

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский
университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине ___ Инфекционные болезни _____

направление подготовки _30.06.01_ Клиническая медицина _____

квалификация выпускника:

Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:

очная

Н.Новгород

2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Инфекционные болезни» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по специальности 31.06.01 «Клиническая медицина».

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Инфекционные болезни»**

<i>№ п/п</i>	<i>Код контролируемой компетенции (или ее части)</i>	<i>Контролируемые разделы дисциплины</i>	<i>Наименование оценочного средства</i>
1	УК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	Физиологические особенности, основные сведения об инфекционных болезнях, методы исследования различных органов и систем, диагностика отклонений.	Устный опрос, рефераты, задания в тестовой форме, ситуационные задачи
2.	УК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	Профилактика инфекционных болезней.	Устный опрос, рефераты, задания в тестовой форме, ситуационные задачи
3.	УК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	Клиника, диагностика, лечение инфекционных болезней.	Устный опрос, рефераты, задания в тестовой форме, ситуационные задачи

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Педиатрия» проводится по итогам обучения и является обязательной.

Итоговая оценка учитывает совокупные результаты контроля знаний.

Критерии оценивания:

<i>код компете нции</i>	<i>оценка 5 «отлично»</i>	<i>оценка 4 «хорошо»</i>	<i>оценка 3 «удовлетвори- тельно»</i>	<i>оценка 2 «неудовлетворит ельно»</i>
УК-1, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-6, ПК-1, ПК-2	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное	твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий;

	решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат;	заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач;	
--	--	--	--	--

Перечень вопросов к зачету проведению контроля и аттестации по итогам освоения дисциплины

1. Основные сведения об инфекционных болезнях.
2. Принципы и методы диагностики инфекционных болезней.
3. Принципы и методы лечения инфекционных болезней
4. Профилактика инфекционных болезней
5. Тиф брюшной, паратифы А и Б. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Дизентерия. Острая дизентерия, хроническая дизентерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Холера. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Сальмонеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Пищевая токсикоинфекция. Ботулизм. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Вирусные диареи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
11. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей.
12. Вирусные гепатиты. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
13. Дифференциальная диагностика желтух.
14. Лептоспироз. Бруцеллез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
15. Иерсиниоз. Псевдотуберкулез. Листерииоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
16. Дифференциальная диагностика экзантем
17. Дифференциальная диагностика лихорадок

18. Амебиаз. Балантидиаз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Нематодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Трематодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Цестодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
23. Острые респираторные вирусные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
24. Дифференциальная диагностика катарального синдрома.
25. Орнитоз. Легионеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
26. Дифференциальная диагностика атипичных пневмоний
27. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
28. Дифтерия. Ангины. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
29. Дифференциальная диагностика тонзиллитов.
30. Малярия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
31. Боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
32. Чума. Туляремия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
33. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий.
34. Тиф сыпной эпидемический. Болезнь Бриля. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
35. Геморрагические лихорадки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
36. Рожь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
37. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
38. Бешенство. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
39. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
40. ВИЧ-ассоциированные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Темы рефератов.

КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. Дизентерия. Острая дизентерия, хроническая дизентерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Сальмонеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Пищевая токсикоинфекция. Ботулизм. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Вирусные диареи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
5. Дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных диарей.
6. Синдром дегидратации в клинике кишечных инфекций.
7. Абдоминальный синдром в клинике кишечных инфекций.
8. Дисбиозы кишечника.
9. Синдром раздраженного кишечника.
10. Механизмы дегидратации в клинике кишечных инфекций.
11. Дегидратационный шок. Методы неотложной терапии.
12. Этиотропная терапия в клинике кишечных инфекций.
13. Методы регидратационной терапии в клинике кишечных инфекций.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ.

1. Вирусные гепатиты энтеральным механизмом заражения (А и Е). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Вирусный гепатит В. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Вирусный гепатит С. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Вирусный гепатит Д. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Фульминантный гепатит.
6. Вирусные гепатиты и беременность.
7. Основные принципы противовирусной терапии острого и хронического гепатита В.
8. Основные принципы противовирусной терапии острого и хронического гепатита С.
9. Механические желтухи и гемолитические желтухи.
10. Стеатогепатиты. Пигментные гепатозы
11. Дифференциальная диагностика желтух..

ЗООНОЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

1. Лептоспироз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Бруцеллез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Иерсиниоз. Псевдотуберкулез. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Листерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Дифференциальная диагностика экзантем
7. Дифференциальная диагностика лихорадок.
8. Инфекционно-токсический шок в клинике инфекционных болезней.
9. Туляремия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. ДВС-синдром в клинике инфекционных болезней.

ГЕЛЬМИНТОЗЫ.

1. Нематодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Трематодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Цестодозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

4. Грипп. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Острые респираторные вирусные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Дифференциальная диагностика катарального синдрома.
7. Орнитоз. Легионеллез. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Дифференциальная диагностика атипичных пневмоний
9. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

ТОНЗИЛЛЯРНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
2. Ангины. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение

3. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение
4. Дифференциальная диагностика тонзиллитов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИХОРАДОК

1. Малярия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Тиф брюшной, паратифы А и В. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Боррелиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Тиф сыпной эпидемический. Болезнь Брилла. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Сепсис. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

ИНФЕКЦИИ КОЖИ

1. Рожь. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Ящур. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ.

5. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. ВИЧ-ассоциированные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Герпетические инфекции (ВЭБ, ЦМВ, ВГЧ-6,7,8). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Токсоплазмоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Криптоспоридиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Пневмоцистная пневмония. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
11. Кандидоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий.

ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

1. Чума. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

2. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Холера. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Геморрагические лихорадки (Ласса, Эбола, Марбург). Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Тестовые задания.

Тесты по теме «Гельминтозы»

Выберите один или несколько ответов

1. Биологические свойства гельминтов, определяющие эпидемиологические особенности гельминтов:
 - А. способ питания
 - Б. стадийность развития
 - В. особенности размножения
 - Г. большая продолжительность индивидуальной жизни
 - Д. характер патогенного действия на организм человека
 - Е. различные экологические требования на разных стадиях развития

2. Человек является окончательным хозяином паразитов при:
 - А. тениаринхозе
 - Б. эхинококкозе
 - В. гименолепидозе
 - Г. альвеококкозе
 - Д. анкилостомозе

3. Животные являются окончательными хозяевами паразита при:
 - А. дифиллоботриозе
 - Б. эхинококкозе
 - В. трихинеллезе

Г. тениаринхозе

4. Полный цикл развития паразита осуществляется в организме одного хозяина при:

А. трихинеллезе

Б. аскаридозе

В. гименолепидозе

Г. энтеробиозе

5. Приобретенный иммунитет при гельминтозах приводит к:

А. уменьшению интенсивности инвазии

Б. снижению репродуктивной способности гельминтов

В. повышению адаптированности гельминтов к хозяину

Г. удлинению эпидемиологической инкубации

Д. сокращению продолжительности жизни гельминтов

6. Напряженность приобретенного иммунитета при гельминтозах зависит от:

А. количества попавшего в организм хозяина инвазионного материала при первом заражении

Б. числа повторных заражений

В. адаптированности гельминта к организму человека

Г. продолжительности индивидуальной жизни гельминтов

7. В основу эпидемиологической классификации гельминтов положены:

А. пути выделения инвазионного материала из организма окончательного хозяина

Б. характер развития пропативных стадий вне организма окончательного хозяина

В. видовая принадлежность окончательного хозяина

Г. пути заражения промежуточных хозяев

Д. пути заражения окончательных хозяев

8. Продолжительность инкубационного периода при трихинеллезе составляет:

А. 24-48 часов

Б. 3-45 дней

В. более 45 дней

9. Для определения времени оборота инвазии при различных гельминтозах необходимо знать:

- А. время эпидемиологической инкубации
- Б. продолжительность жизни гельминта
- В. время, необходимое для развития яиц (личинок) во внешней среде
- Г. время, необходимое для развития яиц (личинок) в организме промежуточного хозяина

10. К природно-очаговым гельминтозам относят:

- А. трихинеллез
- Б. тениаринхоз
- В. альвеококкоз
- Г. тениоз

11. Соблюдение режима обработки рыбы является основным мероприятием в профилактике:

- А. трихоцефалеза
- Б. дифиллоботриоза
- В. стронгилоидоза
- Г. описторхоза

12. Соблюдение режима обработки мяса и мясной продукции является основным мероприятием в профилактике:

- А. тениаринхоза
- Б. анкилостомоза
- В. трихинеллеза
- Г. описторхоза

13. В РФ имеются условия для распространения гельминтозов:

- А. аскаридоза
- Б. тениаринхоза
- В. стронгилоидоза
- Г. филяриатозов

Д. анкилостомидозов

Е. шистосомозов

14. Характерными ранними признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:

А. одутловатость лица, конъюнктивита

Б. лихорадки, эозинофилии

В. анемии

Г. болей в мышцах

Д. различных высыпаний на коже

15. Поражение сердечно-сосудистой системы при трихинеллезе проявляются всем перечисленным, кроме:

А. гипотонии

Б. блокады проводящих путей сердца

В. изменений на ЭКГ

Г. эндокардита

Д. миокардита

16. Рецидивы клинических проявлений при трихинеллезе обусловлены:

А. возобновление продукции личинок кишечными трихинеллами

Б. возобновление миграции личинок, осевших в тканях

В. неспецифической локализацией мигрирующих личинок

Г. всем перечисленным

17. При тениаринхозе наиболее поражаются:

А. городское население

Б. сельское население

В. взрослые

Г. дети

18. При подозрении на трихинеллез следует назначить больному:

А. декарис

Б. минтезол, вермокс

В. хлоксил

Г. ванкин

Д. комбантрин

19. Противоэпидемические мероприятия при тениозах:

А. выявление и дегельминтизация инвазированных людей

Б. выявление и дегельминтизация инвазированных сельскохозяйственных животных

В. охрана внешней среды от заражения яйцами паразита

Г. санитарное просвещение

20. Ксеноорганизмы при эхинококкозе:

А. собаки

Б. овцы

В. волки

Г. свиньи

Д. крупный рогатый скот

21. При дифиллоботриозе зооорганизмами являются:

А. веслоногие рачки

Б. собаки

В. рыбы

Г. свиньи

Д. кошки

22. Противоэпидемические мероприятия при дифиллоботриозе:

А. выявление и дегельминтизация инвазированных людей

Б. выявление и дегельминтизация инвазированных сельскохозяйственных животных

В. предотвращение фекального загрязнения водоемов

Г. санитарное просвещение

Д. уничтожение яиц гельминтов во внешней среде

23. Заражение описторхозом происходит при употреблении:

А. рыбы

Б. моллюсков

В. рыбных продуктов

Г. ракообразных

24. Трихинеллезом заражаются при употреблении:

А. мяса диких животных

Б. свинины

В. говядины

Г. рыбной продукции

25. Группы повышенного риска заражения трихинеллезом:

А. работники свиноводческих ферм

Б. повара

В. сотрудники лабораторий ветеринарно-санитарной экспертизы

Г. домохозяйки

Д. работники пунктов забоя животных

26. Промежуточный хозяин возбудителей фасциолезов:

А. рыбы

Б. пресноводные моллюски

В. ракообразные

Г. земноводные

27. Развитие яиц аскарид в почве зависит от:

А. температуры

Б. влажности

В. времени пребывания во внешней среде

Г. химического состава почвы

28. Мероприятия по профилактике аскаридоза:

А. выявление источников инвазии путем ежегодного обследования на аскаридоз лиц повышенного риска заражения

Б. оздоровление выявленных очагов инвазии

В. санитарно-гельминтологический мониторинг в очагах инвазии

Г. анализ и оценка эффективности оздоровительных мероприятий

29. Объем и характер комплексных мероприятий по борьбе с аскаридозом определяются:

А. уровнем пораженности населения

Б. климатическими условиями

В. условиями быта

Г. результатами санитарно-гельминтологического мониторинга

30. Тяжесть клинических проявлений при трихинеллезе зависит от:

А. количества поступивших инвазионных личинок

Б. уровня неспецифической резистентности и иммунитета инвазированного

В. особенностей штамма возбудителя

Г. от всего перечисленного

31. Развитие миокардита при трихинеллезе связано с:

А. поражением сердечной мышцы трихинеллами

Б. аллергическим поражением сердечной мышцы

В. нарушением кровообращения сердечной мышцы

Г. всем перечисленным

32. С целью диагностики трихинеллеза мышечная ткань берется из:

А. икроножной мышцы

- Б. дельтовидной мышцы спины
- В. широкой мышцы спины
- Г. трапецевидной мышцы

33. Первичные факторы передачи энтеробиоза:

- А. постельные принадлежности
- Б. руки
- В. пыль
- Г. игрушки

34. Заражение энтеробиозом обычно происходит:

- А. в летне-осенний период
- Б. в весеннее-летние месяцы
- В. в течение всего года
- Г. в осенние месяцы

35. Противоэпидемические мероприятия при энтеробиозе:

- А. выявление и дегельминтизация инвазированных
- Б. соблюдение правил личной гигиены
- В. охрана внешней среды от загрязнения яйцами паразита
- Г. санитарное просвещение

36. Токсокароз характеризуется всем перечисленным, кроме:

- А. в организме человека токсокара развивается до половозрелой стадии
- Б. характерно развитие эозинофильной лейкомоидной реакции крови
- В. часто отмечается увеличение печени и селезенки
- Г. патологический процесс связан с миграцией и жизнедеятельностью личинок токсокар
- Д. основные методы диагностики – серологические

37. Для ранней стадии инвазии при аскаридозе характерны:

- А. диспепсические расстройства
- Б. гепатохолестит
- В. поражение легких
- Г. лихорадка и гепато-лиенальный синдром
- Д. выраженная лейкопения и эозинопения

38. Изменения периферической крови в ранней стадии описторхоза:

- А. анемия
- Б. лейкопения
- В. лимфоцитоз
- Г. гиперэозинофилия
- Д. ускорение СОЭ

39. Укажите неправильное утверждение в отношении эхинококкоза:

- А. симптоматика определена локализацией и размерами эхинококковых пузырей
- Б. часто протекает бессимптомно и обнаруживается при случайном обследовании
- В. при эхинококкозе легкого наблюдается несоответствие субъективных ощущений с физикальными данными
- Г. одно из осложнений – образование абсцесса печени с прорывом в брюшную полость
- Д. для диагностики производят пункцию эхинококкового пузыря

40. Заражение дифиллоботриозом происходит:

- А. от больного человека
- Б. при употреблении сырого мяса крупного рогатого скота
- В. при употреблении в пищу сырого свиного мяса
- Г. при употреблении свежей икры и сырой рыбы

41. Для характеристики тениоза все перечисленные утверждения верны, кроме:

- А. заражение человека происходит при употреблении в пищу сырого свиного мяса
- Б. возбудитель может паразитировать у человека в половозрелой и личиночной стадии
- В. взрослый гельминт паразитирует в тонком кишечнике в течение многих лет

Г. членики паразита активно выходят из ануса

Д. цистицеркоз развивается в результате попадания в желудок яиц цепня свиного

42. Для тениаринхоза характерно все перечисленное, кроме:

А. заражение человека происходит при употреблении в пищу сырого свиного мяса

Б. взрослый гельминт паразитирует в тонком кишечнике в течение многих лет

В. основные факторы патогенеза – механическое, токсико-аллергическое и рефлекторное воздействие паразита на организм человека

Г. патогномонический симптом – самопроизвольное выползание члеников из ануса

Д. в перианальном соскобе и кале обнаруживаются яйца паразита

43. Для лечения больных тениозом используют:

А. фенасал

Б. диклорофен

В. вермокс

Г. экстракт мужского папортника

Д. минтезол

44. Клинический симптом, наиболее характерный для энтеробиоза:

А. нарушение аппетита

Б. схваткообразные боли в животе

В. перианальный зуд

Г. головные боли

Д. кишечные расстройства

45. Дифиллоботриоз вызывается:

А. бычьим цепнем

Б. карликовым цепнем

В. свиным цепнем

Г. широким лентецом

Д. острицами

46. Для характеристики описторхоза верно утверждение:

А. относится к нематодозам

Б. распространен в тропических странах

В. развивается при употреблении сырой, мало посоленной или не полностью приготовленной рыбы, содержащей личинки гельминта

Г. сопровождается поражением легких

Д. лечится mebендазолом

47. Для характеристики трихинеллеза верно утверждение:

А. заражение происходит при употреблении рыбы, недостаточно термически обработанной

