

№ ЛД-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра инфекционных болезней

**УТВЕРЖДЕНО**  
протоколом заседания  
Центрального  
координационного  
учебно-методического  
совета  
«23» мая 2023 г. № 5

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**по** программе учебной практики

---

практика общеврачебного профиля (основы практической подготовки к профессиональной деятельности врача-лечебника для оказания первичной медико-санитарной помощи)

**«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной  
24.05.2023 г.

**для** студентов 6 курса

---

**по специальности** 31.05.01 Лечебное дело

---

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры**  
От 22 мая 2023 г. (протокол № 10 )

**Заведующая кафедрой**

к.м.н., доцент



**Отараева Б.И.**

**г. Владикавказ 2023 г.**

## СТРУКТУРА ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензии на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных материалов:
  - вопросы к входному контролю
  - вопросы к модулю
  - вопросы к экзамену
  - банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр
  - эталоны тестовых заданий

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ  
на оценочные материалы**

по программе учебной практики  
практика общеврачебного профиля (основы практической подготовки к профессиональной  
деятельности врача-лечебника для оказания первичной медико-санитарной помощи)  
«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

для студентов 6 курса  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Оценочные материалы составлены на кафедре инфекционных болезней на основании рабочей программы учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения» (утв.2023г.) и соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Оценочные материалы включают в себя:

- вопросы к входному контролю,
- вопросы к модулю,
- вопросы к экзамену
- банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр,
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

Банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр включает в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения», формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывает все ее разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам/практическим заданиям/деловым играм.

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения», формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все ее разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталоны содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач/практических заданий/деловых игр. Ситуационные задачи/практические задания/деловые игры дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимся теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы программы по учебной практике «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения» способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися общепрофессиональными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по учебной практике «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения» могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости на лечебном факультете у обучающихся 6 курса.

Рецензент:  
Председатель ЦУМК  
естественно-научных и математических дисциплин



Боцева Н.И.

20 \_\_\_\_ г.

**Паспорт оценочных материалов по**  
**программе учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного**  
**звена здравоохранения»**

<b>№п/п</b>	<b>Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля</b>	<b>Код формируемой компетенции(этапа)</b>	<b>Наименование оценочного средства</b>
1	2	3	4
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий контроль успеваемости/Промежуточная аттестация</b>		
1	Бактериальные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	вопросы к модулю, ситуационная задача, тестирование
2	Вирусные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	вопросы к модулю, ситуационная задача, тестирование
3	Протозойные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	вопросы к модулю, ситуационная задача, тестирование

## Вопросы к входному контролю

1. Серотерапия при ботулизме.
2. Серотерапия при дифтерии.
3. Профилактика бешенства.
4. Профилактика столбняка.
5. Техника проведения и интерпретация кожно-аллергической пробы при инфекционных заболеваниях.
6. Техника забора материала из рото и носоглотки.
7. Интерпретация результатов лабораторных анализов (серологических, молекулярно-генетических, бактериологических).
8. Сроки вакцинации при некоторых инфекционных заболеваниях:  
Схема вакцинации от ВГВ.
9. Схема экстренной вакцинации против столбняка.
10. Дифференциальная диагностика гнойной ангины и дифтерии ротоглотки.
11. Показания к госпитализации инфекционных больных.
12. Сроки плановой вакцинации и ревакцинации против дифтерии.
13. Особенности синдрома экзантемы при кори, краснухе, ветряной оспе.

## Вопросы к модулю

1. Организация прививочного дела. Планирование, учет прививок, отчетность. Календарь профилактических прививок.
2. Виды иммунитета. Естественная (не) восприимчивость. Активная и пассивная иммунизация.
3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней.
4. Классификация иммунобиологических препаратов, их характеристика.
5. Вакцины. Анатоксины. Характеристика. Применение. (АКДС вакцина, АДС-М, АДС, АД-М, АС, коревая вакцина, паротитная, полиомиелитная, БЦЖ, противогепатитная вакцина, краснушная – схемы плановой вакцинации).
6. Иммунные сыворотки. Показания к применению. Экстренная профилактика столбняка.
7. Проба по Безредко. Способ и схемы проведения.
8. Иммуноглобулины. Показания к применению.
9. Бактериофаги. Определение. Показания к применению (брюшнотифозный, дизентерийный, стафилококковый, коли-протейный, интестифаг и др.)
10. Иммунопрофилактика дифтерии.
11. Важнейшие симптомы и синдромы, характеризующие инфекционный процесс.
12. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики в клинике инфекционных болезней (специфические и неспецифические).
13. Принципы терапии инфекционных болезней: специфическая и неспецифическая терапия инфекционных болезней
14. Определение, этиология, эпидемиология холеры
15. Патогенетические аспекты холеры
16. Клиническое течение холеры и формы заболевания
17. Осложнения, дифференциальная диагностика холеры
18. Лабораторная диагностика холеры
19. Лечение и профилактика холеры
20. Грипп: строение вируса, этиологические особенности, эпидемиология.
21. Сезонный и высокопатогенный грипп: особенности, патогенез гриппа.
22. Критерии тяжести течения гриппа. Дифференциальная диагностика с другими ОРВИ и COVID-19.
23. Лабораторные методы идентификации гриппа.
24. Лечение: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое. Осложнения гриппа, неотложная терапия
25. Вакцинопрофилактика гриппа: типы вакцин, показания и противопоказания к вакцинации, группы риска, поствакцинальные реакции и осложнения.
26. Аденовирусная инфекция. Этиология, эпидемиологии клиническая классификация, лечение, клиническая классификация. Лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика.
27. Риновирусная инфекция. Этиология, клиника, лечение.
28. Дифтерия: этиология, эпидемиология, патогенез
29. Клиническое течение, формы заболевания, осложнения дифтерии
30. Дифференциальная диагностика, лабораторная диагностика дифтерии
31. Лечение и профилактика дифтерии, противоэпидемические мероприятия
32. Малярия: этиология, эпидемиология, патогенез
33. Клиническое течение малярии, формы заболевания, осложнения
34. Дифференциальная диагностика, лабораторная диагностика малярии
35. Лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия при малярии

36. Завозная малярия. Проблемы диагностики и лечения малярии в России на современном этапе.
37. Осложнения, клиника малярийной комы, лечение группы противомаларийных препаратов, химиопрофилактика.
38. Острая дизентерия: этиология, эпидемиология, патогенез,
39. Острая дизентерия: клиника, клиническая классификация, диагностика.
40. Острая дизентерия: этиотропная и патогенетическая терапия, диспансеризация
41. Хроническая дизентерия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
42. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, клиническая классификация.
43. Патогенез генерализованных и локализованных форм сальмонеллеза. Клиника, диагностика, лечение.
44. Генерализованные формы сальмонеллеза. Лабораторная диагностика, лечение.
45. Иерсиниозы. Псевдотуберкулез: этиология, эпидемиология, клинические варианты, диагностика, лечение.
46. Иерсиниозы. Кишечный иерсиниоз: Этиология, эпидемиология, клиника, лабораторная диагностика, лечение.
47. Пищевые токсикоинфекции. Дифференциальная диагностика заболеваниями инфекционной и неинфекционной природы
48. Вирусные гепатиты. Этиология, эпидемиология, клиника, осложнения, профилактика. Клиническая классификация вирусных гепатитов. Клиника и лечение злокачественных форм вирусных гепатитов
49. Клинические периоды вирусных гепатитов. Терапия вирусных гепатитов в зависимости от тяжести болезни. Дифференциальная диагностика продромального периода гепатитов
50. Вирусный гепатит В. Клиника, осложнения, исходы. Клинические особенности вирусного гепатита В. Диспансеризация
51. Эпидемиологические и клинические особенности вирусного гепатита С, диагностика и лечение. Диспансеризация
52. Проблемы диагностики и лечения острых и хронических форм гепатитов на современном этапе
53. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез
54. Менингит, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение.
55. Менингококцемия. Патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение. Осложнения.
56. Клещевой боррелиоз: этиология, эпидемиология, патогенез.
57. Клещевой боррелиоз: клиника, лечение, диагностика, профилактика.
58. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез
59. ГЛПС. Клиника. Лечение в зависимости от периода болезни. Осложнения и их лечение.
60. Лабораторная диагностика ГЛПС. Принципы профилактики.
61. Дифференциальная диагностика инфекций, протекающих с синдромом лимфаденопатии (инфекционный мононуклеоз, аденовирусная инфекция)
62. Рожь. Этиология, эпидемиология, патогенез.
63. Клиническая классификация рожи, диагностика
64. Дифференциальная диагностика рожи, принципы лечения. Диспансеризация

## Вопросы к экзамену

1. Диагностика инфекционных болезней.
2. Этиология и эпидемиология бактериальных пищевых отравлений. Основные клинические синдромы бактериальных пищевых отравлений.
3. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение бактериальных пищевых отравлений.
4. Этиология, эпидемиология, патогенез сальмонеллеза. Клиника. Основные осложнения при сальмонеллезе.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика сальмонеллеза.  
Основные лечебные препараты, применяемые в комплексной терапии сальмонеллеза.
6. Шигеллез: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника.
7. Шигеллез: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Мероприятия в эпидемическом очаге.
8. Этиология, эпидемиология, патогенез иерсиниозов.
9. Клиника, диагностика, лечение иерсиниозов.
10. Холера: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика.
11. Основные осложнения и неотложные состояния при холере.
12. Этиотропная и патогенетическая терапия холеры.
12. Этиология, эпидемиология и патогенез тифо-паратифозных заболеваний.
13. Основные осложнения и неотложные состояния при тифо-паратифозных заболеваниях.
14. Лабораторная диагностика тифо-паратифозных заболеваний.
15. Лечение и условия выписки тифопаратифозных заболеваний
16. Этиология, эпидемиология, патогенез гриппа.
17. Клиническая картина, диагностика и лечение гриппа.
18. Специфическая профилактика гриппа.
19. Этиология, эпидемиология, клиническая картина, диагностика и лечение парагриппа.
20. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение аденовирусной инфекции.
21. Этиология, эпидемиология, патогенез дифтерии.
22. Клинические формы дифтерии. Диагностика.
23. Основные осложнения и неотложные состояния при дифтерии.
24. Этиотропная и патогенетическая терапия дифтерии.
25. Специфическая профилактика дифтерии.



