни вернулся из командировки вне пределов России.

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. С какими заболеваниями требуется проведение дифференциального диагноза?
3. Какой должна быть тактика медицинского персонала?

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Какой возбудитель вызывает чуму?

1.Yersinia pestis

2.Yersinia pseudotuberculosis

3.Yersinia enterocolitica

4.всевышеперечисленноеверно

5.все неверно

2. Патогенетические механизмы чумы:

1.лимфогенная диссеминация

2.гематогенная диссеминация

3.токсемия

4.метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

5.все вышеперечисленное верно

3. Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

1.контакт с больным с генерализованной формой чумы

2.бактериемия и токсемия

3.изменение реологических свойств крови, нарушение

4.микроциркуляции, геморрагические проявления в легких

5.все вышеперечисленное верно

6.все неверно

4. Подозрение на чуму вызывают:

1.пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 5 дней до начала заболевания

2.острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3.геморрагические проявления

4.регионарный лимфаденит с периаденитом

5.весь комплекс перечисленных факторов

5. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

1.бактериологический

2.бактериоскопический

3.серологический

4.иммунологический

5.верно 2 и 4

6.все вышеперечисленное верно

6. Что не характерно для легочной чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром

2.кровохарканье

3.кровавая рвота

4.дыхательная недостаточность

5.скудные физикальные данные со стороны легких

7. Какой микроорганизм вызывает туляремию?

1.вирусы

2.риккетсии

3.бактерии

4.простейшие

5.прионы

8. Какой механизм заражения приводит к развитию легочной и глазо-бубонной формы туляремии?

1.фекально-оральный

2.аэрозольный

3.трансмиссивный

4.парентеральный

9. Основные признаки сибиреязвенного карбункула:

1. локализация на открытых участках тела

2. трехцветный переход от центра к периферии

3. резкая болезненность

4. нагноение

5. анастезия

6. наличие дочерних везикул

10, Причина смерти при генерализованной форме сибирской язвы:

1. ОПН

2. асфиксия

3. инфекционно-токсический шок

4. острая печеночная недостаточность

**Ответы к тестам выходного контроля**

**Вариант 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | 1 | **6** | 3 |
| **2** | 5 | **7** | 3 |
| **3** | 4 | **8** | 2 |
| **4** | 5 | **9** | 1,2,5,6 |
| **5** | 1 | **10** | 3 |

**Тема 3: Дифференциально-диагностический поиск при менингитах различной этиологии**

1. **Темы презентаций**

1.Стрептококковый менингит

1. Поражение *ЦНС* при клещевом энцефалите

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология менингитов. Бактериальные менингиты, их этиология. Вирусные менингиты, их этиология.
2. Клинико-лабораторные признаки серозных и гнойных менингитов, их дифференциальная диагностика.
3. Клинико-лабораторные особенности менингококковой инфекции. Менингококковый менингит, дифференциальная диагностика с туберкулезным менингитом.
4. Клинико-лабораторные особенности энтеровирусной инфекции. Серозный менингит энтеровирусной этиологии, дифференциальная диагностика с туберкулезным менингитом.
5. Клинико-лабораторные особенности герпетического менингоэнцефалита, дифференциальная диагностика с туберкулезным менингитом.

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Обязательным лабораторным исследованием при подозрении на менингит является:

а. общий анализ кала

b. общий анализ крови

с. общий анализ мочи

d . общий анализ ликвора

е. общий анализ мокроты

2. Главным биохимическим признаком гнойного менингита является:

а. нейтрофильныйцитоз ликвора

b. лимфоцитарныйцитоз ликвора

с. эозинофильныйцитоз ликвора

d. моноцитарный цитоз ликвора

е. увеличение содержания белка в ликворе

3. Главным биохимическим признаком серозного менингита является:

а. нейтрофильныйцитоз ликвора

b. лимфоцитарныйцитоз ликвора

с. эозинофильный цитоз ликвора

d. моноцитарный цитоз ликвора

е. увеличение содержания белка в ликворе

4. Биохимическими признаками гнойного менингита являются все показатели, кроме:

а. сниженного содержания хлоридов в ликворе

b. повышенного содержания белка в ликворе

с. положительной реакции Панди

d . сниженного содержания глюкозы в ликворе

е .нейтрофильногоплейоцитоза

5. Клиническими признаками менингита являются все, кроме:

а. геморрагической сыпи

b. высокой интоксикации

с. повторной рвоты

d. головной боли

е. менингеальных симптомов

6. Неотложная помощь при генерализованных формах менингококковой инфекции на догоспитальном этапе заключается в немедленном внутривенном введении:

а. глюкокортикоидов

b. антибиотиков

с. жаропонижающих

d. антикоагулянтов

е. мочегонных

7. Для лечения менингококкового менингита применяются все антибиотики кроме:

а. ампициллина

b. цефтриаксона

с. пенициллина

d. цефазолина

е. левомицетина-сукцинат

8. Для дифференциальной диагностики менингококкового и пневмококкового менингита необходимо:

а. бактериологическое исследование ликвора

b. биохимическое исследование ликвора

с. вирусологическое исследование ликвора

d. эпиданамнез

е. бактериоскопия ликвора

9. Для дифференциальной диагностики менингококкового и вызванного гемофильной палочкой (ХИБ) менингита необходимо:

а. эпиданамнез

b. биохимическое исследование ликвора

с. вирусологическое исследование ликвора

d. бактериоскопическое исследование ликвора

е. бактериологическое исследование ликвора

10. Для туберкулезного менингита характерны все изменения ликвора, кроме:

а. положительной реакции Панди

b. положительной реакции Нонна-Апельта

с. пониженного содержания глюкозы

d. пониженного содержания белка

е. лимфоцитарногоплейоцитоза

**Ответы к тестам выходного контроля**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | d | **6** | a |
| **2** | a | **7** | d |
| **3** | b | **8** | a |
| **4** | a | **9** | e |
| **5** | a | **10** | d |

**Тема 4: Хронические вирусные гепатиты**

**Темы презентаций**

* + - 1. Исходы хронических вирусных гепатитов

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Классификация хронических гепатитов
	2. Причины хронизации при вирусных гепатитах различной этиологии, частота формирования хронического процесса при вирусном гепатите В, С. Хронические вирусные гепатиты у больных туберкулезом.
	3. Клинические проявления хронических вирусных гепатитов и цирроза печени в исходе хронического гепатита
	4. Методы лабораторной диагностики хронических вирусных гепатитов. Биохимические показатели; специфические маркеры.
	5. Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов.

Проводится **курация** больных с хроническим вирусным гепатитом, циррозом печени в исходе хронического гепатита в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза, лечения.

**Тема 5: Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Основная часть учебного занятия.***Закрепление теоретического материала (устный опрос, представление презентаций по темам «Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе», «Поражение ЦНС при ВИЧ/СПИДе»)*Отработка практических умений и навыков *(решение ситуационных задач).* |
| 3 | **Выходной контроль**(тестирование) |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические (*таблицы, раздаточный материал )*

-материально-технические (*мел, доска)*

**Темы презентаций**

1.Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе

2.Поражение ЦНС при ВИЧ/СПИДе

**Вопросы для устного опроса**

1. Актуальность проблемы сочетанной ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Особенности эпидемического процесса туберкулеза и ВИЧ-инфекции на современном этапе;
2. основные вопросы эпидемиологии, этиологии, иммунопатологии ВИЧ-инфекции и СПИДа;
3. основные клинические проявления ВИЧ-инфекции, СПИДа и СПИД-ассоциированных заболеваний;
4. особенности поражения органов дыхания при ВИЧ/СПИДе;
5. основные методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции;
6. диагностика, лечение и первичная химиопрофилактикакватро ВИЧ-ассоциированных поражений органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией (пневмоцистная, цитомегаловирусная, герпетическая, грибковая пневмонии, новообразования легких)
7. основные методы лабораторной и инструментальной диагностики оппортунистических инфекций;
8. выявление показаний для обследования на ВИЧ-инфекцию и ВИЧ-ассоциированные заболевания и интерпретация полученных результатов исследований;
9. проведение до- ипослетестового консультирования по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции при обследовании на ВИЧ;
10. основные принципы лечения (антиретровирусная терапия) при ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваниях, особенности антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом;
11. побочные реакции антиретровирусных препаратов;
12. алгоритм действий по постконтактной профилактике при аварийных ситуациях при оказании медицинской помощи пациентам.