Б. поражается желудочно-кишечный тракт

В. ведущую роль в патогенезе играют токсикоаллергические реакции

Г. диагноз подтверждается обнаружением яиц паразита в испражнениях

Д. длительность течения болезни составляет до 2 лет

Ответы

1. б, в, г, е

2. а, в, д

3. а, б, в

4. а, в, г

5. а, б, г, д

6. а, б

7. б, в, д

8. б

9. а, в, г

10. а, в

11. б, г

12.а,в,г
13.а,б,в,д
14.в
15.б
16.а
17.б,в
18.б
19.а,в,г
20.а,в
21.б,г,д
22.а,в,г
23.а,в
24.а,б
25.б,г
26.б
27.а,б,г
28.б,в,г
29.а,б,в,г
30.г
31.г
32.а
33.а,б
34.в
35.а,б,в,г
36.а
37.в
38.г
39.д
40.г
41.г
42.а

43.а

44.в

45.г

46.в

47.в

Ситуационные задачи.

Больной 41 года обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость снижение аппетита, головную боль, тяжесть в правом подреберье, повышение температуры тела. Заболел остро 3 дня назад с подъемом температуры до 38,5°C, при подъеме температуры ощущал озноб. При осмотре: кожа обычной окраски, лицо гиперемировано. Язык обложен грязно-серым налетом; при аускультации со стороны легких – без патологии, тоны сердца приглушенные ритмичные ЧСС 96 в минуту; живот мягкий, болезненный в правом подреберье, край печени +2,5 см, плотноватый; стул оформлен и окрашен, моча светлая. При лабораторном обследовании: уровень АлАт и билирубина в пределах нормы. В общем анализе крови: эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 145 г/л, СОЭ 17 мм/ч, лейкоциты $15 \cdot 10^9/л$ (палочкоядерные 13%, сегментоядерные 53%, эозинофилы 16%, лимфоциты 13%, моноциты 5%), в общем анализе мочи – без патологии. Из анамнеза выяснено, что больной месяц назад вернулся из Тюменской области, где неоднократно ел строганину.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. План лабораторного обследования.
3. Назначьте этиотропную терапию.

Ответы: 1. Описторхоз.

2. Дуоденальное зондирование с исследованием желчи (а также фекалий) на яйца описторхов.
3. Хлоксил или празиквантель

Больной 35 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на одышку, сухой кашель, неустойчивый стул, появление умеренно зудящей уртикарной сыпи на животе. При обследовании выявлено: на спинке языка – коричневато-серый налет, при аускультации легких – сухие хрипы в нижних отделах слева, небольшое притупление перкуторного звука над этой областью, живот мягкий, чувствительный в мезогастрии, печень и селезенка не пальпируются. При рентгенографии грудной клетки выявлены множественные округлые инфильтраты с нечеткими контурами в нижней доле левого легкого. В общем анализе крови: эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 146 г/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$ (палочкоядерные 0%, сегментоядерные 32%, эозинофилы 50%, лимфоциты 15%, моноциты 3%), в общем анализе мочи – без патологии.

1. Установите диагноз.
2. Каким образом изменится рентгенологическая картина в легких при исследовании в динамике?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?

Ответы: 1. Аскаридоз

2. Имевшиеся на исходном снимке инфильтраты вероятнее всего исчезнут без остаточных явлений.

3. Дифференцировать следует от туберкулеза легких, деструктивной пневмонии, опухолевых заболеваний (основным отличием аскаридоза является наличие эозинофилии и экзантемы); также необходимо дифференцировать с другими гельминтозами (стронгилоидоз, анкилостомидозы, токсокароз).

4. Препараты выбора – левамизол, албендазол, пирантел.

Пациент 45 лет, пастух, приехавший из Дагестана к родственникам, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступообразные боли в животе и тошноту, возникающие периодически в течение последних месяцев и проходящие самопроизвольно. Кроме того беспокоят чувство голода, слабость, головокружение, иногда – шум в ушах и мелькание мушек перед глазами. В анамнезе – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (диагноз выставлен 5 лет назад). При осмотре: бледен, пониженного питания, ломкость ногтей, при аускультации – тахикардия до 100 ударов в минуту, со стороны легких – без патологии; живот чувствительный в мезогастрии и по ходу толстого кишечника. Терапевт заподозрил, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнилась кровотечением и направил больного в хирургический стационар. По результатам анализов, выполненных в приемном покое, выявлена гипохромная анемия (уровень гемоглобина 115 г/л), анализ кала на скрытую кровь дал положительный результат. Было принято решение о срочном проведении ФГДС. Перед процедурой пациент неожиданно признался, что его длительно беспокоит анальный зуд.