26. Клиническая классификация рожи.
27. Основные клинические синдромы рожи. Оценка степени тяжести заболевания, показания к госпитализации.
28. Этиотропная и патогенетическая терапия рожи.
29. Этиология, эпидемиология, патогенез менингококковой инфекции.
30. Классификация менингитов. Основные клинические синдромы.
31. Лабораторные показатели, на основании которых можно поставить диагноз менингита, оценить степень тяжести заболевания.
32. Этиотропная и патогенетическая терапия больных с менингитами.
33. Инфекционный мононуклеоз: этиология, эпидемиология, патогенез.
34. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика инфекционного мононуклеоза.
35. Лечение инфекционного мононуклеоза.
36. Этиология, эпидемиология, патогенез ГЛПС.
37. Основные клинические синдромы ГЛПС.
38. Основные осложнения и неотложные состояния при ГЛПС.
39. Лабораторные показатели, на основании которых можно поставить диагноз ГЛПС, оценить степень тяжести заболевания.
40. Этиотропная и патогенетическая терапия ГЛПС.
41. Иксодовый клещевой боррелиоз: этиология, эпидемиология, патогенез.
42. Клинические формы. Основные клинические синдромы.
43. Лабораторная диагностика. Лечение.
44. Виды малярии, особенности цикла развития малярийного плазмодия.
45. Основные клинические синдромы при малярии.
46. Основные осложнения и неотложные состояния при малярии.
47. Лабораторные показатели на основании которых можно поставить диагноз, оценить степень тяжести заболевания.
48. Лечебные препараты, применяемые при лечении малярии.
49. Лямблиоз: этиология, эпидемиология, клиника.
50. Диагностика и лечение лямблиоза.
51. Классификация вирусных гепатитов.
52. Стадии инфекционного процесса при вирусных гепатитах. Варианты преджелтушного периода.
53. Основные клинико-эпидемиологические особенности различных нозологических форм вирусных гепатитов.

54. Диагностика вирусных гепатитов.
55. Основные патогенетические синдромы при вирусных гепатитах и лабораторные критерии их диагностики.
56. Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов.
57. Принципы терапии вирусных гепатитов.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 1**

Больной С., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой. При ощупывании шеи обнаружил с обеих сторон множественные болезненные «шишки», размером до 2 см. Температура 37,8°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: сухие компрессы на шею, жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось, появилась заложенность носа. На 4 день болезни заметил отек век. К 6-му дню болезни температура 38,7°C, появилась боль при глотании. Врач поликлиники диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин. На 3-4 сутки приема препарата появилась сыпь на коже. Повторно осмотрен врачом. При осмотре: лицо одутловатое, веки отечны. На лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом. Миндалины увеличены до 2-ой степени, умеренно гиперемированы, в лакунах гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см болезненные задне-, переднешейные, подмышечные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

**ЗАДАНИЕ.**

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Каков Ваш диагноз?
- 2.В чем особенности данного клинического случая?
- 3.Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией, корью и лакунарной ангиной.
- 4.Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

**Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача  
первичного звена здравоохранения»**

**Ситуационная задача № 2**

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, лечилась самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, появилась уртикарная сыпь на теле, головокружение, боль в правом подреберье, усилилась тошнота, повторная рвота, изменился цвет мочи, температура 39,7°C. В последнее время часто ела салат из свежих овощей. Направлена на госпитализацию с диагнозами: «лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое. Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов пятнисто-папулезная сыпь. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена на 4 см, край болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билир. связ. — 150, свобод. — 80 мкмоль/л, АлАТ — 1500 нмоль/с\*л, АсАТ — 1800 нмоль/с\*л; ПТИ — 50%; общий белок — 45 г/л, альбуминов — 35%, α1 — 5%, α 2 — 12%, β — 15%, λ — 32%; сулемовая проба — 1,4 мл, тимоловая проба 50 ед. При серологическом исследовании выявлены HBsAg, анти-HBc (суммарные), анти-HDV IgM. Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в реанимацию.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Поставьте диагноз и обоснуйте.
2. Наметьте терапевтическую тактику.
3. Прогнозируйте течение болезни.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 3**

Больной В., 48 лет, журналист. Обратился к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38,5°C в течение 3 дней. Диагностирован грипп, назначен тетрациклин. Состояние не улучшалось. На 7 день болезни консультирован инфекционистом и госпитализирован на 9 день болезни. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один в отдельной квартире. 1 месяц назад был в командировке в США. При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет. Увеличение отдельных лимфатических узлов на шее и в аксиллярной области до размера 1—1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета. Пульс 96 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5— 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется у реберного края.

Общий анализ крови на 10д.б.: лейкоцитов  $5,6 \cdot 10^9$ /л, эоз. — 1%, п/я — 10%, с/я — 20%, лимф. — 60%, мон. — 9%, СОЭ — 15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте диагноз.
2. Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез?
3. Продифференцируйте с брюшным тифом и инфекционным мононуклеозом.
4. Назначьте план обследования.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 4**

Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «дифтерия ротоглотки». Больна 2 день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8°C, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8°C. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины рыхлые, увеличены, с островчатыми наложениями желто–белого цвета с обеих сторон. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин.

Из эпид.анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом «дифтерия».

**ЗАДАНИЕ.**

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Предположительный диагноз и его обоснование.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Назначьте план обследования и лечения.
- 5.Предположите этиологию данного заболевания.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 5**

К гастроэнтерологу обратился больной Ф., 25 лет с жалобами на частый жидкий стул в течение полугода, слабость, потерю веса на 17 кг. Из анамнеза заболевания удалось установить, что 5—6 месяцев назад у больного было «пищевое отравление»: тошнота, боль в животе, жидкий стул до 10 раз, рвота, повышение температуры тела. Эти явления исчезли через 2—3 дня, но в последующем вновь стал появляться жидкий стул, который становился все более частым. Иногда диарея продолжалась до 10 дней с частотой стула до 15 раз. Принимал различные препараты с временным эффектом. Стал ощущать слабость. К врачу обратился впервые. Из анамнеза жизни: до 22 лет был здоров. В последние 3 года дважды перенес пневмонию, лихорадил, находили кандидоз полости рта. Объективно: истощен, бледен, «заеды» в углах рта, афтозный стоматит. В легких дыхание везикулярное, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка болезненный по ходу толстого кишечника, при пальпации урчание. Стул осмотрен — водянистый, желтого цвета, без примесей. С диагнозом «дисбактериоз»

кишечника» направлен на госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Выскажите свои предположения и обоснуйте их.
2. Какую информацию необходимо получить при сборе эпидемиологического анамнеза?
3. План обследования.
4. Прогноз. Тактика ведения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 6**

На прием к терапевту обратилась больная А., 28 лет, после перенесенного ОРЗ; в настоящее время чувствует себя лучше, но отмечает слабость, плохой аппетит, боль в суставах.

При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете последующих наблюдений. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 нмоль/с\*л, АсАТ-586 нмоль/с\*л; сулемовая проба 1,7мл; протромбиновый индекс-60%. Обнаружены также: HBs-антиген, HBe-антиген, anti-HBcore IgM.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите план лечения больной.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### Ситуационная задача № 7

Больная Т., 26 лет, обратилась в инфекционное отделение с жалобами на слабость, снижение аппетита, тошноту, легкую желтушность кожи и склер, темную мочу.

При осмотре: легкая желтушность кожи, диффузная иктеричность склер; печень чувствительна при пальпации, мягко-эластичная, пальпируется на 3,0 см из-под края реберной дуги; селезенка пальпаторно не увеличена.

Из эпидемиологического анамнеза: 3 месяца назад впервые несколько раз вводила внутривенно наркотические средства. Больная была госпитализирована с подозрением на вирусный гепатит.

При биохимическом исследовании сыворотки крови: билирубин общий – 86 мкмоль/л, прямая фракция – 64 мкмоль/л, АЛАТ – 620 ммоль/с/л (норма 40). При серологическом исследовании: все маркеры на вирусные гепатиты – отрицательные.

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каков прогноз течения заболевания?
4. Определите терапевтическую тактику.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### Ситуационная задача № 8

В терапевтическом отделении у больного с хроническим активным гепатитом получена положительная реакция на ВИЧ в ИФА.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Как интерпретировать такой результат?
2. Тактика дальнейших действий врача.
3. Сообщить ли больному о наличии у него ВИЧ-инфекции?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 9**

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°C. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°C. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Терапевтическая тактика.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 10**

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, назначены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состояние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В



центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Установите диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 11**

Больной В., 19 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением в течение 3-4 месяцев увеличенных лимфатических узлов на шее. Объективно: температура тела нормальная. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, без сыпи. Следы внутривенных инъекций на руках. Заднешейные, надключичные и локтевые лимфатические узлы увеличены до 1 см, подмышечные – до 1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, безболезненны. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки увеличения висцеральных лимфатических узлов не обнаружено.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Каков предположительный диагноз? Представьте его обоснование.
2. План обследования.
3. Дайте рекомендации больному.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 12**

У больного 44 лет при обследовании по эпидемическим показаниям был обнаружен HBsAg в крови.

Из анамнеза установлено, что впервые HBsAg был обнаружен год назад, когда больной лечился в стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Несколько лет отмечает быструю утомляемость, снижение трудоспособности, чувство тяжести в правом подреберье. Перенесенный в прошлом вирусный гепатит отрицает.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпируется печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, АсАТ – 260 ммоль/л, АлАТ – 150 ммоль/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,5. По данным УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите путь передачи данной инфекции в данном случае.
3. Назначьте лечение с указанием противовирусного препарата.
4. Каковы профилактические мероприятия в семье?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 13**

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал плохо. Утром беспокоят головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, при пальпации горячая, болезненная. Голень отечная. На тыле стопы пузыри размером 3x4 см., заполненные

геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов. Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

**ЗАДАНИЕ.**

- 1.Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
- 2.Определите терапевтическую тактику.
- 3.Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.
- 4.Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 14**

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C.

Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъекцированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные.

Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

**ЗАДАНИЕ.**

- 1.Ваш предварительный диагноз?
- 2.Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 15**

К больной А., 53 лет, вызван участковый терапевт. 2 дня назад появился озноб, повысилась температура тела до 39,5°C, головная боль, мышечные боли. Через несколько часов появилось чувство жжения в области правого виска, покраснение кожи, а затем распространенный отек.

Из анамнеза: в течение длительного времени страдает хроническим гайморитом с периодическими обострениями 1 раз в 1,5 года.