**Ситуационная задача №1**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой и была направлена в пульмонологическое отделение.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С, аускультативно дыхание в легких ослаблено. ЧД 26 в 1 мин., ЧСС 110 в мин., АД 100/70 мм рт. ст. На рентгенограмме – двухсторонние интерстициальные изменения в заднее-базальных отделах легких. Дежурным врачом назначен амоксиклав, эуфиллин в/в, отхаркивающие средства. На следующий день самочувствие с ухудшением – затруднение дыхания на выдохе кожный покров бледный, акроцианоз, одышка 34 в 1 мин. в покое, тахикардия с числом ЧСС 120 в мин., экстрасистолы 18-20 в мин.

 В клиническом анализе крови СОЭ 6о мм/ч, лейкоцитопения, ЛДГ 640 Ед/л.

1. Укажите предполагаемый диагноз, причину ухудшения самочувствия.
2. Определите тактику ведения пациента.

**Ситуационная задача №2**

 В., 26 лет, состоит на учете в СПИД-центре с 2005 г., но регулярно не наблюдался. 2 месяца назад госпитализирован в противотуберкулезный диспансер по поводу диссеминированного туберкулеза легких, получает противотуберкулезные препараты. Имеется орофарингеальный кандидоз. В 2005 г. выявлен и вирусный гепатит В. В настоящее время клинических проявлений гепатита нет, лабораторные показатели следующие:

* HBeAg-, HBeAb+, HBsAg+, IgManti-HBcor-.
* ДНК ВГВ менее 103 копий/мл.
* АлАТ 31 Ед/мл, ПТИ 80%, белок 70 г/л
* CD4+ лимфоциты – 120 клеток
* ВН РНК ВИЧ 600 000 коп/мл
* Эластография печени: фиброз F1 по шкале METAVIR
1. Какой диагноз можно поставить пациенту?
2. Определить дальнейшую тактику.

**Ситуационная задача №3**

 Больному 35 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на температуру тела до 37-37,8°С, преимущественно в вечернее время, потливость, слабость, кашель с мокротой, которые усилились в течение нескольких месяцев. Год назад вернулся из мест лишения свободы. Работает разнорабочим на стройке.

 При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены прикорневые инфильтративные тени слева с признаками распада. При исследовании крови на антитела к ВИЧ получен положительный результат.

1. Укажите действия врача.
2. Выскажите предположения о диагнозе.
3. Тактика обследования и лечения больного.

**Вопросы для выходного контроля**

1. Основные характеристики ВИЧ

1) ретровирус

2) относится к лентивирусам

3) РНК-содержащий

4) содержит ревертазу (обратную транскриптазу)

5)все перечисленное верно

2. Вирус иммунодефицита человека в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях

1) кровь, ликвор

2) слюна, моча

3) грудное молоко

4) сперма, вагинальная слизь

5) в перечисленных 1,3,4

3. Бессимптомный вариант течения стадии первичных проявлений характеризуется

1) лимфаденопатией

2) субфебрилитетом

3) миалгией, артралгией

4) слабостью, потливостью, снижением работоспособности

5) наличием в крови антител к ВИЧ

4. Сочетание симптомов, характерное для ранней стадии ВИЧ-инфекции

1) лихорадка, лимфаденопатия

2) лихорадка, опухолевые процессы

3) нормальная температура, лимфаденопатия

4) гепатоспленомегалия, диарея, нормальная температура

5) все вышеперечисленное

 5. Источником ВИЧ-инфекции является человек

1) только в инкубационном периоде

2) только в стадии первичных проявлений болезни

3) только в стадии вторичных проявлений заболевания

4) в любой стадии болезни, включая терминальную

6. Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти

1) при искусственном вскармливании

2) во время плавания в бассейне или рукопожатия с больным ВИЧ-инфекцией

3) при пользовании общими с больными ВИЧ-инфекцией предметами быта (посуда, ванна)

4) при грудном естественном вскармливании

5) при укусе кровососущих насекомых

7. При реактивизации латентной инфекции у пациентов с иммунодефицитами возникают заболевания, кроме

1) опоясывающего герпеса

2) цитомегаловирусной пневмонии

3) аденовирусного кератоконъюнктивита

4) диссеминированной цитомегаловирусной инфекции

5) туберкулеза

8. СПИД определяется как

1) начальная стадия инфицирования ВИЧ

2) синдром, характеризующийся появлением СПИД-индикаторных болезней

3) стадия первичных проявлений у больных ВИЧ-инфекцией

4) стадия вторичных заболеваний 4А у больных ВИЧ-инфекцией

9. Максимальный инкубационный период при ВИЧ-инфекции

1) 2 недели

2) 3 месяца

3) 6 месяцев

4) 1 год

5) 9 месяцев

10. Ферменты, не входящие в состав вириона ВИЧ

1) ревертаза (обратная транскриптаза)

2) нейраминидаза

3) протеаза

4) интеграза

11. Укажите антиген, связывающийся с СД4 рецептором и корецепторами клетки-мишени

1) gp120

2) gp41

3) p24

4) p7

5) p17

12. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются

1) снижением числа Т-лимфоцитов

2) функциональным нарушением В-лимфоцитов

3) функциональным нарушением естественных киллеров

4) появлением аутоиммунных нарушений

5) верно все вышеперечисленное

13. Острый ретровирусный (мононуклеозоподобный) синдром не включает в себя

1) лихорадку

2) полилимфоаденопатию

3) эритематозно-макулезную сыпь

4) желтушность кожи и склер

5) лимфомоноцитоз на фоне нейтропении

14. Стадия 4А вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается

1) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек грибковой флорой

2) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек бактериальной флорой

3) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек вирусной флорой

4) дефицитом массы тела более 10%

5) потерей массы тела менее 10%

15. Стадия 4Б вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается

1) рецидивирующим поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

2) стойким поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

3) стойкой лихорадкой более 3-х месяцев

4) стойкой диареей более 2-х месяцев

5) развитием генерализованного туберкулеза

16. Клинические признаки, указывающие на необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию

1) диарея неясного генеза более 1 месяца

2) стойкая лихорадка неясного генеза более 1 месяца

3) стойкая полилимфоаденопатия более, чем в 2-х группах лимфоузлов (исключая паховые)

4) впервые выявленная микобактериальная инфекция

5) все вышеперечисленное

17. Саркома Капоши представляет собой поражение

1) эндотелия лимфатических сосудов

2) костной ткани

3) дермы

4) мышечной ткани

5) эпидермиса

18. К СПИД-индикаторным заболеваниям у ВИЧ-инфицированных пациентов не относится

1) кандидоз слизистой оболочки полости рта

2) кандидоз с поражением слизистой пищевода, желудка, трахеи, бронхов

3) пневмоцистная пневмония

4) цитомегаловирусный ретинит

5) токсоплазмоз головного мозга

19. Развитие волосистой лейкоплакии языка у ВИЧ-инфицированного пациента связано с активацией

1) вируса простого герпеса 1 типа

2) вируса герпеса 3 типа

3) вируса Эпштейн-Барр

4) цитомегаловируса

5) вируса герпеса 6 типа

20. Характерным признаком пневмоцистной пневмонии не является

1) выраженная дыхательная недостаточность

2) высокая СОЭ

3) наличие примеси крови в мокроте

4) отсутствие изменений на рентгенограмме у некоторых больных в начальном периоде болезни

5) положительный эффект от лечения бисептолом

**Ответы к тестам выходного контроля**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | 1 | **6** | 4 | **11** | 1 | **16** | 5 |
| **2** | 5 | **7** | 3 | **12** | 5 | **17** | 1 |
| **3** | 5 | **8** | 2 | **13** | 4 | **18** | 1 |
| **4** | 1 | **9** | 4 | **14** | 4 | **19** | 3 |
| **5** | 4 | **10** | 3 | **15** | 5 | **20** | 3 |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Больной М., 40 лет, при поступлении жаловался на резкую слабость, головокружение, кашель с кровавой мокротой, стеснение в груди, одышку.

Анамнез собран с трудом из-за тяжелого состояния больного.

Заболел 5.11, почувствовал резкий озноб, головную боль, ломоту во всем теле, появились насморк, слезотечение, кашель, боль в груди, одышка. Температура повысилась до 400С.В тот же день осмотрен врачом участковой больницы, диагностировано ОРЗ, назначено лечение.6.11 состояние не улучшалось, сохранялись лихорадка (39,5-40,20С), катаральные явления, кашель стал влажным, в мокроте появилась кровь. Беспокоили боль в груди, чувство удушья, резкая слабость, головокружение. Была рвота. 07.11 доставлен в больницу. При поступлении состояние очень тяжелое. Температура 36,00С. В сознании, но вялый, отвечает тихо, односложно и знаками.Кожа бледная, цианоз слизистых, кончика носа.В легких выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, а ниже угла лопатки с обеих сторон дыхание не выслушивается. Дыхание поверхностное, ЧД – 48 в минуту.Тоны сердца глухие, пульс 120 уд. в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм. рт. ст.Живот при пальпации безболезненный, пальпируется печень на 2 см. ниже края реберной дуги.Ночью не мочился.