1. С каким инфекционным заболеванием и как дифференцировать язвенную болезнь в данном случае?
2. Ваш диагноз?
3. Назначьте лечение.

Ответы: 1. Необходима дифференциальная диагностика с тениаринхозом. При язвенной болезни боли возникают через 1,5 – 2 часа после еды и постепенно усиливаются, характерны также «голодные» (ночные) боли; боль локализуется в эпигастрии или мезогастррии справа от срединной линии, возможна иррадиация в правую лопатку или межлопаточную область; боли купируются приемом антисекреторных препаратов; верифицируется диагноз с помощью рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки или ФГДС.

2. Тениаринхоз
3. Препаратом выбора является празиквантель.

Больная 23 лет обратилась с жалобами на тяжесть в эпигастрии и правом подреберье, изжогу, снижение аппетита. Из анамнеза: работает ветеринаром, за пределы города не выезжала, питается дома (соблюдает диету по поводу хронического холецистита), за последние месяцы отмечает снижение веса на несколько килограммов. При осмотре: пониженного питания, краевая иктеричность склер, на спинке языка – коричневатый налет, со стороны сердца и легких – без патологии, живот чувствительный в правом подреберье и эпигастрии, печень +1 см, мягкая, чувствительная, при пальпации края печени определяется округлое плотноватое образование диаметром 3 – 4 см. Стул оформлен, моча насыщенно-желтая. По результатам общего анализа крови выявлено: эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 153 г/л, СОЭ 24 мм/ч, лейкоциты $8,42 \cdot 10^9/л$ (палочкоядерные 0%, сегментоядерные 57%, эозинофилы 15%, лимфоциты 25%, моноциты 3%), в общем анализе мочи – без патологии.

1. Поставьте диагноз
2. Каков план лабораторного обследования?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какова тактика ведения данной больной?

Ответы: 1. Эхинококкоз

2. Биохимический анализ крови (билирубин, АлАт), УЗИ печени, компьютерная томография, серологические исследования (РНГА, реакция латекс-агглютинации, ИФА, РФА), биопсия печени
3. Дифференцировать необходимо с гемангиомами печени, новообразованиями, паразитарными кистами другой этиологии
4. Тактика ведения должна определяться совместно с хирургом. Небольшая (до 6 см) киста может быть дренирована под контролем УЗИ и промыта антисептическим раствором. Для консервативной, пред- или послеоперационной терапии используется альбендазол.

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°, которые появились 3 дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и среднешейных лимфатических узлов до 1-1,5 см. Одновременно отмечена субиктеричность слизистых. Был госпитализирован в инфекционную больницу 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. Принимал аспирин, посещал занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены бледность кожи, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного отделения усомнился в диагнозе острого гепатита. АЛАТ – 2,5 ммоль/лч; лейкоциты – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я – 10%; с/я – 20%; лимфоциты – 62%; моноциты – 8%; СОЭ – 17 мм/час. Атипичных мононуклеаров – 37%.

1. Согласны ли Вы с врачом приемного отделения? Обоснуйте диагноз?
2. Дайте оценку работе с больными на догоспитальном этапе.
3. Назовите клинические особенности гепатита при инфекционном мононуклеозе.
4. Предложите план обследования и лечения больного.

Ответ:

1. Данных за вирусный гепатит нет. Диагноз «ИМ, желтушная форма» можно поставить на основании следующих данных: молодой возраст, длительность лихорадки более 2 недель, постепенное начало болезни с субфебрилитета, увеличение шейных лимфоузлов, присоединение на более поздних сроках симптомов лакунарной ангины повышения температуры до 38,7°, полиморфизм клинической симптоматики

(поражение лимфоузлов ротоглотки, печени селезенки), отсутствие выраженной желтухи, характерная гемограмма (лейкоцитоз, лимфоцитоз, наличие атипичных мононуклеаров), умеренное повышение активности аминотрансферраз.

2. Диагноз поставлен в поздние сроки. Причиной поздней постановки диагноза явилось отсутствие систематической работы с больным, недооценка анамнеза, поверхностный осмотр.