При осмотре: состояние средней тяжести. На правой половине лица участок эритемы, охватывающий верхнюю часть щеки, веки, лоб, височную область и ушную раковину. Правая глазная щель закрыта из-за выраженного отека век. Эритема болезненна при пальпации, горячая на ощупь, края ее неровные, четкие, возвышаются. Пальпируются болезненные подчелюстные лимфатические узлы справа. АД - 155/90 мм рт.ст., ЧСС - 82/мин.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Возможно ли амбулаторное лечение в данном случае?
3. Составьте план лечения больной с указанием препаратов этиотропной терапии.
4. Укажите возбудитель данного заболевания.
5. Перечислите клинические формы заболевания согласно классификации.

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 16**

Больная Р., 36 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение с жалобами на боли в горле при глотании, лихорадку.

Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с общего недомогания и болей в горле при глотании. Вызвала скорую помощь, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Острый тонзиллит. При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий налет белого цвета, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс - 90/мин., АД - 90/60 мм рт.ст.

На 10-ый день пребывания в стационаре у больной появились жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре: адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2,0 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД - 90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин.

При ЭКГ-обследовании выявлено снижение вольтажа.

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Можно ли было избежать заболевания?
3. Назначьте лечение исходя из тяжести заболевания.
4. Укажите формы заболевания согласно классификации.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### **Ситуационная задача № 17**

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет.

В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

**ЗАДАНИЕ.**

1. Правильно ли установлен направительный диагноз?
2. Каков механизм поражения ЦНС?

3. Каков прогноз болезни?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 18**

Больная С., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу медсанчасти с жалобами на мучительную боль в горле с иррадиацией боли в ухо, высокую температуру. Заболела 4 дня тому назад с появления небольшой боли в горле. Повышения температуры до 37,8°C. Страдает хроническим тонзиллитом. Предприняла попытки к лечению – пила эритромицин по 4 табл. в день. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной, больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Была госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».

Объективно: состояние средней тяжести, температура 39,0°C, лицо гиперемировано, голова наклонена влево. Осмотр ротоглотки затруднен, при фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалина слева, отек клетчатки подчелюстной области, увеличение и болезненность шейных лимфоузлов также слева. Пульс-100 уд/мин, АД-110/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Со стороны других органов - без патологии.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику дальнейшего ведения больной.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 19**

Больной А., 18 лет, доставлен в инфекционную больницу с диагнозом: ОРВИ. Заболевание началось остро с озноба, повышения температуры до 38°C, болей в горле при глотании. Терапевт назначил лечение тетрациклином, однако состояние на следующий день не улучшилось. Направлен на госпитализацию в инфекционный стационар.

При осмотре: состояние больного средней тяжести, температура 38,5°C. Шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Задняя стенка глотки, миндалины, дужка, малый язычок гиперемированы, миндалины гипертрофированы до II ст., в лакунах налеты желтоватого цвета, легко снимаются шпателем. Со стороны внутренних органов без патологии.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Какой возбудитель заболевания Вы ожидаете получить в результате обследования ?
4. Составьте план лечения с назначением препаратов этиотропной терапии.
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 20**

Больная И., 20 лет, студентка, заболела остро, появились познабливание, слабость, головная боль, температура 39,2°C. На 2-й день почувствовала боль в горле при глотании. При помощи зеркала увидела налеты на миндалинах. К врачу не обращалась, самостоятельно поставила диагноз «ангина» и лечилась антибиотиками. На 3-й день болезни обратила внимание на отек шеи. К 5-му дню температура нормализовалась, но оставалась слабость. После окончания каникул (на 10

день болезни) приступила к занятиям. Чувствовала себя неважно, беспокоили неприятные ощущения за грудиной, перебои в сердце. Обратилась к врачу поликлиники (16 день болезни), где была отмечена аритмия, глухость тонов сердца, брадикардия, в связи с чем была направлена на ЭКГ. При подъеме по лестнице на 5 этаж наступила внезапная смерть.

На вскрытии обнаружена картина острого диффузного миокардита.

**ЗАДАНИЕ.**

1.Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.Объясните причину внезапной смерти с точки зрения патогенеза болезни.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 21**

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4°C, которые появились 3 дня назад. При осмотре - лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов до 1x0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты  $-12,3 \cdot 10^9/\text{л}$ ; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.-8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25мкмоль/л, связанный-6,3мкмоль/л, АЛТ- 328 МЕ/мл, АСТ- 240 МЕ/мл.

**ЗАДАНИЕ.**

1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?

2.Поставьте диагноз.

3.Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 22**

Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ-инфекцией в стадии IV В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Действия врача в подобной ситуации?
2. Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?
3. Назовите степени риска заражения и необходимость проведения химиопрофилактики.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 23**

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость. Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7°C. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области припухлость, болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. PS 86 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул 2 раза в сутки без патологических примесей. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован. 5.04 температура тела нормализовалась. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16 – 32 г/(ч/л)). 7.04 появился озноб, температура 39,1°C, головная боль. Ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

**ЗАДАНИЕ.**

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?
3. Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 24**

Больной С., 20 лет, заболел постепенно около 10 дней назад с повышения температуры тела до 37,2-37,7°C, затруднения дыхания из-за заложенности носа. Ухудшилось общее состояние, снизился аппетит. Участковым терапевтом был выставлен диагноз: ОРВИ, назначено лечение тетрациклином, аспирином. На фоне терапии состояние не улучшилось, отмечал высокую лихорадку до 38,5-39°C, выраженную слабость, першение и боли в горле при глотании. Направлен в инфекционную больницу с диагнозом: Подозрение на тифо-паратифозное заболевание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые. Отмечается увеличение задне- и переднешейных безболезненных, не спаянных лимфатических узлов. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины гипертрофированы, отечны, в лакунах и на поверхности миндалин определяются бело-желтые легко снимающиеся наложения. Гепатоспленомегалия.

В периферической крови: Нв - 124 г/л, L -  $10,8 \cdot 10^9$ /л, э - 1 %, п - 0 %, с - 20 %, лф - 64 %, из них 34 % - атипичные широкопротоплазменные моноциты - 15 %.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить данное заболевание?
3. Составьте план лечения больного с назначением препаратов этиотропной терапии.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную нозологию?
5. Укажите возбудитель данного заболевания, его антигены.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 25**

Больной В., 22 лет, военнослужащий, обратился в санчасть в связи с повышением температуры тела, ознобом, болью в горле. Болен второй день.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, температура тела 38,5°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, гипертрофия миндалин III степени, на миндалинах плотные пленчатые белые налеты, с трудом снимаются шпателем, эрозированная поверхность кровоточит. Пальпируются подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы, до 1,0 см в диаметре, подвижные, болезненные. Пульс - 80/мин., ритмичный, АД - 110/75 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов – без патологических изменений.

1. Диагноз и его обоснование.

2. Какова тактика врача санчасти в отношении заболевшего?
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. Назначьте специфическое лечение с учетом формы заболевания?

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 26**

Больная А., 60 лет. В течение июня-июля проживала на дачном участке. Поступила в инфекционное отделение 3 августа на 5-й день болезни с жалобами на слабость и субфебрильную температуру тела.

При объективном обследовании в области правой подмышечной впадины определяется кольцевидная эритема с несколькими кольцами гиперемии и тенденцией к периферическому росту диаметром до 20 см. В центре эритемы - первичный аффект. Увеличены лимфоузлы в правой подмышечной области. Тоны сердца ритмичные, пульс 86 в мин., АД - 120/70 мм рт.ст. Менингеальных знаков нет. При целенаправленном исследовании отклонений со стороны внутренних органов не выявлено.

Общий анализ крови: эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 132 г/л, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, лимфоциты - 31%, моноциты - 8%, СОЭ - 13 мм/ч.

1. Предварительный диагноз и его обоснование

2. Специфическая диагностика

3. Лечение (назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса).

**академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 27**

Больной И., 36 лет, прораб совхоза. Поступил 17 июля на 6-ой день болезни с жалобами на головную боль и слабость. За 12 дней до заболевания удалил присосавшегося клеща. Заболевание началось с появления головной боли и болей в глазных яблоках. Температуру тела не измерял.

При объективном обследовании в стационаре выявлена инъеция сосудов склер. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Определяется парез лицевого нерва дистальнее отхождения от него барабанной струны, что клинически проявляется асимметрией лица, слезотечением, левый глаз не закрывается. Правая половина мягкого неба фонировать лучше, чем левая. Ригидности затылочных мышц нет. Синдром Кернига отрицательный с обеих сторон.

При спинномозговой пункции: цитоз 4 клетки в 1 мм<sup>3</sup>, белок - 297 мг/л.

Анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 148 г/л, лейкоциты -  $4,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 62%, лимфоциты - 30%, моноциты - 8%, СОЭ - 10 мм/ч.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Назовите особенности иммунного ответа при боррелиозной инфекции.

3. Назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 28**

Больной В., 60 лет считает себя больным более года, когда появились парестезии, нарушения кожной чувствительности, миалгии. При объективном осмотре на разгибательных поверхностях голени выражена атрофия эпидермиса, кожа приобрела вид папирусной бумаги. Со слов больного, вначале на конечностях появились сливные цианотично-красные пятна по характеру напоминающие диффузную эритему с отеком и инфильтрацией кожи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД - 120/75 мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. По данным электронейрографии выявлена хроническая аксональная полинейропатия. ИФА на антитела к боррелиям выявлены в виде IgG в титре 1/800.

1. Поставьте кинический диагноз.

2. Какие стороны эпиданамнеза следует уточнить у больного.

3. Назовите средства этиотропной терапии, которые можно назначать при данной стадии патологического процесса.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра** инфекционных болезней

**Факультет** лечебный

**Курс** 6

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 29**

Больной И., 39 лет, поступил в клинику 10 ноября на 2-й день болезни с диагнозом: ОРВИ. Заболел остро 9.11, когда после озноба температура тела повысилась до 39°C, появились сильная головная боль, боли в мышцах спины и поясницы, светобоязнь. Катаральных явлений не было. Госпитализирован в связи с тяжестью состояния.

При поступлении: состояние больного тяжелое, вялый, адинамичный, отмечается гиперемия лица, шеи и верхних отделов грудной клетки, инъекция сосудов склер, гиперемия конъюнктивы век и слизистой зева. Температура на 3-й день болезни в пределах 40,2^Ю,5°C. С 3-го дня заболевания нарушение зрения в виде ощущения сетки перед глазами и расплывчатости окружающих предметов. На боковой поверхности грудной клетки элемент мелкой геморрагической сыпи в виде полос, симптом щипка положительный. Относительная брадикардия, гипотония. К 6-му дню болезни температура критически снизилась до нормы, однако состояние больного еще более ухудшилось: появились сильные боли в подложечной области и пояснице, неукротимая рвота, (в рвотных массах - примесь крови), положительный симптом Пастернацкого, развились симптомы ОПН (олишанурия, альбуминурия до 3,0 г/л, микрогематурия, цилиндриурия, содержание мочевины в крови - 28,0 ммоль/л, креатинина - 0,468 ммоль/л).