Эпиданамнез. Живет в селе в частном доме. Работает механизатором. В личном хозяйстве имеет птицу, двух коров, семерых овец, все животные здоровы.На дому занимается изготовлением валенок.Свое заболевание связывает с переохлаждением.

* Диагноз?
* Какое тяжелое осложнение описано в данной задаче?
* С какими болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
* Обследование?
* Лечение?
* Опасен ли для окружающих данный больной?

**Задача № 2**

Больной Т., 42 года, жалуется на головную боль, чувство жара с периодическими ознобами, кашель с кровавой мокротой, рвоту.

Анамнез заболевания: заболел внезапно 2 дня назад. Заболевание началось с потрясающего озноба, который сменился высокой температурой (38оС). Ознобы повторялись несколько раз в течение суток, а температура уже на второй день достигла высоких цифр (39,5 – 40оС). Появилась сильнейшая головная боль, кашель в начале сухой, затем с кровянистой мокротой. Изредка беспокоила рвота.

Состояние больного тяжелое, в поведении его отмечается беспокойство, суетливость. Кожа лица гиперемированная, с цианотичным оттенком. Выражена гиперемия конъюнктив. В легких незначительное укорочение перкуторного звука по аксиллярным линиям. При аускультации – единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 160 уд/мин, слабого наполнения. АД 70/30 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом («меловой язык»). Живот мягкий, при пальпации болезненный. Нижняя граница печени определяется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме.

Эпидемиологический анамнез: незадолго до болезни вернулся из командировки вне пределов России.

* Предварительный диагноз?
* План обследования и лечения?

**Задача № 3**

Больной П., 28 лет, заболел остро в марте. Заболеванию предшествовала работа, связанная с подвозом соломы к ферме с поля. Почти одновременно заболели еще двое рабочих.

Общее состояние всех больных средней тяжести. Больных беспокоит сухой кашель, боль и заложенность в груди, а также общее недомогание.В легких прослушиваются рассеянные сухие хрипы.

На рентгенограммах легких у всех больных на 7-9 дни болезни выявлено увеличение бронхиальных, паратрахеальных, медиастинальных лимфатических узлов

* Какое заболевание следует заподозрить?
* Каким образом могло произойти заражение?
* С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
* План лабораторного обследования

**Задача №4**

Больной К., 22 лет, студент, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро: озноб, температура 39,5оС, сильная головная боль, рвота, мышечные боли. Дома не лечился. В контакте с инфекционными больными не был. В прошлом ничем не болел. При осмотре тяжелое. Гиперестезия кожи, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Со стороны внутренних органов изменений нет. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, вытекающая частыми каплями.

* Сформулировать предварительный диагноз
* Указать заболевания для проведения дифференциальной диагностики
* Составить план обследования

**Задача №5**

В инфекционную больницу по направлению врача - инфекциониста центра СПИД госпитализирован больной М., 35 лет. ВИЧ-инфекция выявлена 10 лет назад, но на диспансерном учете не состоял, ведет асоциальный образ жизни, употребляет алкоголь, 1 год назад освободился из мест лишения свободы. Эпизодически употребляет ПАВ («соль») внутривенно, последний раз за 5 дней **до** госпитализации. В анамнезе хронический вирусный гепатит С. 4 месяца назад перенес опоясывющий лишай, лечился амбулаторно в поликлинике. В центр СПИД обратился за медицинской помощью в связи с лихорадкой до 38-38,5°С, которая отмечается периодически в течение 2-х месяцев, слабость. Лечился самостоятельно парацетамолом. Отмечает, что за последние 3 месяца резко похудел (на 10 кг). При обследовании вирусная нагрузка РНК ВИЧ – 1 200 000 коп/мл плазмы, уровень CD4+ лимфоцитов – 12 кл/мкл.

 Объективно: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания, при росте 175 см весит 60 кг. Температура тела при поступлении 39°С. Сознание ясное, несколько заторможен. Менингеальных и очаговых симптомов со стороны ЦНС нет. Кожный покров бледный, в области предплечий «дорожки» от в/в инъекций. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. Тоны сердца ритмичные, на верхушке легкий систолический шум. ЧСС 120 в 1 мин, АД110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 18 в 1 мин. Язык густо покрыт творожистым налетом, такой же налет имеется на слизистой оболочке щек, задней стенке глотки, снимается шпателем. Живот привздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, околопупочной области. Пальпируются плотная печень на 3 см ниже края реберной дуги, край селезенки. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное. Стул 3-4 раза за сутки, жидкий.

 В общем анализе крови гемоглобин 96 г/л, тромбоциты 110Х109/л, эритроциты 3,8х1012/л, лейкоциты 3,6 Х109/л, СОЭ 55 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. В биохимическом анализе крови АлАТ 84 Ед/мл, АсАТ, 76 Ед/мл, щелочная фосфатаза 720 Ед/мл, другие показатели в норме. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки очагово-инфильтративных теней не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: УЗИ-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени, спленомегалии; в воротах печени увеличенные до 16-20 мм лимфатические узлы.

1. Сформулируйте диагноз ВИЧ-инфекции.
2. Укажите, о каких оппортунистических заболеваниях можно думать с учетом клинико-эпидемиологических данных.
3. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести данному больному.
4. Определите возможность назначения химиопрофилактики туберкулеза.
5. Укажите необходимость назначения антиретровирусной терапии.

 При проведении эхокардиоскопии вегетаций на клапанах не обнаружено, уровень прокальцитонина в норме. ДНК ЦМВ в плазме не обнаружена. Диаскинтест тест отрицательный. При контрольном УЗИ выявлены гипоэхогенные очаги в селезенке, почках. В моче выявлена ДНК микобактерий туберкулеза. По данным КТ обнаружены увеличенные внутригрудные лимфатические узлы, признаки диссеминированного специфического процесса.

1. Укажите выявленное вторичное заболевание, является ли оно СПИД-индикаторным.
2. Прокомментируйте отрицательный результат диаскинтеста.
3. Внесите коррективы в формулировку диагноза ВИЧ-инфекции.
4. Определите дальнейшую тактику в отношении больного.
5. Укажите препараты для лечения и профилактики других проявлений ВИЧ-инфекции

**Задача №6**

 Больная А., 49 лет, безработная и без определенного места жительства, 18 марта была доставлена в стационар бригадой «Скорой помощи» в связи высокой лихорадкой, резкой слабостью, кашлем с подозрением на пневмонию. Бригаду «Скорой помощи» вызвали прохожие, увидев А. лежащей на скамейке; накануне провела ночь на улице. Считает себя больной 2-й день. Из анамнеза жизни выяснено, что гражданский муж умер от туберкулеза 2 года назад, сама А. 1,5 года назад перенесла 2 эпизода опоясывающего герпеса с интервалом 3 месяца.

 При осмотре в приемном покое: состояние тяжелое. Кожный покров и видимые слизистые оболочки резко бледные, температура тела 39,1°С. Истощена, масса тела 50 кг при росте 165 см. Ногтевые пластинки пальцев кистей и стоп неравномерно деформированы, утолщены, слоятся, грязно-желтой окраски. Ангулярныйхейлит. Периферические лимфатические узлы (шейные, подчелюстные, подмышечные) в размере до 1 см, подвижные, чувствительные при пальпации. Аускультативно дыхание над всей поверхностью как правого, так и левого легкого резко ослаблено, в верхних отделах выслушиваются влажные и сухие хрипы. При кашле выделяется умеренное количество мокроты с прожилками крови, ЧД 22 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 92 в мин, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под реберного края, плотная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурии нет. Стул кашицеобразный, без примесей. При проведении вагинального исследования выявлен микоз влагалища.

 Рентгенологическое исследование выявило множественные инфильтративные изменения в I, II, IV сегментов правого и левого легких, кальцинаты во II сегменте левого легкого, корни обеих легких подтянуты кверху.

 В клиническом анализе крови: эритроциты гемоглобин 90 г/л, тромбоциты 120Х109/л, эритроциты 3,9х1012/л, лейкоциты 11,5Х109/л, нейтрофилы 75%, лимфоциты 7%, моноциты 16%, эозинофилы 2% , СОЭ 40 мм/ч.

 В биохимическом анализе крови АсАТ 62 Ед/мл, АлАТ 54 Ед/мл, общий билирубин 20 мкмоль/л. Сыворотка на антитела к ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов в работе, но в приемном покое проведен экспресс тест на антитела к ВИЧ с положительным результатом.

 Сатурация кислорода 95%.

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Укажите, с какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
2. Укажите, результаты каких еще исследований необходимы для определения оптимальной тактики ведения больного.

**Задача №7**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С, аускультативно дыхание в легких ослаблено. ЧД 26 в 1 мин., ЧСС 110 в мин., АД 100/70 мм рт. ст. На рентгенограмме – двухсторонние интерстициальные изменения в заднее-базальных отделах легких. Дежурным врачом назначен амоксиклав, эуфиллин в/в, отхаркивающие средства. На следующий день самочувствие с ухудшением – затруднение дыхания на выдохе кожный покров бледный, акроцианоз, одышка 34 в 1 мин. в покое, тахикардия с числом ЧСС 120 в мин., экстрасистолы 18-20 в мин.

 В клиническом анализе крови СОЭ 6о мм/ч, лейкоцитопения, ЛДГ 640 Ед/л.

1. Укажите предполагаемый диагноз, причину ухудшения самочувствия.
2. Определите тактику ведения пациента.

**Задача №8**

 У больного Б., 38 лет, ВИЧ-инфицированного со стажем инфицирования 11 лет, находившегося на лечении в противотуберкулезном диспансере по поводу очагового туберкулеза легких 2 месяца и получающим в течение месяца антиретровирусную терапию, последнюю неделю отмечается ухудшение самочувствия: стал отмечать головную боль, подъемы температуры до 37,5-38°С, постепенно головная боль усилилась, появилась тошнота, однократно был приступ судорог. Больной консультирован невропатологом, который отметил наличие очаговой симптоматики. Менингеальные знаки отрицательные. При проведении компьютерной томографии мозга обнаружен округлый очаг уплотнения в коре правого полушария, накапливающий контраст по периферии, окруженный отечной тканью. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент начала АРВТ 50 кл/мкл.

1. Укажите, о каком вторичном заболевании необходимо думать в первую очередь и какую стадию ВИЧ инфекции можно установить.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Укажите, какие меры нужно было предпринять для предупреждения развития ухудшения состояния больного

**Задача №9**

 Больной К., 35 лет, находится на лечении в городском противотуберкулезном диспансере в течение 2-х недель по поводу очагового туберкулеза верхней доли правого легкого, без бактериовыделения. Поступил по направлению фтизиатра СПИД-центра, где состоит на учете в течение 3-х лет после выявления антител к ВИЧ в стационаре, где лечился по поводу пневмонии. После постановки на учет в СПИД-центр не обращался, самочувствие было хорошим.

 Причиной обращения к инфекционисту СПИД-центра стало ухудшение самочувствия в последние 4 месяца и отсутствие эффекта от принимаемых самостоятельно препаратов. Больной отмечал периодическое повышение температуры до 37,5-38°С, ознобы, повышенную потливость, чувство онемения в конечностях, похудел на 5 кг. Был направлен на рентгенографию органов клетки, после получения описания рентгенограммы и консультации фтизиатра направлен в диспансер.

 За время пребывания в стационаре на фоне лечения противотуберкулезными препаратами (в состав схемы включен рифабутин) отмечалось кратковременное снижение температуры, но, затем, новый подъем до фебрильных цифр, в течение последней недели стал отмечать ухудшение зрения, появились боли в животе, жидкий стул с примесью слизи.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается увеличение лимфатических узлов шей, подмышечных и паховых областей, при пальпации лимфатические узлы до 1,5 см, безболезненные. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, пальпируются спазмированные участки сигмовидной и слепой кишок. Симптомов раздражения брюшины нет. При эндоскопии кишечника диагностирован эрозивный проктосигмоидит, сделана биопсия слизистой кишечника.

 Осмотр невролога – диагноз – полирадикулонейропатия.

 Осмотр офтальмолога – двухстороннее поражение сетчатки глаза.

 Уровень CD4+ лимфоцитов – 48 клеток.

1. Укажите, о каком еще, кроме туберкулеза, вторичном заболевании можно думать.
2. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Укажите, какую стадию и фазу ВИЧ-инфекции можно определить.
4. Какая тактика ведения пациента должна быть выбрана?

**Задача № 10**

 В., 26 лет, состоит на учете в СПИД-центре с 2005 г., но регулярно не наблюдался. 2 месяца назад госпитализирован в противотуберкулезный диспансер по поводу диссеминированного туберкулеза легких, получает противотуберкулезные препараты. Имеется орофарингеальный кандидоз. В 2005 г. выявлен и вирусный гепатит В. В настоящее время клинических проявлений гепатита нет, лабораторные показатели следующие:

* HBeAg-, HBeAb+, HBsAg+, IgManti-HBcor-.
* ДНК ВГВ менее 103 копий/мл.
* АлАТ 31 Ед/мл, ПТИ 80%, белок 70 г/л
* CD4+ лимфоциты – 120 клеток
* ВН РНК ВИЧ 600 000 коп/мл
* Эластография печени: фиброз F1 по шкале METAVIR
1. Какой диагноз можно поставить пациенту?
2. Определить дальнейшую тактику.

**Задача №11**

 Больному 35 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на температуру тела до 37-37,8°С, преимущественно в вечернее время, потливость, слабость, кашель с мокротой, которые усилились в течение нескольких месяцев. Год назад вернулся из мест лишения свободы. Работает разнорабочим на стройке.

 При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены прикорневые инфильтративные тени слева с признаками распада. При исследовании крови на антитела к ВИЧ получен положительный результат.

1. Укажите действия врача.
2. Выскажите предположения о диагнозе.
3. Тактика обследования и лечения больного.

**Задача №12**

 Больному 23 лет, поступившему в противотуберкулезный диспансер в связи с выявлением туберкулеза легких предложено обследование на ВИЧ-инфекцию. Больной от обследования отказался.

1. Ваша тактика.

**Задача №13**

 Во время проведения плевральной пункции, которая проводилась ВИЧ-инфицированному пациенту, врач поранил руку иглой.

1. Дайте определение сложившейся ситуации.
2. Составьте алгоритм действий врача.

**Задача №14**

 Больной, которому была перелита 3 месяца назад донорская плазма, забранная за 2 месяца до гемотрансфузии, оказался инфицирован ВИЧ. Донор, от которого была взята кровь, перед сдачей крови прошел скрининговое обследование на ВИЧ методом ИФА с отрицательным результатом.

1. Назовите причину, по которой взятая у донора кровь была признана пригодной для переливания.
2. Назовите ошибку, которая привела к переливанию донорской крови.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата/презентации** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к подготовке и оформлению реферата/презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату/презентации и их защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата/презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию/подготовке презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата/презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата/презентации, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**Тестовые задания для рубежного контроля**

1. **Актуальность ВИЧ-инфекции не обусловлена**

1)пандемическим распространением инфекции
2)практически 100% летальностью
3) поражением, в первую очередь, лиц преклонного возраста
4) отсутствием средств лечения, способных привести к полному освобождению организма инфицированного от вируса
5) накоплением носителей вируса среди людей

2. **Вирус иммунодефицита человека относят к семейству**

1)энтеровирусов
2)гепаднавирусов
3)ретровирусов
4)рабдовирусов
5) пикорнавирусов

3. **Провирус ВИЧ - это вирусная**

1)РНК в цитоплазме чувствительной клетки
2)ДНК в цитоплазме клетки-хозяина
3)ДНК в ядре клетки
4)ДНК, интегрированная в ДНК клетки-хозяина
5) ДНК во внеклеточном пространстве

4. **ВИЧ сохраняется в обычных условиях внешней среды в течение**

1)нескольких минут
2)нескольких часов
3)нескольких дней
4)нескольких недель
5) нескольких месяцев

5. **Вирус иммунодефицита человека в эпидемиологически значимом количестве находится в**

1)слюне
2)фекалиях
3)секрете потовых желез
4)сперме
5) моче

**6. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ возможно при**

1)медицинских парентеральных процедурах
2) повреждении целостности кожных покровов колющими медицинскими инструментами
3)подготовке полости рта к протезированию
4)удалении зубного камня
5) проведений физиотерапевтических процедур (электрофореза и др.)