Выздоровление больного наступило лишь после проведения гемодиализа в почечном центре.

Из эпидемиологического анамнеза: осенью больной неоднократно выезжал к родственникам в деревню, оказывал им помощь на различных сельскохозяйственных работах. В жилых и хозяйственных постройках наблюдалось много мышевидных грызунов.

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Специфическая диагностика
3. Этиотропная терапия.

4. Укажите показания к гемодиализу

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 30**

Больной Т., 41 года поступил в терапевтическое отделение 7 сентября с диагнозом: Острый пиелонефрит. Заболел остро 5 сентября с повышения температуры тела до 40°C. отмечал озноб, сильную головную боль, боли в пояснице и в животе, плохой сон, отсутствие аппетита. 11 сентября состояние больного ухудшилось, стал вял, заторможен.

При осмотре: гиперемия лица и плечевого пояса, на боковых поверхностях грудной клетки, на спине - скудная, линейная петехиальная сыпь; в местах инъекций обширные кровоподтеки; кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 88/мин., ритмичный. АД - 120/90 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правой половине живота. Симптом XII ребра резко положительный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. За сутки выпил 2200 мл жидкости, выделил 150 мл мочи.

Эпидемиологический анамнез: в течение последнего месяца находился в Московской области, строил дом, складировал в сарае тюки с паклей.

1. Ваше предположение о диагнозе и его обоснование.
2. Какова предположительная картина биохимического анализа крови в периоде олигурии?
3. Укажите исходы заболевания.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 31**

Больной Т., 25 лет, заболел внезапно, возвращаясь со спортивных соревнований. По приезде домой чувствовал себя хорошо, пошел принимать ванну. Через 1 час жена обнаружила больного на полу в ванной комнате без сознания. Машиной скорой помощи больной доставлен в инфекционную больницу с диагнозом «острое отравление». При осмотре выявлено, что состояние больного крайне тяжелое: он без сознания, периодически возникают судороги конечностей. Лицо цианотично. Температура тела 39,8° С. На коже туловища и конечностей темно-багровые пятна, на их фоне - 95множественная геморрагическая звездчатая сыпь различной величины от точечных элементов до обширных кровоизлияний в кожу. Особенно обширные кровоизлияния в области бедер. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца глухие, пульс 140-160/мин., АД 40/0 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, ЧДД 40/мин. Со слов жены ранее ничем не болел, наследственных и хронических заболеваний, а также травм не было.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 32**

У больного К., 17 лет, появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов возникли тошнота и повторная рвота. Отмечались заложенность носа, сухой редкий кашель, озноб, повышение температуры тела до 39°С. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение. При осмотре: больной возбужден, мечется в кровати, стонет от головной боли. На коже нижних конечностей, грудной клетки, области живота обильная звездчатая геморрагическая сыпь. Пульс 92/мин., ритмичный, АД 80/60 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен серогрязным налетом. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Резко выражена ригидность мышц затылка, выявляются симптомы Кернига и Брудзинского.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 33**

Больная М., 27 лет внезапно почувствовала озноб, недомогание и повышение температуры тела до 38°C. Через три часа - лихорадка уже 39,5°C с ознобом. Была вызвана бригада скорой помощи. Сделана инъекция анальгина с димедролом. Состояние несколько улучшилось. На следующий день вновь наблюдалась высокая лихорадка, резкая слабость, боли в крупных суставах. Повторно вызвана скорая помощь. Врач обратил внимание на обильную сыпь на кожных покровах живота, груди, ягодиц. Пульс 120/мин., ритмичный, АД 90/60 мм. рт.ст. Машиной скорой помощи больная доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Корь». Из анамнеза выяснено, что за 3 дня до настоящего заболевания беспокоило першение в горле на фоне удовлетворительного самочувствия. При осмотре: состояние тяжелое, акроцианоз, лихорадка. На коже голеней, бедер, ягодиц и живота многочисленные элементы розовато-красной сыпи и единичные геморрагии. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, пульс 120/мин., ритмичный, пониженного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм. рт.ст. Умеренная гиперемия слизистой ротоглотки. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. Стул обычный, мочи выделено 300 мл.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Специфическая диагностика.
3. Лечение.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 34**

Больная 27 лет, служащая, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела, слабость, насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела 7 декабря после переохлаждения с повышением температуры тела до 37,8°C. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но 12 декабря головная боль усилилась, вновь поднялась температура тела до 38,5°C, стало трудно дышать - дышала ртом. На работе много больных «гриппом».

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. лицо бледное, одутловатое, выражен конъюнктивит с гнойным отделяемым, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы, мягкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное. Пульс - 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный, урчит. Печень пальпируется на 1-1,5 см ниже края реберной дуги. Дизурии, менингеальных явлений нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Составьте план обследования больного, подтверждающий диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 35**

В поликлинику к терапевту обратился студент 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-й день: отмечают недомогание, легкое познабливание, слабость, температура тела - 37-37,5°C, насморк, частое чихание, рези в глазах, першение в горле.

При осмотре: кожа чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа. Умеренно выражена гиперемия конъюнктив и склер, слезотечение. Голос охрипший. Слизистая ротоглотки и задней стенки глотки умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки, миндалины не увеличены. Внутренние органы без особенностей.

1. О каком заболевании и на основании каких клинических маркеров можно думать?
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 36**

Участкового врача вызвали к больному 32 лет. П., который предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 38,6-39,6°C, сухой кашель, заложенность носа, першение в горле.

Заболел остро. Накануне вечером имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной квартире. Ранее ничем не болел.

Объективно: состояние среднетяжелое. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъекцированы, светобоязнь. Кожные покровы горячие, гиперемированы, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Миндалины, язычок, дужки

набухшие, ярко гиперемированы с небольшим цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 88/мин., ритмичный. АД -110/70 мм рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Забор какого биологического материала от больного необходимо провести для подтверждения диагноза ?
3. Назначьте этиотропную терапию (ингибитор нейроменидазы) для перорального приема.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

**Ситуационная задача № 37**

Больной И., 23 года, заболел постепенно. Появилась слабость, боли в горле, насморк, сухой кашель, головная боль, повысилась температура тела до 38°C. Самостоятельно принимал парацетамол, делал ингаляции. Состояние ухудшилось. Появились рези в глазах, усилились боли в горле, насморк, кашель с мокротой, сохранялась лихорадка. Поступил в стационар на 6-й день болезни.

При осмотре: склеры, конъюнктивы гиперемированы, отечны, гнойное отделяемое из глаз. Задняя стенка глотки гиперемирована, отечна, зернистая из-за увеличения лимфатических фолликулов. Миндалины увеличены до II степени, покрыты гнойными наложениями. Дыхание через нос затруднено, из носа умеренное светлое отделяемое. Увеличены подчелюстные, шейные лимфатические узлы. Печень +3 см, пальпируется селезенка. Живот мягкий, безболезненный, громко урчит. Температура ремиттирующая, в пределах 38-39°C.

Интоксикация умеренная.

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Назначьте этиотропную терапию.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### Ситуационная задача № 38

У студента, навестившего больного товарища в соседней комнате общежития, на 2-е сутки появился озноб, повысилась температура тела до 39°C, появились сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При осмотре отмечены гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость. В легких жесткое дыхание, единичные хрипы. Пульс-102/мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. Назначьте дезинтоксикационную терапию.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения»

### Ситуационная задача № 39

Больная Н., 18 лет, студентка. Обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на снижение аппетита, неприятный запах изо рта, периодические боли в области желудка, ощущение тяжести в правом подреберье после приема жирной пищи, повышенное газообразование, неустойчивый стул. Подобные жалобы сохраняются на протяжении 2 лет. При осмотре состояние удовлетворительное, температура тела 36,5°C, нормостеник, пониженного питания. Кожа и склеры чистые, язык густо обложен желтовато-серым налетом, запах изо рта, зубы санированы, зев спокойный. Живот подвздут, чувствительный в области эпигастрия, определяется урчание при пальпации. Печень увеличена на 2 см ниже края реберной дуги, симптом Ортнера слабopоложительный. Селезенка не увеличена. Утром был кашицеобразный стул.

Проведенные обследования:

Биохимический анализ крови – АЛТ – 120 Е/л, АСТ – 94 Е/л, общ. билирубин– 12,3 мкмоль/л, ЩФ – 690 Е/л; маркеры вирусных гепатитов – HBsAg, а- HCV, а-HDV, а-HAV-IgM – отриц. В ОАК – ускоренная СОЭ, умеренный лимфоцитоз.

1. Поставить предварительный диагноз
2. Назначить дополнительное обследование

№ ЛД-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Эталоны тестовых заданий**

**по** программе учебной практики

---

практика общеврачебного профиля (основы практической подготовки к профессиональной деятельности врача-лечебника для оказания первичной медико-санитарной помощи

**«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденной 24.05.2023 г.

**для** студентов 6 курса

**по специальности** 31.05.01. Лечебное дело

Владикавказ 2023

## Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Количество тестов (всего)	стр. с 1 по 27
1	2	3	4	5
<b>Вид контроля</b>	<b>Текущий контроль успеваемости /Промежуточная аттестация</b>			
1	Входной контроль уровня подготовки обучающихся	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Вопросы к входному контролю	
2	Вирусные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	85	1-11
3	Бактериальные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	65	12-23
4	Протозойные инфекции	ОПК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	31	24-35

### Вирусные инфекции

1. В отношении вируса гриппа справедливы утверждения
  - а) наиболее изменчив вирус гриппа В
  - б) иммунитет после перенесенного гриппа типоспецифичен
  - в) изменчивость вируса гриппа связана с заменой нейраминидазы
  - г) изменчивость вируса гриппа связана с заменой гемагглютинина

д) вирусы гриппа длительно сохраняются во внешней среде

2. Основными звеньями патогенеза гриппа являются

- а) репликация вируса в клетках цилиндрического эпителия дыхательных путей
- б) серозное воспаление слизистых оболочек
- в) угнетение неспецифических клеточных и гуморальных факторов защиты
- г) активация условно патогенной флоры
- д) бактериемия