7**. Вероятность заражения медицинского персонала при ранении иглой, контаминированной кровью ВИЧ - инфицированного пациента, составляет**

1)менее 0,1%
2)менее 1%
3)10-15%
4)25-50%
5) 100%

**8. Антитела к ВИЧ появляются в стадии**

1)инкубации
2)первичных проявлений
3)латентной
4)вторичных заболеваний
5) терминальной

9**. Чаще период серонегативного окна при ВИЧ - инфекции продолжается**

1) до З месяцев

2) до 6 месяцев

3) до 9 месяцев

4) 1 год

5) 10 лет

**10. Сроки карантинизации компонентов крови для снижения риска передачи ВИЧ - не менее**

1)1 месяца
2)3 месяцев
3)6 месяцев
4) 12 месяцев

5) 9 месяцев

11**. Минимальные сроки появления антител после инфицирования вирусом иммунодефицита человека**

1)1 неделя
2)2-3 недели
3)1 месяц
4)3 месяца
5) 6 месяцев

1**2. Самым ранним проявлением ВИЧ-инфекции является**

1)потеря веса
2)длительная диарея
3)генерализованнаялимфаденопатия
4)саркома Капоши
5) мононуклеозоподобный синдром

**13. Бессимптомный вариант течения стадии первичных проявлений характеризуется**

1) лимфаденопатией

2) субфебрилитетом

3) миалгией, артралгией

4) слабостью, потливостью, снижением работоспособности

5) наличием в крови антител к ВИЧ

**15. Для скрининговой лабораторной диагностики ВИЧ - инфекции используются**

1)ИФА
2)реакция иммунного лизиса
3)РНГА
4)реакция нейтрализации
5) иммуноблотинг

**16. Для лабораторного подтверждения ВИЧ - инфекции в практике используют**

1)ИФА
2)ПЦР
3)РНГА
4)реакцию нейтрализации
5) иммуноблотинг

17. Иммуноблотинг позволяет выявить

1) все антигены вируса иммунодефицита человека

2) отдельные виды антигенов вируса иммунодефицита человека

3) вирус иммунодефицита человека

4) отдельные виды антител к вирусу иммунодефицита человека

5) суммарные антитела к вирусу иммунодефицита человека

**18. Выявление источников ВИЧ - инфекции проводится с целью**

1) изоляции ВИЧ - инфицированных

2) ограничения профессиональной деятельности

3) привлечения к уголовной ответственности

4) вакцинации контактных

5) вовлечения в профилактические мероприятия

19**. Диагноз ВИЧ - инфекции имеет право поставить**

1) врач хирургического стационара

2) врач общей практики в поликлинике

3) врач-эпидемиолог территориального управления Роспотребнадзора

4) врач-инфекционист центра профилактики и борьбы со СПИДом

5) врач - фтизиатр

20. **При обследовании пациента стационара на ВИЧ - инфекцию врач должен**

1) поставить в известность пациента в устной форме

2) провести дотестовое консультирование, получить письменное согласие больного на обследование

3) согласовать с инфекционистом центра СПИД

4) поставить в известность заведующего отделением

5) поставить в известность госпитального эпидемиолога

**21. При необходимости обследования пациента на ВИЧ - инфекцию необходимо**

1) провести дотестовое консультирование пациента

2) получить согласие заведующего отделением

3) согласовать с госпитальным эпидемиологом

4) не сообщать больному о намерении провести лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию

5) согласовать с врачом-эпидемиологом центра профилактики и борьбы со СПИДом

**22. Дотестовое и послетестовое консультирование врачом- фтизиатром не предусматривает**

1) определения факторов риска заражения

2) предоставления информации о ВИЧ – инфекции и тестировании на ВИЧ

3) поддержки в преодолении стресса

4) принятия осознанного решения о прохождении обследования на антитела к ВИЧ

5) сообщения о диагнозе ВИЧ-инфекция

23. **При наличии клинических показаний для обследования больного дотестовое консультирование, как правило, проводит**

1) госпитальный эпидемиолог

2) заведующий отделением

3) лечащий врач

4) врач-инфекционист

5) психотерапевт

24**. При уколе или порезе медицинского работника инструментом, контаминированным кровью пациента, необходимо**

1) под проточной водой вымыть руки с мылом, обработать 70° спиртом и смазать ранку 5% раствором йода

2) выдавить кровь из ранки и обработать 5% раствором йода

3) выдавить кровь из ранки, промыть проточной водой, обработать 5% раствором йода

4) выдавить кровь из ранки, вымыть руки под проточной водой с мылом, обработать 70° спиртом и смазать ранку 5% раствором йода

5) выдавить кровь из ранки и обработать ранку хлорсодержащим дезинфектантом

**25. При уколе или порезе инструментом, контаминированным кровью пациента, медицинский работник должен**

1) учитывая статус пациента, принять меры экстренной профилактики

2) сделать запись в журнале аварийных ситуаций

3) обследовать пациента на ВИЧ-инфекцию

4) сдать свою кровь для исследованию на ВИЧ - инфекцию сразу после аварийной ситуации

5) выполнить все вышеперечисленное

26. **При аварийной ситуации с повреждением кожных покровов или слизистых оболочек медицинского работника и контаминацией их кровью пациента медицинский работник должен обследоваться на ВИЧ-инфекцию Вуказанные сроки, кроме**

1) сразу после аварийной ситуации

2) через 2 недели

3) через 3 месяца

4) через 6 месяцев

5) через 1 год

27. **Задачами диспансерного наблюдения ВИЧ- инфицированных пациентов являются все, кроме**

1) ежемесячного исследования иммунного статуса

2) оказания психологической поддержки

3) выявления и лечения сопутствующих инфекций, оппортунистических инфекций

4) мониторирования эффективности лечения

5) определения иммунологических и клинических показателей

6) антиретровирусной терапии

**28. Из известных путей передачи ВИЧ практически к 100% заражению приводит**

1) перинатальное инфицирование

2) половой контакт

3) переливание крови

4) внутривенное введение наркотика нестерильным инструментом

**29. Источником ВИЧ-инфекции является человек**

1) только в инкубационном периоде

2) только в стадии первичных проявлений болезни

3) только в стадии вторичных проявлений заболевания

4) в любой стадии болезни, включая терминальную

**30. Вирус иммунодефицита человека в организме зараженного находится в**

1) лимфоидных тканях

2) мышечной ткани

3) костной ткани

4) кожных покровах и подкожной клетчатке

31. **Оппортунистическая инфекция, наиболее часто ассоциированная со СПИДом в последнее время**

1) пневмоцистоз

2) криптоспоридиоз

3) токсоплазмоз

4) кандидоз

5) туберкулез

32. **При реактивизации латентной инфекции у пациентов с иммунодефицитами возникают заболевания, кроме**

1) опоясывающего герпеса

2) цитомегаловирусной пневмонии

3) аденовирусного кератоконъюнктивита

4) диссеминированной цитомегаловирусной инфекции

5) туберкулеза

33**. СПИД определяется как**

1) начальная стадия инфицирования ВИЧ

2) синдром, характеризующийся появлением СПИД-индикаторных болезней 3) стадия первичных проявлений у больных ВИЧ-инфекцией

4) стадия вторичных заболеваний 4А у больных ВИЧ-инфекцией

34. **Ферменты, не входящие в состав вириона ВИЧ**

1) ревертаза (обратная транскриптаза)

2) нейраминидаза

3) протеаза

4) интеграза

35. **Укажите антиген, связывающийся с СД4 рецептором и корецепторами клетки-мишени**

1) gp120

2) gp41

3) p24

4) p7

5) p17

36**. Вирус, не связанный с ВИЧ-ассоциированными инфекциями**

1) вирус герпетической группы 8 типа

2) цитомегаловирус

3) вирус Эпштейн-Барра

4) вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая

5) вирус краснухи

37**. МАНИФЕСТНАЯ инфекция, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией**

1) шигеллез

2) цитомегаловирусная

3) дифтерия

4) лептоспироз

5) гепатит С

38. **клетки, которые гибнут в результате инфицирования ВИЧ**

1) СD4 лимфоциты

2) В-лимфоциты

3) макрофаги

4) дендритные клетки

**39. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются**

1) снижением числа Т-лимфоцитов

2) функциональным нарушением В-лимфоцитов

3) функциональным нарушением естественных киллеров

4) появлением аутоиммунных нарушений

5) верно все вышеперечисленное

**40. Клетками – мишенями для ВИЧ являются**

1) моноциты

2) В-лимфоциты

3) цитотоксические лимфоциты

4) эритроциты

5) все вышеперечисленное

41. **Начальная фаза ВИЧ-инфекции не характеризуется**

1) высоким уровнем виремии

2) возможными проявлениями оппортунистических инфекций

3) быстрым падением числа В-лимфоцитов

4) быстрым снижение числа CD4+ лимфоцитов

 5) панцитопенией

42. **Для развития ВИЧ-инфекции не характерно**

1) наличие латентной, серонегативной фазы заболевания

2) молниеносное развитие заболевания

3) медленное постепенное развитие заболевания

4) возможная активизация оппортунистических инфекций уже на начальных этапах заболевания

5) активизация неопластического процесса

43. **Наиболее информативным прогностическим лабораторным показателем при ВИЧ-инфекции является**

1) лимфопения

2) высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов

3) панцитопения

4) падение уровня CD4+ лимфоцитов

5) высокий уровень CD8+ лимфоцитов

**44. Для ВИЧ-инфекции характерно**

1) поражение иммунной системы

2) поражение ЦНС

3) поражение дыхательного тракта

4) поражение пищеварительного тракта

5) все вышеперечисленное

**45. При ВИЧ-инфекции могут поражаться**

1) кости (остеопороз)

2) легкие (пневмоцистная, цитмегаловирусная пневмонии)

3) кроветворение (панцитопения, нейтропения, тромбоцитопения)

4) глаза (цитомегаловирусный ретинит, токсоплазмозныйхориоретинит)

5) все вышеперечисленное

46. **Стадия 4А вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается**

1) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек грибковой флорой

2) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек бактериальной флорой

3) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек вирусной флорой

4) дефицитом массы тела более 10%

5) потерей массы тела менее 10%

47. **Стадия 4Б вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается**

1) рецидивирующим поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

2) стойким поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

3) стойкой лихорадкой более 3-х месяцев

4) стойкой диареей более 2-х месяцев

5) генерализованного туберкулеза

48. **Клинические признаки, указывающие на необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию**

1) диарея неясного генеза более 1 месяца

2) стойкая лихорадка неясного генеза более 1 месяца

3) стойкая полилимфоаденопатия более, чем в 2-х группах лимфоузлов (исключая паховые)

4) впервые выявленная микобактериальная инфекция

5) все вышеперечисленное

49. **Заподозрить ВИЧ-инфекцию у взрослого пациента необходимо в случае выявления у него**

1) токсоплазмоза головного мозга

2) туберкулеза любой локализации

3) пневмоцистной пневмонии

4) первичной лимфомы головного мозга

5) всего вышеперечисленного

50. **Вирус иммунодефицита человека в организме инфицированного находится везде, кроме**

1) лимфоидной ткани

2) ЦНС

3) костной ткани

4) клеток макрофагально-моноцитарной системы

5) спермы

51. **Стадия 4В вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не проявляется**

1) генерализованными бактериальными, вирусными, грибковыми заболеваниям

2) менингококковым менингитом

3) злокачественными новообразованиями

4) ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС

5) кахексией

52. **Для профилактики и лечения пневмоцистной пневмонии назначают**

1) цефтриаксон

2) ацикловир

3) моксифлоксацин

4) бисептол

5) флуконазол

**53. Саркома Капоши представляет собой поражение**

1) эндотелия лимфатических сосудов

2) костной ткани

3) дермы

4) мышечной ткани

5) эпидермиса

**54. Очаговое поражение головного мозга характерно для**

1) лимфомы головного мозга

2) цитомегаловирусного энцефалита

3) ВИЧ-энцефалита

4) криптококкоза

5) герпетического энцефалита

55. **В структуре оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных в РФ первое место по частоте занимает**

1) цитомегаловирусная инфекция

2) криптококкоз

3) криптоспоридиоз

4) пневмоцистная пневмония

5) туберкулез

56. **Наиболее достоверным методом диагностики пневмоцистной пневмонии является**

1) клиническая картина при наличии выраженной дыхательной недостаточности

2) рентгенологическая картина интерстициальной пневмонии

3) положительный результат посева крови на питательные среды

4) выделение пневмоцисты из бронхоальвеолярного лаважа

5) положительный результат серологического исследования на антитела к пневмоцисте

57. **К СПИД-индикаторным заболеваниям у ВИЧ-инфицированных пациентов не относится**

1) кандидоз слизистой оболочки полости рта

2) кандидоз с поражением слизистой пищевода, желудка, трахеи, бронхов

3) пневмоцистная пневмония

4) цитомегаловирусный ретинит

5) токсоплазмоз головного мозга

**58. У пациентов с уровнем CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл сыворотки крови бисептол назначается для химиопрофилактики**

1) туберкулеза

2) пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза

3) пневмоцистной пневмонии и атипичного микикобактериоза

4) опоясывающего герпеса

5) криптококкоза

59. **Развитие волосистой лейкоплакии языка у ВИЧ-инфицированного пациента связано с активацией**

1) вируса простого герпеса 1 типа

2) вируса герпеса 3 типа

3) вируса Эпштейн-Барр

4) цитомегаловируса

5) вируса герпеса 6 типа

60. **Для лабораторной диагностики манифестнойцитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированного пациента наиболее информативно**

1) выявление антител класса IgG

2) выявление антител класса IgМ

3) качественное определение наличия ДНК цитомегаловируса в крови

4) качественное определение наличия ДНК цитомегаловируса в крови с последующим определением вирусной нагрузки

5) выявление атипичных мононуклеаров в крови

**61. При выявлении кандидоза слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированного пациента показано назначение**

1) ацикловира

2) бисептола

3) флуконазола

4) монотерапииазидотимидином

5) циклоферона

62. **Характерным признаком пневмоцистной пневмонии не является**

1) выраженная дыхательная недостаточность

2) высокая СОЭ

3) наличие примеси крови в мокроте

4) отсутствие изменений на рентгенограмме у некоторых больных в начальном периоде болезни

5) положительный эффект от лечения бисептолом

63. **При наличии у ВИЧ-инфицированного пациента с выраженной иммуносупрессией жидкого стула с кровью следует исключить следующие состояния, кроме**

1) туберкулеза кишечника

2) сальмонеллеза

3) цитомегаловирусного колита

4) опухоли кишечника

5) побочной реакции при приеме некоторых антиретровирусных препаратов

64. **Для токсоплазмоза головного мозга не является характерным**

1) наличие лихорадки

2) отсутствие лихорадки

3) головная боль

4) судороги

5) очаговые симптомы

65. **Наиболее частой причиной нарушения зрения (развития ретинита) у ВИЧ-инфицированных лиц является**

1) объемный процесс в головном мозге (лимфома)

2) цистицеркоз

3) цитомегаловирусная инфекция

4) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия

5) герпетическая инфекция

66. **При снижении уровня CD4+ лимфоцитов менее 50 клеток в мкл сыворотки крови показана химиопрофилактика**

1) токсоплазмоза

2) туберкулеза

3) пневмоцистной пневмонии

4) атипичного микобактериоза

5) всего вышеперечисленного

67. **к принципам антиретровирусной терапии не относится**

1) добровольность

2) адекватность

3) непрерывность

4) своевременность

5) отмена после достижения стойкого снижения уровня вирусной нагрузки ВИЧ при условии постоянного наблюдения за состоянием пациента с последующим возобновлением при прогрессировании болезни

68. **К ГруппАМ препаратов для антиретровирусной терапии НЕ ОТНОСЯТСЯ**

1) ингибиторы интегразы

2) ингибиторы обратной транскриптазы

3) ингибиторы протеазы

4) ингибиторы нейраминидазы

5) ингибиторы хемокиновыхкорецепторов

69**. При проведении антиретровирусной терапии предпочтительным является использование в лечении**

1) одного антиретровирусного препарата (монотерапии)

2) комбинации двух препаратов

3) комбинации трех и более препаратов

4) схемы из трех нуклеозидных аналогов обратной транскриптазы

5) иммуномодуляторов в сочетании с антиретровирусными препаратами

**70. В схемы противотуберкулезной терапии не рекомендуется включать римфапицин, если пациент получает**

1) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ифавиренц)

2) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ламивудин, абакавир)

3) ингибиторы интегразы (ралтегравир)

4) ингибиторы протеазы

5) ингибиторы слияния

**71. У ВИЧ-инфицированного пациента, больного туберкулезом, иммунносупрессия с уровнем CD4+ лимфоцитов 50 клеток в 1 мкл сыворотки. Антиретровирусную терапию следует назначить**

1) немедленно, одновременно с противотуберкулезной терапией

2) через 2-3 недели от начала противотуберкулезной терапии (как только пациент адаптируется к противотуберкулезным препаратам)

3) спустя 2 месяца от начала противотуберкулезной терапии

4) спустя 3 месяца от начала противотуберкулезной терапии

5) по окончании полного курса противотуберкулезной терапии

**72. О ВоспалительнОМсиндромЕ восстановления иммунной системы (СВИС) у пациента, получающего антиретровирусную терапию НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

1) ухудшение состояния вследствие развития туберкулеза легких

2) прогрессирующее нарастание иммуносупрессии

3) быстрый прирост CD4+ лимфоцитов

4) снижение вирусной нагрузки ВИЧ

5) исходно низкий до начала терапии уровень CD4+ лимфоцитов

**73. При выявлении у больного инфекционного заболевания, в целях предупреждения его дальнейшего распространения, лечащий врач должен сообщить о диагнозе родственникам**