3. Укажите неверное утверждение. Клиника гриппа характеризуется

- а) острым началом заболевания
- б) сильной головной болью
- в) трахеитом
- г) гастроэнтеритом
- д) интоксикацией

4. Аденовирусная инфекция характеризуется

- а) конъюнктивитом
- б) продолжительной лихорадочной реакцией
- в) генерализованной лимфаденопатией
- г) экзантемой
- д) интоксикацией

5. Риносинтициальная инфекция характеризуется

- а) ларинготрахеитом
- б) склеритом и конъюнктивитом
- в) лимфаденитом
- г) бронхитом, бронхиолитом и пневмонией
- д) сухим продолжительным кашлем

6. В пользу гриппа при дифференциальном диагнозе с парагриппом свидетельствуют следующие клинические симптомы

- а) постепенное начало болезни
- б) субфебрильная температура тела
- в) осиплость голоса
- г) выраженные признаки интоксикации
- д) одутловатость и гиперемия лица

7. В пользу аденовирусной инфекции при дифференциальном диагнозе с гриппом указывают следующие клинические признаки

- а) выраженность интоксикации
- б) увеличение печени и селезенки
- в) конъюнктивит
- г) длительная лихорадочная реакция
- д) поражение слизистой оболочки глотки

8. Для уточнения клинического диагноза гриппа и вирусных ОРЗ используют

- а) ИФА с определением антител и антигенов.
- б) Иммунофлюоресцентное исследование мазков-отпечатков из носа
- в) ПЦР исследование мазков слизи из ротоглотки
- г) Посев отделяемого слизистой ротоглотки на питательные среды
- д) Посев крови на желчный бульон

9. Методом экспресс - диагноза при вирусных ОРЗ и гриппе является

- а) РТГА с антигенами возбудителей ОРЗ
- б) посев слизи из ротоглотки
- в) иммунофлюоресцентное исследование (метод флюоресценции антител)
- г) посев крови и мочи
- д) РСК с антигенами возбудителей ОРЗ

10. Источником инфекции при гриппе является

- а) больной человек
- б) вирусоноситель
- в) млекопитающие
- г) домашние птицы
- д) дикие птицы

11. Пути передачи вируса гриппа

- а) воздушно-капельный
- б) трансфузионный
- в) трансмиссивный
- г) пищевой
- д) водный

12. Возбудитель инфекционного мононуклеоза:

- а) вызывает гибель пораженных клеток
- б) содержит ДНК
- в) реплицируется в В-лимфоцитах приматов
- г) содержит РНК
- д) относится к семейству вирусов герпеса человека

13. Клетками -мишенями для возбудителя инфекционного мононуклеоза являются:

- а) В-лимфоциты миндалин, клетки эпителия рото -и носоглотки
- б) В-лимфоциты периферической крови
- в) Т-лимфоциты
- г) естественные киллеры
- д) эритроциты

14. Для инфекционного мононуклеоза характерны следующие признаки:

- а) ангина
- б) гепатоспленомегалия
- в) лимфоцитоз, наличие атипичных мононуклеаров
- г) жидкий стул
- д) отек подкожной клетчатки шеи
- е) полилимфаденопатия

15. В отношении сыпи при инфекционном мононуклеозе справедливы утверждения:

- а) появляется на 1-2 день болезни
- б) появляется в основном на фоне приема ампициллина как токсико-аллергическая реакция
- в) появляется на 8-11 день болезни, кратковременная
- г) имеет везикулезно-пустулезный характер
- д) при тяжелом течении болезни может быть геморрагической

16. При инфекционном мононуклеозе характерны следующие признаки поражения рото-и носоглотки:

- а) гнусавый голос
- б) тонзиллит
- в) плотные налеты на миндалинах, выходящие за их пределы



- г) сукровичное выделение из носа
- д) яркая гиперемия слизистой задней стенки глотки, гранулезный фарингит

17. Осложнения инфекционного мононуклеоза:

- а) асептический менингит, энцефалит
- б) миокардит
- в) стеноз гортани
- г) нагноение периферических лимфоузлов
- д) разрыв капсулы селезенки

18. Инфекционный мононуклеоз можно диагностировать при наличии следующих симптомов:

- а) увеличение лимфоузлов шейной группы
- б) лимфоцитоза и атипичных мононуклеаров в периферической крови
- в) гепатолиенального синдрома
- г) генерализованного кандидоза слизистых оболочек
- д) сочетания клинических признаков: ангины, лимфаденопатии, гепатолиенального синдрома и лабораторных данных

19. При подозрении на инфекционный мононуклеоз можно провести следующее обследование:

- а) общий анализ крови
- б) посев крови
- в) иммунный блоттинг
- г) реакции Райта и Хеддльсона
- д) реакцию Гоффа-Бауэра

20. Изменения в клиническом анализе крови при инфекционном мононуклеозе:

- а) лейкопения
- б) лейкоцитоз
- в) эозинофилия
- г) лимфомоноцитоз
- д) атипичные широкоплазменные мононуклеары

21. Атипичные мононуклеары встречаются при следующих инфекционных болезнях:

- а) ВИЧ-инфекция
- б) иерсиниозы
- в) краснуха
- г) дизентерия
- д) вирусные гепатиты

22. У больного 18 лет на ушных раковинах, уголках рта выявлены мелкие везикулы (размером с просынное зерно). У больного отмечается недомогание, температура - 38 С, увеличены околоушные и подчелюстные лимфоузлы. Ваш диагноз:

- а) ящур
- б) чума
- в) простой герпес кожи
- г) ветряная оспа
- д) энтеровирусная инфекция

23. Инкубационный период эпидемического паротита длится:

- а) 5-10 дней
- б) 15-20 дней
- в) 1-2 дня
- г) 20-25 дней
- д) 30 дней

24. Назовите возбудитель эпидемического паротита:

- а) стафилококки
- б) стрептококки
- в) пневмококки
- г) вирусы
- д) сальмонеллы

25. Что является входными воротами инфекции при эпид.паротите:

- а) кожа
- б) раневая поверхность
- в) слизистая оболочка ВДП
- г) желудочно-кишечный тракт
- д) глаза

26. Какие из перечисленных осложнений могут иметь место при эпидемическом паротите:

- а) сепсис
- б) перитонит
- в) глухота, орхит, менингит
- г) инфекционно-токсический шок
- д) кровотечение

27. У больного 30 лет выявлены следующие симптомы: потеря массы тела на 15% в течении последнего месяца, хроническая диарея более 1 месяца, продолжительная лихорадка (38°C и выше) более месяца, повторный опоясывающий лишай, ротоглоточный кандидоз, генерализованная лимфаденопатия. Наиболее вероятным предварительным диагнозом является:

- а) острый лимфобластный лейкоз
- б) СПИД
- в) лимфогрануломатоз

- г) хронический энтерит
- д) бактериальный сепсис

28. Продлить жизнь больных СПИДом и улучшить состояние больных в наибольшей степени способен:

- а) интерлейкин
- б) изопринозин
- в) циклоспорин А
- г) клафоран
- д) азидотимидин (зидовудин)

29. Для нейропатической формы ВИЧ-инфекции характерны следующие синдромы:

- а) энцефалопатия, слабоумие (деменция)
- б) абцесс мозга
- в) лимфома
- г) серозный менингит
- д) психоз

30. Саркома Капоши сопровождается следующими характерными кожными высыпаниями:

- а) везикула
- б) эритема
- в) язвы
- г) петехии
- д) узелковые образования

31. К группе высокого риска при СПИДе относятся:

- а) гомосексуалисты
- б) ветеринарные работники
- в) дети
- г) медицинские работники
- д) лаборанты

32. К группе высокого риска при ВИЧ-инфекции относятся все лица, кроме:

- а) бисексуалистов

- б) наркоманов
- в) доноров крови
- г) реципиентов крови
- д) проституток

33. Для обследования на СПИД основными клиническими критериями являются следующие признаки:

- а) микрополиаденопатия
- б) длительная гипертермия
- в) ревматоидный артрит
- г) снижение в весе на 10-15%
- д) длительный диарейный синдром

34. Основными путями заражения СПИДом являются:

- а) полового
- б) плацентарного
- в) трансмиссивного
- г) переливания крови и пересадки органов
- д) парентерального

35. Чувствительными к ВИЧ-инфекции являются клетки:

- а) гистиоциты
- б) глиальные клетки ЦНС
- в) эпителиальные клетки
- г) клетки сосудистого эндотелия
- д) гепатоциты

36. СПИД ассоциированный комплекс характеризуется следующими симптомами:

- а) лихорадка
- б) гепатоспленомегалия
- в) лимфоаденопатия
- г) потеря массы тела на 10-15%
- д) потливость

37. Со стороны периферической крови у больных СПИДом наблюдаются характерные изменения в виде:

- а) лейкоцитоза
- б) нейтрофильного лейкоцитоза
- в) лейкопении
- г) повышение осмотической устойчивости эритроцитов
- д) эозинофилия

38. Хроническая персистирующая генерализованная лимфоаденопатия при СПИДе сопровождается следующими симптомами:

- а) лихорадка, озноб
- б) лимфоаденопатия
- в) снижение массы тела
- г) высыпания на слизистых кожи
- д) иктеричность склер, кожи

39. Поражение периферической НС при СПИДе проявляется следующими симптомами:

- а) полимиозита
- б) сенсорной нейропатии
- в) повышения мышечного тонуса
- г) полиневрита
- д) серозного менингита

40. Поражение дериватов кожи при СПИДе проявляются следующими симптомами:

- а) диффузной алопеции
- б) вторичной лейкодермии
- в) грибкового поражения ногтей
- г) герсутизма
- д) саркомы Капоши

41. Для диагностики ВИЧ-инфекции из лабораторных методов чаще всего используется:

- а) РСК
- б) РНГА
- в) ИФА

г) выделение вируса

д) радиоиммунный метод

42. Клетками мишенями для ВИЧ являются:

а) клетки, имеющие рецептор CD4

б) клетки, не имеющие рецептор CD4

в) клетки соединительной ткани

г) клетки эпителия мочевыводящих путей

д) гепатоциты

43. Для начальной стадии острого периода ВИЧ-инфекции характерен следующий вариант:

а) уrogenитальный

б) кожно-ревматический

в) диспептический

г) астено-вегетативный

д) геморрагический

44. К ВИЧ этиотропным препаратам относится:

а) азидотимидин

б) тетрациклин

в) сульфакен

г) фурадонин

д) тиндурин

45. Назовите группу риска при ВИЧ-инфекции:

а) гомосексуалисты

б) доноры крови

в) доноры спермы

г) гетеросексуалисты

д) животноводы

46. Среди какого из перечисленных контингентов населения наименьшая вероятность заражения ВИЧ-инфекцией:

а) доноров крови

- б) реципиентов крови
- в) гомосексуалистов
- г) бисексуалистов
- д) проституток

47. Какой путь передачи наиболее вероятен при ВИЧ-инфекции:

- а) алиментарный
- б) воздушно-капельный
- в) половой
- г) контактно-бытовой
- д) трансмиссивный

48. В какие клетки не проникает ВИЧ:

- а) Т-хелперы
- б) моноциты
- в) макрофаги
- г) фибробластные клетки
- д) клетки глии

49. В какой биологической среде маловероятно наличие ВИЧ:

- а) плазме
- б) слюне
- в) моче
- г) слезе
- д) спинномозговой и семенной жидкости

50. Какой из перечисленных факторов не способствует активации СПИДа:

- а) реинфекция другими штаммами ВИЧ
- б) инфицирование цитомегаловирусом
- в) инфицирование вирусом Эпштейна-Барра
- г) генерализованная лимфаденопатия
- д) физическая культура

51. Какие иммунологические нарушения не характерны для ВИЧ-инфекции:

- а) стойкое снижение Т-клеток
- б) стойкое повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов
- в) стойкое снижение количества Т-хелперов
- г) стойкое повышение циркулирующих иммунных комплексов
- д) стойкое повышение соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров

52. В профилактике ВИЧ-инфекции имеет значение:

- а) соблюдение правил санитарии
- б) исключение случайных половых связей
- в) исключение косвенного контакта с больными ВИЧ-инфекцией
- г) исключение сдачи донорской крови
- д) использование многоразовых шприцев

53. Что уменьшает риск заражения ВИЧ-инфекцией:

- а) соблюдение правил санитарии
- б) отказ от введения донорской крови
- в) использование презерватива при случайных половых связях
- г) использование многоразовых шприцев
- д) гетеросексуальные связи

54. В профилактике ВИЧ-инфекции имеют значение все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) использование разовых шприцев и в/в систем
- б) обязательная проверка на ВИЧ-инфицирование доноров крови
- в) использование презерватива при случайных половых связях
- г) использование многоразовых шприцев
- д) стерилизация

55. Из медикаментозных препаратов в профилактике ВИЧ-инфекции наиболее эффективен:

- а) пеницилин
- б) сульфодимезин
- в) нитрофураны
- г) азидотимидин



д) хлорсил

56. Предупредить себя от ВИЧ-инфекции можно избежав случайных половых контактов с:

а) гомосексуалистами

б) наркоманами

в) бисексуалистами

г) проститутками

д) со всеми перечисленными

57. Назовите основные клинические симптомы, характерные для СПИДа:

а) лихорадка

б) снижение массы тела более чем на 10%

в) диарея в течение 1 месяца и более

г) лимфаденопатия

д) все перечисленные

58. По каким данным судят о бессимптомной стадии СПИДа:

а) по клиническим проявлениям

б) по иммунным и гематологическим данным

в) данным УЗИ

г) по копрологическим исследованиям

д) по всем перечисленным

59. Метод, используемый при массовой диагностике ВИЧ-инфекции у населения:

а) ИФА

б) РНГА

в) РА

г) РСК

д) реакция Кумбса

60. Что поражается при кандидозе, ассоциированный со СПИДом:

а) полость рта

б) пищевод

в) глотка

г) трахея, гортань

д) все выше перечисленное

61. Какой препарат наиболее часто применяют для лечения саркомы Капоши, возникшей при СПИДе:

а) ацикловир

б) винкристин

в) бисептол

г) нистатин

д) сульфадимезин

62. На какую фазу репликации вируса СПИД действует азидотимидин:

а) на фазу прикрепления вируса к клеточному рецептору

б) препятствует "раздеванию" вируса

в) ингибирует активность обратной транскриптазы

г) нарушает экспрессию вирусных генов

д) блокирует сборку вируса

63. Вирус иммунодефицита человека относится к семейству:

а) *Rabdoviridae*

б) *Bacillaceae*

в) *Poxviridae*

г) *Togaviridae*

д) *Retroviridae*

64. Кто может заболеть ВИЧ-инфекцией:

а) гомосексуалисты

б) бисексуалисты

в) наркоманы

г) лица, ведущие беспорядочную половую жизнь

д) все перечисленные

65. Наиболее надежным (специфическим) диагностическим признаком острого вирусного гепатита В является:

а) повышение активности АлАт в сыворотке крови

- б) повышение содержания билирубина в сыворотке крови более 200 мкмоль/л
- в) наличие HBsAg
- г) наличие HAVAg в сыворотке крови
- д) выявление HBeAg в сыворотке крови

66. Наиболее надежным благоприятным прогностическим тестом вирусного гепатита В является:

- а) длительная гипербилирубинемия
- б) длительная гиперферментемия
- в) белково-ферментативная диссоциация
- г) выявление анти-HBe
- д) выявление анти HBs IgM (сероконверсия)

67. Назовите достоверный критерий хронизации вирусного гепатита В:

- а) длительная гиперферментемия
- б) белково-ферментативная диссоциация
- в) HBsAg-генемия
- г) выявление анти HBc IgM
- д) выявление анти HAV

68. Агрессивное течение вирусного гепатита В и гепатита Д сопровождается следующим характерным клиническим симптомом:

- а) перемежающейся желтухой
- б) нарастающей желтухой
- в) гиперферментемией
- г) уменьшением размеров печени, нарастанием интоксикации
- д) повышением тимоловой пробы до 6 ед.в мин.

69. Гормональные препараты обязательно назначаются больным вирусным гепатитом В и дельта-инфекцией при:

- а) фульминантной форме
- б) гиперферментемии
- в) наличии синдрома холестаза
- г) средней степени тяжести болезни

д) гепатомегалии

70. Основными диагностическими клинико-биохимическими показателями острого вирусного гепатита В является:

а) острое начало заболевания

б) повышение общего билирубина за счет непрямой фракции

в) спленомегалия

г) высокая тимоловая проба в начале болезни

д) повышение активности печеночно-клеточных ферментов более 7 раз

71. Какой характерный клинический критерий является ведущим в оценке тяжести вирусного гепатита В:

а) катаральные явления

б) ускоренная СОЭ

в) интоксикация

г) зуд кожи

д) мелкоточечная сыпь

72. Назовите значимый критерий дифференциальной диагностики вирусного гепатита В подпеченочной желтухи:

а) болевой синдром

б) интенсивность желтухи

в) гепатомегалия

г) содержания гемоглобина

д) активность печеночно-клеточных ферментов

73. Какой характерный морфологический признак подтверждает хронический персистирующий вирусный гепатит В:

а) массивный некроз

б) мелко-точечный некроз

в) жировая дистрофия

г) дегенерация гепатоцитов

д) разрастание соединительной ткани

74. В раннем периоде диагностическими маркерами вирусного гепатита В является:

- а) анти HAV
- б) HAV ag
- в) анти HBcIgM
- г) наличие анти HBcIgG
- д) анти HBe антиген

75. Благоприятным прогностическим признаком острого вирусного гепатита В в период реконвалесценции является:

- а) длительная гипербилирубинемия
- б) длительная гиперферментемия
- в) белково-ферментативная диссоциация
- г) длительное повышение тимоловой пробы
- д) выявление анти-HBs IgM (сероконверсия)

76. Назовите достоверный критерий активности хронического гепатита В:

- а) длительная гипербилирубинемия
- б) белково-ферментативная диссоциация
- в) BDAg-емия
- г) выявление анти HBcIgM
- д) HBeAg-емия

77. В лечении больных хроническим персистирующим гепатитом наиболее эффективным средством в амбулаторных условиях является:

- а) ограничение физической нагрузки
- б) кортикостероиды
- в) антибиотики
- г) ингибиторы протеаз
- д) инфузионная терапия

78. Назовите основные клинические критерии хронического вирусного гепатита В:

- а) желтуха
- б) кожный зуд
- в) гепатомегалия
- г) везикулезная сыпь на коже

д) миокардит

79. Для хронического активного гепатита из морфологических признаков характерны:

а) дезорганизация архитектоники печеночных долек

б) перипортальный фиброз

в) разрастание соединительной ткани

г) массивный некроз

д) ступенчатые некрозы

80. Достоверным признаком цирроза печени является :

а) метеоризм

б) боли в животе

в) гепато-спленомегалия

г) лихорадка

д) иктеричность кожи и склер

81. Назовите критерии тяжести при ВГВ:

а) желтушность кожных покровов

б) боль в правом подреберье

в) тахикардия, уменьшение размеров печени

г) гепатомегалия

д) артралгия, миалгия

82. К специфическим осложнениям ВГВ является:

а) пневмония

б) кишечное кровотечение

в) перфорация желчного пузыря

г) острая печеночная энцефалопатия (ОПЭ)

д) острая дыхательная недостаточность (ОДН)

83. Укажите признак, характерный для прекомы II при ОПЭ:

а) спутанность сознания

б) наличие желтухи

в) замедленное мышление

- г) гепатомегалия
- д) слабость, недомогание

84. Наиболее эффективными средствами в лечении ОПЭ являются:

- а) дезинтоксикационная и базисная терапия
- б) антибиотикотерапия
- в) витаминотерапия группы В и С
- г) дезинтоксикационная и глюкокортикоидная терапия
- д) назначение белково-плазменных препаратов

85. Характерная особенность эпидемического процесса при ВГВ:

- а) повсеместная распространенность
- б) возникновение болезни у лиц в возрасте от 1 до 5 лет
- в) периодичность подъема заболевания с интервалом от 3 до 10 лет
- г) выраженная осенне-зимняя сезонность
- д) высокий показатель летальности среди женщин во второй половине беременности

### **Бактериальные инфекции**

1. Возбудителем дифтерии является:

- а) пневмококк
- б) стафилококк
- в) стрептококк
- г) токсигенная палочка Леффлера
- д) вирус Эпштейна-Барр

2. Назовите характерные признаки дифтерийного налета:

- а) тесно спаян с нижележащими тканями
- б) при попытке отделения появляется кровотечение, и пленка образуется вновь
- в) появляется к концу первых суток болезни
- г) возможно распространение за пределы миндалин
- д) очень яркая гиперемия слизистой вокруг налета

3. Стадии развития дифтерии гортани:

- а) гриппоподобная
- б) дисфоническая
- в) стеногическая
- г) асфиксическая
- д) крупозная