1. да

2. на усмотрение врача

3. нет

4. может сообщить с согласия пациента

**74. Укажите заболевания, которые относятся к особо опасным инфекциям**

1. холера

2. дизентерия

3. чума

4. желтая лихорадка

5. лихорадка Эбола

6. вирусный гепатит В

**75. Укажите, какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры**

1. интоксикация

2. изотоническая дегидратация

3. инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

4. генерализация инфекционного процесса

**76. В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры**

1. кровь

2. моча

3. кал

4. слюна

**77. Окончательный диагноз холеры ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований**

1. бактериоскопических

2. бактериологических

3. серологических

4. иммунологических

5. биохимических

**78. Укажите, какой возбудитель вызывает чуму**

1.Yersiniapestis

2. Yersiniapseudotuberculosis

3. Yersiniaenterocolitica

4. все неверно

**79. Подозрение на чуму вызывают**

1. пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 5 дней до начала заболевания

2. острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3. геморрагические проявления

4. регионарный лимфаденит с периаденитом

пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 30 дней до начала заболевания

**80. Какую геморрагическую лихорадку называют «болезнью зеленых мартышек»?**

1. Эбола

2. Ласса

3. Марбург

4. Крым-Конго

5. Омскую

**81. Для какой лихорадки характерен воздушно - капельный путь передачи инфекции**

1. Крым-Конго

2. Геморрагической лихорадки с почечным синдромом

3. Марбург

4. Денге

**82. Контагиозными геморрагическими лихорадками являются:**

1. лихорадка жёлтая;

2. лихорадка Ласса;

3. лихорадка Марбург;

4. лихорадка Эбола;

5. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

**83. К карантинным инфекциям относятся:**

1. чума

2. сыпной тиф

3. сибирская язва

4. желтая лихорадка

5. холера

**84. Основной путь передачи холеры:**

1. водный

2. пищевой

3. контактно-бытовой

4. воздушно-пылевой

**85. Инкубационный период при холере**

1. 1-6 дней

2. 5-10 дней

3. 10-15 дней

4. 15-20 дней

**86. Укажите источники инфекции при чуме**

1. зараженный человек

2. грызуны

3. птицы

4. верблюды

**87. Переносчиками возбудителя чумы являются**

1. комары

2. клещи

3. слепни

4. блохи

**88. Длительность карантина при чуме**

1. 6 дней

2. 10 дней

3. 12 дней

4. 20 дней

**89. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге холеры включают**

1. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 12 дней

2. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 6 дней

3. госпитализацию больного в стационар

4. проведение заключительной дезинфекции силами населения

5. проведение заключительной дезинфекции силами специализированных служб

6. обследование контактных лиц

7. экстренную профилактику контактных лиц

**90. Тактика врача при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию включает:**

1. немедленную передачу сообщения руководителю подразделения

2. запрос укладки с противочумным костюмом

3. оказание неотложной медицинской помощи больному при наличии показаний

4. экстренную профилактику

5. немедленную передачу сообщения о чрезвычайной ситуации в региональное Министерство здравоохранения

**91. В качестве средств индивидуальной защиты при выявлении больного карантинной инфекцией используется**

1. только респиратор

2. противочумный костюм

3. комплект: четырехслойная маска и защитные очки

4. комплект: респиратор, медицинская пижама, перчатки, резиновые сапоги

**92. Выберите препарат для экстренной профилактики холеры**

1. азитромицин

2. левомицетин

3. ципрофлоксацин

4. циклоферон

**93. Генерализованнаялимфоаденопатия характерна для**

1. ВИЧ-инфекции

2. туляремии

3. инфекционного мононуклеоза

4. рожи

**94. Характерная триада симптомов при менингите включает**

1. упорную головную боль

2. лихорадку

3. нарушения зрения

4. рвоту

**95. Укажите метод лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, направленный на выявление генетического материала возбудителя**

1. ИФА

2. ПЦР

3. РПГА

4. иммунный блоттинг

5. РНИФ

**96. Основные требования к сбору и транспортировке материала для бактериологического исследования**

1. взятие материала до начала этиотропного лечения

2. взятие материала во время этиотропного лечения

3. техническая правильность сбора

4. обеспечение температурного режима хранения

**97. Укажите методы лабораторной диагностики для выявления антител**

1. бактериологический

2. бактериоскопический

3. ИФА

4. иммунный блоттинг

5. РСК

6. ПЦР

**98. Диагностически значимое нарастание титров антител при исследовании в парных сыворотках**

1. в 2 раза

2. в 3 раза

3. в 4 раза и более

4. не менее, чем в 8 раз

**99. Иммунологический (серологический) метод диагностики позволяет выявлять**

1. антитела

2. антигены

3. ДНК или РНК возбудителя

4. вирусную нагрузку

**100. выявление IgM свидетельствует о**

1. наличии острой инфекции

2. перенесенной инфекции в прошлом

3. хроническом течении болезни

4. формировании хронического бактерионосительства

**101. В течение инфекционной болезни выделяют периоды**

1. инкубационный

2. продромальный

3. разгара

4. суперинфекции

5. выздоровления

**102. Укажите сочетание симптомов, характерное для холеры**

1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты

2. тошнота, рвота

3. водянистый, зловонный стул

4. жидкий, зеленоватый окраски стул, диффузные боли в животе

**103. Укажите сочетание симптомов, характерное для ботулизма:**

1. высокая температура, частый жидкий стул

2. высокая температура, нарушение сознания

3. нарушение зрения, глотания

4. судороги мышц, жидкий стул

**104. Выберите симптомы, характерные для аденовирусной инфекции:**

1. лихорадка, симптом Бельского-Филатова, энантема, экзантема

2. катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, конъюнктивит, симптом Бельского-Филатова

3. лихорадка, катаральные явления, конъюнктивит, увеличение печени

4. катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, геморрагическая сыпь, увеличение печени

**105. Укажите основные органы и системы, поражаемые при гриппе:**

1. нервная система, суставы, кишечник

2. трахея, сердце, почки

3. трахея, нервная система, сосуды

4. трахея, почки

**106. Выберите симптомы, характерные для гриппа:**

1. острое начало, лихорадка 40ºС, сильная головная боль, трахеит

2. лихорадка 40 градусов, конъюнктивит, носовое кровотечение,

3. острое начало, сильная головная боль, обильное отделяемое из носа

4. склерит, сильная головная боль, увеличение лимфатических узлов

**107. Укажите биохимические тесты, отражающие цитолиз печеночных клеток при вирусных гепатитах:**

1. уровень холестерина

2. уровень общего белка и белковые фракции крови

3. уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы

4. тимоловая проба

**108. Укажите этиотропные препараты для лечения больных гриппом:**

1. ингавирин

2. озельтамивир

3. эритромицин

4. пенициллин

**109. Достоверным критерием менингококкового менингита являются следующие изменения в ликворе:**

1. нейтрофильныйплеоцитоз

2. снижение сахара

3. лимфоцитарныйплеоцитоз

4. обнаружение возбудителя

**110. Укажите, для какого острого респираторного вирусного заболевания характерен трахеит:**

1. грипп

2. парагрипп

3. риновирусная инфекция

4. аденовирусная инфекция

**111. Укажите симптом, нехарактерный для парагриппа:**

1. лимфоаденопатия

2. кашель

3. насморк

4. осиплость голоса

**112. Укажите этиотропные препараты для лечения больных ОРВИ негриппозной этиологии**

1. ремантадин, ингавирин

2. азитромицин, арбидол

3. антигриппин, арбидол

4. арбидол, ингавирин

**113. Укажите, какой вирусный гепатит чаще сопровождается хронизацией патологического процесса с исходом в цирроз:**

1. вирусный гепатит А

2. вирусный гепатит В

3. вирусный гепатит С

4. вирусный гепатит Е

**114. Основной симптом риновирусной инфекции:**

1. обильные водянистые выделения из носа

2. головная боль

3. высокая лихорадка

4. выраженные воспалительные явления в зеве

**115. Укажите процент потери массы тела при алгидной форме холеры:**

1. 3%

2. 6%

3. 9%

4. 10% и более

**116. Укажите сочетание симптомов, характерных для гриппа, тяжелой степени:**

1. сильная головная боль, менингизм, носовое кровотечение, температура тела выше 40ºС

2. интенсивная головная боль, слабость, сухой кашель, температура тела выше 38-39,5ºС

3. фебрильная лихорадка более 2-х недель, сильная головная боль, односторонние влажные хрипы в легких

4. умеренные катаральные явления, лихорадка 39ºС, пиурия

**117. Укажите, сочетание каких симптомов характерно для инфекционно-токсического шока:**

1. гипотермия, снижение артериального давления, тахикардия, снижение диуреза

2. гипотермия, повышение артериального давления, снижение диуреза

3. гипертермия, генерализованные судороги, анурия

4. гипертермия, рвота, положительные менингеальные симптомы

**118. Больной В. 33 года**, госпитализирован на 3 день болезни. Заболел остро, сильно заболела голова, появилась тошнота, повторная рвота, повысилась температура тела до 40ºС. При поступлении состояние тяжелое, дезориентирован во времени, не понимает, где находится. Температура 39,8°С. Лицо бледное. На коже ягодиц и нижних конечностей петехиальная звездчатая сыпь. Выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 120 уд/мин, ритмичный, АД – 140/100 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. Анализ СМЖ: мутная, плеоцитоз– 10500 кл/мл; нейтрофилы (99%), белок – 2,9 г/л; реакция Панди (++++).