4. При дифтерии ротоглотки различают следующие клинические формы:

- а) локализованная
- б) лакунарная

- в) субтоксическая
- г) токсическая различной степени
- д) некротическая

5. Лабораторная диагностика дифтерии:

- а) выделение возбудителя из очага воспаления
- б) выделение возбудителя из крови
- в) выделение возбудителя из мокроты
- г) определение антитоксических антител в парных сыворотках
- д) бактериоскопическое исследование мазков-отпечатков

6. Для дифтерии гортани (истинный круп) характерны:

- а) боль в горле
- б) сиплый голос
- в) шумное стридотическое дыхание
- г) боль за грудиной
- д) одышка

7. Частота развития осложнений дифтерии зависит от:

- а) своевременности постановки диагноза
- б) сроков введения противодифтерийной сыворотки
- в) клинической формы дифтерии
- г) раннего назначения антибактериальной терапии
- д) сопутствующих болезней (алкоголизм, диабет и др)

8. Возможные локализации патологического процесса при дифтерии:

- а) ротоглотка
- б) дыхательные пути
- в) нос
- г) наружные половые органы
- д) мочевыводящие пути

9. Заболевания, с которыми приходится дифференцировать токсическую дифтерию ротоглотки:

- а) лимфосаркома шеи
- б) перитонзиллярный абсцесс
- в) паротитная инфекция
- г) инфекционный мононуклеоз
- д) слюнокаменная болезнь

10. Для инфекционного мононуклеоза, в отличие от токсической дифтерии, характерны:

- а) отек подкожной клетчатки шеи
- б) генерализованная лимфаденопатия
- в) плотные фибриновые налеты, выходящие за пределы миндалин
- г) гепатолиенальный синдром
- д) атипичные мононуклеары в крови

11. Для лечения дифтерии применяют:

- а) пенициллин, цефалоспорины
- б) аминогликозиды
- в) антитоксическую сыворотку
- г) ингибиторы протеаз
- д) дезинтоксикационную терапию

12. Источником возбудителя дифтерии являются:



- а) больные стертой формой дифтерии
- б) больные выраженной клинической формой дифтерии
- в) выделения из носа больного дифтерией
- г) носители токсигенных штаммов коринебактерий дифтерии
- д) носители нетоксигенных штаммов коринебактерий дифтерии

13. Передача возбудителя дифтерии возможна:

- а) воздушно-капельным путем
- б) воздушно-пылевым путем
- в) через предметы обихода (белье, игрушки и т.д.)
- г) через пищевые продукты (молоко, кремы и т.д.)
- д) через кровососущих насекомых

14. Дифференциальный диагноз при подозрении на локализованную форму дифтерии ротоглотки проводят со следующими болезнями:

- а) кандидоз слизистой оболочки полости рта
- б) стоматиты
- в) инфекционный мононуклеоз
- г) стрептококковая ангина
- д) термические и химические ожоги ротоглотки

15. Основные признаки дифтерийной пленки:

- а) спаяна с подлежащей тканью
- б) растворяется в воде
- в) распространяется за пределы миндалины
- г) серовато-белого цвета
- д) не растирается на шпатель

16. Для локализованной формы дифтерии ротоглотки наиболее характерны следующие клинические признаки:

- а) острое или подострое начало
- б) язвы в ротоглотке
- в) умеренная боль в горле
- г) налет на миндалинах к концу первых суток болезни
- д) отек слизистой миндалин и язычка

17. Наибольшей чувствительностью к токсину дифтерии обладают:

- а) сердечно-сосудистая система
- б) нервная система
- в) легкие
- г) почки
- д) желудочно-кишечный тракт

18. При дифтерии протективный иммунитет:

- а) антитоксический
- б) клеточный
- в) нестерильный

19. Ангина - это острое воспаление:

- а) всех отделов глотки
- б) небных миндалин
- в) задней стенки глотки

г) передних небных дужек

20. Предрасполагающие факторы возникновения ангин это:

- а) лакунарное строение миндалин
- б) аллергия
- в) голосовые нагрузки
- г) хроническая обструкция полости носа

21. Причиной возникновения ангины чаще могут быть:

- а) энтерококк, вирус гриппа
- б) стрептококк, стафилококк, пневмококк
- в) менингококк,
- г) вирус Коксаки

Правильный ответ: б

22. Для катаральной ангины характерно:

- а) гиперемия дужек и небных миндалин
- б) расширенные устья лакун небных миндалин
- в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
- г) нагноившиеся фолликулы

23. Для лакунарной ангины характерно:

- а) гиперемия дужек и небных миндалин
- б) расширенные устья лакун небных миндалин
- в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
- г) нагноившиеся фолликулы на поверхностях небных миндалин

24. Для фолликулярной ангины характерно:

- а) гиперемия дужек
- б) расширенные устья лакун небных миндалин
- в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
- г) нагноившиеся фолликулы небных миндалин-

25. Налеты желто-белого цвета в устьях лакун характерны для ангины:

- а) лакунарной
- б) катаральной
- в) фолликулярной
- г) некротической

26. Для лечения вульгарных ангин наиболее эффективно применение антибиотиков группы:

- а) сульфаниламиды (бисептол)
- б) синтетические пенициллины (амоксиклав)
- в) тетрациклины (доксциклин)
- г) фторхинолоны (ципрофлоксацин)

27. Осложнением ангины у взрослых может быть абсцесс:

- а) эпидуральный
- б) заглоточный
- в) паратонзиллярный
- г) надгортанника

28. Первое место среди осложнений ангин занимают:

- а) парафарингиты и парафарингеальный абсцесс
- б) паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс

- в) ларингиты
- г) отиты

29. При заболевании крови вторичная ангина наблюдается при:

- а) гемофилии
- б) лейкозе
- в) капилляротоксикозе
- г) гемморагическом васкулите

30. Плотные, грязно-серые, плохо снимаемые налеты на миндалинах, распространяющиеся на небные дужки свидетельствуют о:

- а) фолликулярной ангине
- б) лакунарной ангине
- в) некротической ангине
- г) дифтерии

31. При ангине налеты с миндалин удалять:

- а) следует всегда
- б) только при лакунарной
- в) только при язвенно-пленчатой
- г) не следует

32. Некротические изменения в глотке, налеты, в крови лейкопения, уменьшенное количество зернистых лейкоцитов. Диагноз:

- а) дифтерия зева
- б) флегмонозная ангина
- в) агранулоцитарная ангина
- г) язвенно-пленчатая ангина

33. В переводе с древне – греческого слово ангина означает:

- а) удушье
- б) боль
- в) озноб, ознобление
- г) огонь

34. Различают 2 формы хронического неспецифического тонзиллита по И.Б.Солдатову:

- а) туберкулезный и сифилитический
- б) простая и токсикоаллергическая
- в) компенсированный и субкомпенсированный
- г) компенсированный и декомпенсированный

35. При лакунарном строении небных миндалин, начинать лечение хронического тонзиллита лучше всего с:

- а) санации лакун
- б) системной антибиотикотерапии
- в) полоскания глотки
- г) физиолечения

36. К консервативному лечению хронического тонзиллита относится:

- а) зондирование миндалин
- б) физиолечение
- в) ротация миндалин
- г) смазывание задней стенки глотки

37. К консервативному лечению хронического тонзиллита относятся:

- а) зондирование миндалин
- б) санация лакун
- в) ротация миндалин
- г) смазывание задней стенки глотки

38. Показанием к тонзиллэктомии является:

- а) желание больного
- б) регионарный лимфаденит
- в) ангины до 2 раз в год
- г) неэффективность консервативной терапии

39. Хронический тонзиллит дифференцируют с:

- а) катаральной ангиной
- б) гипертрофией небных миндалин
- в) острым фарингитом
- г) сифилисом глотки

40. К осложнениям после тонзиллэктомии относится только:

- а) кровотечение
- б) острый шейный лимфаденит
- в) флегмона шеи
- г) все перечисленное

41. Назовите источник инфекции при роже:

- а) больной ангиной стафилококковой этиологии
- б) рана на поверхности кожи
- в) больной рожой или носитель В-гемолитического стрептококка
- г) нарушение целостности слизистых оболочек
- д) больной с высыпаниями на коже

42. Какая клиническая форма болезни имеет место при роже:

- а) шанкриформная
- б) эритематозно-буллезная
- в) лимфаденопатическая
- г) менингеальная
- д) генерализованная

43. Назовите наиболее характерные клинические признаки рожи:

- а) нормальная температура
- б) субфебрильная температура
- в) эритема с четкими краями
- г) геморрагическая сыпь
- д) розеолезно-петехиальная сыпь

44. Какой местный процесс характерен для рожи:

- а) эритема с четким ограничением от здоровой ткани
- б) эритематозно- язвенное поражение кожи с изрытым дном
- в) гиперемия, отек, в центре язва с черным струпом
- г) эритема
- д) экссудативная эритема

45. Выберите наиболее эффективный антибиотик для лечения больных рожей:

- а) левомицетин
- б) фуразолидон
- в) пенициллин
- г) тетрациклин
- д) нистатин

46. Этиологическим фактором хронической рожи является:

- а) персистирующая L-форма стрептококка
- б) ассоциированный микробный фактор
- в) эпидермальный стафилококк
- г) нарушенная вязкость крови
- д) изменения гуморального иммунитета

47. Причина возникновения хронической рожи на одном и том же месте:

- а) изменение иммуноцитов дермы
- б) лимфoдема
- в) наличие входных ворот (ссадина, трещина, потертости)
- г) сосудистые изменения кожи
- д) тромбoфлебит

48. Укажите фоновые заболевания при роже:

- а) хроническая венозная недостаточность
- б) сахарный диабет
- в) варикозная болезнь
- г) лимфoдема
- д) все перечисленное

49. Ведущее значение в патогенезе рожи для макроорганизма имеет:

- а) дистрофия
- б) воспаление
- в) сенсibilизация
- г) деструкция
- д) пролиферация

50. В основе патогенеза местных проявлений рожи лежит:

- а) дистрофия
- б) воспаление
- в) сенсibilизация
- г) деструкция
- д) пролиферация

51. В клинической картине впервые возникшей рожи для начального периода характерно:

- а) наличие местного воспалительного очага
- б) интоксикация
- в) диспепсические явления
- г) анафилактический шок
- д) дерматогенный сепсис

52. Эритематозная форма рожи характеризуется:

- а) наличием булл на фоне гиперемированной кожи
- б) горячей на ощупь гиперемией участка кожи
- в) наличием булл на фоне гиперемированной кожи, лимфореей
- г) болезненной, горячей на ощупь гиперемированной кожей с отеком тканей
- д) болезненной, гиперемированной кожей с отеком тканей, лимфореей

53. Укажите местное осложнение рожи:

- а) лимфедема
- б) фибродема
- в) флегмона
- г) инфекционно-токсический шок
- д) сепсис

54. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать рожу?

- а) с флебитом
- б) с эритемной формой боррелиоза
- в) с флегмоной
- г) с ожогами
- д) со всеми вышеперечисленными

55. В каких случаях рекомендуется консультация хирурга?

- а) при эритематозной форме
- б) при буллезной форме
- в) при развитии инфекционно-токсическом шоке
- г) при высокой лихорадке
- д) при развитии слоновости

56. В каких случаях при роже показано назначение глюкокортикостероидов?

- а) при эритематозной форме
- б) при буллезной форме

- в) при рецидивирующей роже
- г) при повторной роже
- д) при осложненной роже

57. Укажите местные симптомы эритематозной формы рожи:

- а) местное повышение температуры.
- б) яркая гиперемия с фестончатыми четкими границами.
- в) жгучая боль.
- г) разлитая гиперемия без четких границ.
- д) пузыри, наполненные серозным экссудатом.

58. При буллезной форме рожи имеются

- а) абсцессы
- б) пузыри
- в) язвы.
- г) некрозы кожи.

59. При вовлечении подкожной клетчатки в воспалительный процесс при рожистом воспалении развивается

- а) сепсис.
- б) карбункул.
- в) абсцесс
- г) флегмона

60. Для рожистого воспаления не характерно

- а) кашель
- б) рвота
- в) лихорадка до 40-41 градусов.
- г) дергающий, пульсирующий характер боли.

61. Укажите наиболее эффективный общий метод лечения при рожистом воспалении

- а) физиотерапия
- б) сульфаниламидные препараты
- в) рентгенотерапия.
- г). антибиотики и сульфаниламидные препараты

62. Виды лечения, применяющиеся при рожистом воспалении:

- а) антибиотикотерапия
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) физиотерапия
- г) 50% спиртовые компрессы местно.
- д) влажные повязки.

63. Укажите осложнения часто рецидивирующего рожистого воспаления

- а) лимфостаз, слоновость конечности
- б) облитерирующий эндартериит сосудов конечности.
- в) сахарный диабет.
- г) Облитерирующий атеросклероз.
- д) острый тромбоз.

64. Входными воротам при роже является:

- а) дыхательные пути
- б) пищеварительный тракт
- в) кожа

- г) лимфоузлы
- д) гематогенный занос возбудителя

65. Чем проводится круглогодичная профилактика при часто рецидивирующей роже:

- а) пенициллин
- б) гентамицин
- в) метилурацил
- г) пентоксил
- д) бициллин-5

### Протозойные инфекции

1. В качестве источника инвазии при лямблиозе ведущая роль принадлежит

- 1) птицам;
- 2) рыбам;
- 3) человеку;+**
- 4) животным.

2. Вегетативная форма лямблии – это

- 1) мерозоит;
- 2) трофозоит;+**
- 3) спорозоит;
- 4) шизонт.

3. Вероятность обнаружения вегетативных форм лямблий выше, при исследовании

- 1) крови;
- 2) кала;
- 3) дуоденального содержимого;+**
- 4) слюны.

4. Для обнаружения цист лямблий наиболее эффективно исследование фекалий не позднее

- 1) 2-3-ч дефекации;+**
- 2) 6-7-ч дефекации;
- 3) 4-5-ч дефекации;
- 4) 8-9-ч дефекации.

5. Для эффективного воздействия на вегетативные формы лямблий показано совместное назначение лямблиоцидных средств с

- 1) желчегонными препаратами;+**
- 2) препаратами пробиотиками;
- 3) спазмолитиками;
- 4) энтеросорбентами.

6. Интервал между протозооскопическими исследованиями на лямблиоз при отрицательных результатах

- 1) 5-7 суток;
- 2) 3-4 суток;+**
- 3) 2 суток;
- 4) 1 сутки.

7. Лямблия – это



- 1) простейшее;+
- 2) грибок;
- 3) бактерия;
- 4) вирус.

8. Максимальное количество лямблий находится в

- 1) желчном пузыре и желчных протоках;
- 2) проксимальном отделе тонкой кишки;+
- 3) дистальном отделе тонкой кишки;
- 4) желудке.

9. Период выделения цист у человека начинается после заражения в среднем на

- 1) 3–5-е сутки;
- 2) 6–8-е сутки;
- 3) 9–12-е сутки;+
- 4) 13–15-е сутки.

10. Показанием к обследованию на лямблиоз является

- 1) лимфаденопатия;
- 2) гепатоспленомегалия;
- 3) острый тонзиллит;
- 4) нейродерматит.+

11. Препятствует размножению лямблий диета

- 1) белковая;+
- 2) безбелковая;
- 3) обезжиренная;
- 4) углеводная.

12. Длительное гаметоносительство может встречаться после перенесенной малярии

- 1) овале;
- 2) трехдневной;
- 3) тропической;+
- 4) четырехдневной.

13. Инкубационный период малярии, вызываемой *P. falciparum* составляет

- 1) 14-21 день;
- 2) 28-30 дней;
- 3) 4-6 дней;
- 4) 7-11 месяцев;
- 5) 8-10 дней.+

14. Инкубационный период малярии, вызываемой *P. malariae* составляет

- 1) 14-21 день;
- 2) 28-30 дней;+
- 3) 4-6 дней;
- 4) 7-11 месяцев;
- 5) 8-10 дней.

15. Инкубационный период малярии, вызываемой *P. vivax* (тахиспорозиты) составляет

- 1) 14-21 день;+
- 2) 28-30 дней;
- 3) 4-6 дней;
- 4) 7-11 месяцев;
- 5) 8-10 дней.

16. Источником инвазии при малярии служат

- 1) бессимптомные паразитоносители;+
- 2) бессимптомные паразитоносители *P. vivax*;
- 3) больные;+
- 4) гаметоносители (переболевшие тропической малярией).+

17. Малярии свойственна классическая триада симптомов

- 1) анемия;+
- 2) гепатоспленомегалия;+
- 3) диарея;
- 4) кахексия;
- 5) лихорадка;+
- 6) пневмония.

18. Обследованию на малярию подлежат

- 1) госпитализированные больные с установленным диагнозом с продолжающейся лихорадкой;+
- 2) здоровые лица - контактные по малярии;
- 3) здоровые лица, прибывшие из эндемичных регионов;
- 4) лица с лихорадкой более 5 дней неустановленной этиологии;+
- 5) лица, прибывшие из эндемичных регионов при наличии лихорадки.+

19. Основные требования при приготовлении рабочего раствора краски Романовского

- 1) вода для разведения краски кислой pH;
- 2) вода для разведения краски нейтральной pH;+
- 3) краска перед использованием фильтруется;+
- 4) срок хранения рабочего раствора 1 час;+
- 5) срок хранения рабочего раствора 2 суток.

20. Поздние рецидивы при трехдневной *vivax* малярии возникают за счет сохранения паразита

- 1) в костном мозге;
- 2) в крови;
- 3) в печени;+
- 4) в селезенке.

21. Поздние рецидивы, обусловленные длительным сохранением паразитов в крови, свойственны малярии

- 1) овале;
- 2) трехдневной;
- 3) тропической;
- 4) четырехдневной.+

22. После перенесенной четырехдневной малярии возбудитель может длительно (пожизненно) сохраняться

- 1) в костном мозге;
- 2) в крови;+
- 3) в печени;
- 4) в селезенке.

23. При отсутствии лечения, злокачественное течение приобретает

- 1) овале малярия;
- 2) трехдневная малярия;
- 3) тропическая малярия;+
- 4) четырехдневная малярия.

24. Причиной лихорадочных приступов при малярии является

- 1) разрушение гепатоцитов;
- 2) **разрушение эритроцитов;**+
- 3) распад лейкоцитов;
- 4) угнетение костного мозга.

25. Профилактические мероприятия в отношении малярийных комаров включают

- 1) применение инсектицидов для уничтожения комаров в жилище человека;+
- 2) **применение инсектицидов для уничтожения комаров в местах выплода;**+
- 3) применение репеллентов в местах выплода комаров;
- 4) **профилактику образования анофелогенных водоемов.**+

26. Профилактические мероприятия при малярии в отношении восприимчивого организма включают

- 1) вакцинацию;
- 2) **использование защитной одежды;**+
- 3) использование инсектицидов;
- 4) **использование противомоскитных сеток;**+
- 5) **использование репеллентов;**+
- 6) **химиофилактику.**+

27. Профилактические мероприятия при малярии в отношении источника инвазии включают

- 1) вакцинацию;
- 2) **диспансерное наблюдение за переболевшими лицами;**+
- 3) **лечение больных;**+
- 4) **лечение паразитоносителей.**+

28. Пути передачи малярии

- 1) **вертикальный;**+
- 2) гемоконтактный;
- 3) **гемотрансфузионный;**+
- 4) половой;
- 5) **трансмиссивный.**+

29. С первых дней заболевания больной человек является источником инвазии при малярии

- 1) **овале;**+
- 2) **трехдневной;**+
- 3) тропической;
- 4) **четырёхдневной.**+

30. С целью профилактики поздних рецидивов и радикального лечения трехдневной и овале малярии, назначают противомаларийные препараты

- 1) делагил;
- 2) **примахин;**+
- 3) фансидар;
- 4) хинин.

31. Требования к проведению забора крови на малярию

- 1) **кровь забирают до начала противопаразитарного лечения;**+
- 2) **кровь забирают независимо от наличия температуры;**+
- 3) кровь забирают только при наличии температуры;
- 4) при подтвержденном диагнозе кровь забирают 1 раз в сутки;
- 5) **при подтвержденном диагнозе кровь забирают каждые 2-3 часа.**+

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская  
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена  
здравоохранения»

## **Практическое задание/Деловая игра № 1**

Заполните экстренное извещение (форма 058у) на больного Петрову П.П. 1976г.рождения, с диагнозом бактериальное пищевое отравление. Считает себя больной второй день, за мед.помощью обратилась сегодня. Проживает с родителями.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Факультет лечебный**

**Курс 6**

Программа учебной практики «Инфекционные болезни в практике врача первичного звена здравоохранения».

## **Практическое задание/Деловая игра № 2**

Заполните «Карту профпрививок взрослого населения» на Иванову И.И. 1986 года рождения (привита по возрасту).