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1.Менингококковая инфекция. Менингококкемия. Менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга.

2. Корь, тяжелая степень

3. Менингококковая инфекция. Менингококкемия. Осложнение: инфекционно-токсический шок.

4. Менингококковая инфекция. Менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга.

**119. Вирус гепатита В**

 1.РНК-содержащий гепаднавирус

 2.ДНК-содержащий гепаднавирус

 3.ДНК-содержащий энтеровирус

 4.РНК-содержащий пикорнавирус

 5.РНК-содержащий энтеровирус

**120. Укажите, какой из серологических маркеров не характерен для гепатита В**

1. HbsAg

 2. anti-HBcorIgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HBeIgM

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в виде зачета в два этапа: собеседования и решения ситуационной задачи.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

**Собеседование (теоретические вопросы)–** оценка «неудовлетворительно»: обучающийся плохо понимает суть вопроса, не способен логично и аргументировано дать на него ответ. Оценка «удовлетворительно»: ответ свидетельствует в основном о знании изучаемого материала, отличается недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы, знанием основных вопросов теории; обучающийся демонстрирует слабо сформированные навыки анализа явлений, процессов, недостаточное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. Оценка «хорошо»: обучающийся ясно изложил суть вопроса, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неполно ответил на дополнительные вопросы. Оценка «отлично»: обучающийся дал полный, развернутый ответ на вопрос, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, правильно ответил на дополнительные вопросы).

**Решение ситуационной задачи-** оценка «неудовлетворительно»: обучающимся дан неправильный ответ на вопрос задачи; ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.Оценка «удовлетворительно»: обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. Оценка «хорошо»: обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. Оценка «отлично»:обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие).

 Результат «зачтено» выставляется при получении оценок «удовлетворительно», «хорошо», «отлично» на всех этапах промежуточной аттестации.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

*( теоретические вопросы для подготовки к промежуточной аттестации)*

1. Дифференциальная диагностика менингитов различной этиологии
2. Дифференциальная диагностика поражений органов дыхания при инфекционных заболеваниях и туберкулезе
3. Клиника менингококковой инфекции. Менингит
4. Принципы лечения больных менингококковой инфекцией, помощь при неотложных состояниях
5. Серозные менингиты при инфекционных заболеваниях. Дифференциальная диагностика с менингитом туберкулезной этиологии.
6. Стрептококковая инфекция. Пневмонии
7. Общая характеристика острых респираторных заболеваний
8. Клинико-эпидемиологические особенности гриппа на современном этапе
9. Клиника гриппа
10. Дифференциальный диагноз гриппа и других острых респираторных заболеваний
11. Лечение и профилактика гриппа
12. Парагрипп и риновирусная инфекция
13. Аденовирусная инфекция
14. Этиология, эпидемиология и патогенез чумы
15. Тактика врача при выявлении больного карантинной инфекцией
16. Клиника и диагностика легочной формы чумы.
17. Этиология, эпидемиология и профилактика туляремии
18. Клиника, диагностика и лечениетуляремии
19. Эпидемиология ВИЧ-инфекции на современном этапе
20. Патогенез ВИЧ-инфекции. Оппортунистические заболевания при ВИЧ-инфекции
21. ВИЧ-инфекция.
22. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции по В.И. Покровскому (2006 г)
23. Поражение органов дыхания при ВИЧ-инфекции
24. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции.
25. Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию. До- ипослетестовое консультирование про вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Оформление документации.
26. Антиретровирусная терапия у больных сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез.
27. Хронические вирусные гепатиты у больных туберкулезом.
28. Принципы лечения больных вирусными гепатитами, оказание помощи при неотложных состояниях
29. Клиника, диагностика хронических вирусных гепатитов
30. Специфическая профилактика инфекционных болезней, протекающих с поражением органов дыхания.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

***(пример типовой ситуационной задачи с эталоном решения)***

**Задача №1**

Больной К., 42 лет, рабочий, поступил в приемный покой противотуберкулезного диспансера на 3-й день болезни. Заболел остро: озноб, температура 39,5ºС, сильная головная боль, рвота, мышечные боли. Дома не лечился. 5 лет назад перенес инфильтративный туберкулез легких, полный курс противотуберкулезой терапии не прошел, спустя 3 месяца от начала лечения савольно покинул противотуберкулезный стационар, в последующем на диспансерном учете не состоял. За 2 дня до настоящего заболевания был контакт с «больным ОРЗ», у которого «был заложен нос, болело горло и была повышенная температура». При осмотре тяжелое. Гиперестезия кожи, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Со стороны внутренних органов изменений нет. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, вытекающая частыми каплями.

* + 1. Сформулируйте предварительный диагноз.
		2. Проведите дифференциальный диагноз

3. Укажите, какие еще исследования следует провести больному.

4. Укажите тактику ведения больного

**Эталон ответа**

1.Гнойный менингит, вероятно менингококковой этиологии. Об этом свидетельствуют: острое начало, наличие триады симптомов, характерной для менингита (лихорадка, сильная головная боль, рвота), положительных менингеальных знаков; тяжелое состояние больного, обусловленное выраженной интоксикацией, фебрильной лихорадкой, неврологической симптоматикой; контакт с больным, у которого имелись симптомы назофарингита; отсутствие первичных воспалительных очагов со стороны внутренних органов; изменения ликвора, характерные для гнойного процесса.

2. С учетом анамнеза (перенесенный туберкулез 5 лет назад, отсутствие полноценного лечения и диспансерного наблюдения) необходимо дифференцировать с туберкулезным менингитом. В отличие от туберкулезного менингита, у больного болезнь развивалась остро, имеется выраженный синдром интоксикации. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, что нехарактерно для туберкулезного менингита. Для более точной дифференциальной диагностики нужны дополнительные исследования.

3. Исследование ликвора с определение плеоцитоза, соотношения лимфоцитов и нейтрофилов, уровня белка, сахара. Исследование клинического анализа крови. Рентгенограмма органов грудной клетки.

4. Проведение дезинтоксикационной терапии; перевод в инфекционный стационар. В инфекционном стационаре для верификации диагноза - проведение бактериологического исследование ликвора, крови, мазка из носоглотки на менингококк, бактериоскопическое исследование ликвора, исследование методом ПЦР. Антибактериальная терапия с выбором препаратов, проникающих через ГЭБ. Дезинтоксикационная, дегидратационная,терапия.

**Образец билета к зачету**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней. Подготовка кадров высшей квалификации-ординатура

 Специальность: 31.08.51 «Фтизиатрия»

Дисциплина: Инфекционные болезни

 **БИЛЕТ №1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Серозные менингиты при инфекционных заболеваниях. Дифференциальная диагностика с менингитом туберкулезной этиологии.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача №1

Заведующий кафедрой А.С. Паньков (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса) |
|  | ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Знать уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний | Вопросы №№ 15, 30 |
| Уметь организовывать комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения или распространения инфекционных заболеваний | Ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть методами определения степени риска развития инфекционных заболеваний | Ситуационные задачи №№1-10 |
|  | ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Знать основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризациибольных с инфекционными заболеваниями | Вопросы №№ 15, 25 |
| Уметь определять состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, заполнять документацию, проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр; формировать диспансерные группы | Ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть навыками осуществления санитарно-просветительской работы со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждения инфекционных заболеваний; навыками заполнения учетно-отчетной документации  | Ситуационные задачи №№1-10 |
|  | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с заболеваниями инфекционной этиологии, необходимыми для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Вопросы №№ 1-14, 16-24, 26-29 |
| Уметьвыбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования | Ситуационные задачи №№1-10 |
| Владетьметодами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при инфекционных заболеваниях, алгоритмом постановки развёрнутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней | Ситуационные задачи №№1-10 |
|  | ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи | Знать основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в лечении инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам | Вопросы №№1-14, 16-24, 26-29 |
| Уметь оказывать первую помощь,назначить лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств | Ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть алгоритмами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при инфекционных заболеваниях; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений;методами своевременного выявления неотложных состояний и синдромов. | Ситуационные задачи №№1-10 |