3. Желтушные формы ИМ встречаются нечасто, хотя увеличение печени – один из основных клинических симптомов ИМ, выявляемый у 90% больных. У большинства из этих больных регистрируются и другие признаки гепатита: боли в правом подреберье, изменение цвета мочи, желтушность склер, слизистой оболочки полости рта, увеличение АСАТ, АЛАТ, нарушение билирубинового обмена. Особенностью гепатита при ИМ является доброкачественный его характер, хотя в остром периоде и в периоде реконвалесценции необходимо соблюдение диеты, контроль биохимических показателей.

4. Общий анализ крови и мочи, серологические реакции Гоффа-Бауэра или Пауль-Буннеля, повторный биохимический анализ крови. В плане лечения – антибиотики (исключая ампициллин), десенсибилизирующие, инфузионная терапия, при тяжелом течении болезни – кортикостероиды.

Больной С. 26 лет, инженер, заболел остро: появилось чувство разбитости, познабливало, температура поднялась до $37,8^{\circ}$, заметил боли в шее при движении головой. К врачу не обращался, лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие препараты. Состояние не улучшилось, появилась заложенность носа, шейные лимфоузлы еще больше увеличились, стали резко болезненными. К 7-му дню болезни температура поднялась до $38,7^{\circ}$, знобило появились несильные боли в горле при глотании. Вызвал врача поликлиники, который диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин в дозе 1 г/сут. На 3-4-е сутки приема препарата отметил появление на коже сыпи, кровоточивость десен. Повторно вызвал врача. При осмотре: бледность кожи, отечность век, пастозность верхней половины лица, гнусавость голоса, значительное количество геморрагических элементов на коже. Миндалины увеличены до II степени, гипертрофированы, умеренно гиперемированы, в лакунах - гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1 см, болезненные при пальпации, передне- и заднешейные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Менингеальных явлений нет. Направлен на госпитализацию с диагнозом «лакунарная ангина».

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники?
2. В чем особенность данного случая и с чем это может быть связано?

3. План обследования и лечения.

4. Проведите дифференциальный диагноз с лакунарной ангиной и дифтерией.

Ответ:

1. Лихорадка, лимфаденопатия, лакунарная ангина, гепатолиенальный синдром, позднее появление ангины, наличие отечности век, затруднение носового дыхания позволяют думать об инфекционном мононуклеозе. Диагноз следует поставить еще при первом обращении больного в поликлинику.

2. Наличие геморрагической сыпи и кровоточивость десен не укладывается в типичную картину ИМ. Скорее всего, это связано с приемом ампициллина. Этот препарат категорически противопоказан больным ИМ, поскольку у 70% больных он вызывает токсико-аллергическую реакцию (при ИМ происходит продукция дефектных антител к антигенам, сходным по структуре с ампициллином). Эта особенность сохраняется до 1,5 лет после перенесенного заболевания.

3. Общий анализ крови, мочи. Кровь на реакцию Гоффа-Бауэра, посев из ротоглотки на флору. Госпитализация в инфекционную больницу, десенсибилизирующие средства. Антибиотики (кроме ампициллина) по строгим показаниям при длительной лихорадке и тонзиллите.

4. Клинических данных за стафилококковую ангину, тем более дифтерию ротоглотки, нет.

Больная Л. 20 лет обратилась к врачу поликлиники на 9-й день болезни с жалобами на ознобы, подъем температуры выше 39°C, выраженную слабость, сильные боли в горле при глотании, затруднение носового дыхания. Заболела остро, с повышением температуры до 38°C, затем появились боли в шее при движении головой. Через 2 дня заметила увеличение шейных лимфоузлов и их болезненность. Лицо, веки слегка отекали, появилась заложенность носа. На 8-й день температура поднялась до 39,2°C, появилась сильная боль в горле при глотании, ломота в теле, боль в суставах. Самостоятельно с первых дней болезни принимала олететрин, но без эффекта. Состояние ухудшилось на 9-й день болезни: лихорадка до 39,5°, не могла проглотить слюну, стало трудно дышать, боль в шее усилилась. Вызвала врача, который расценил состояние больной как тяжелое и направил ее в инфекционную больницу с диагнозом «дифтерия».

При осмотре в приемном отделении: кожа бледная дыхание затруднено, дышит открытым ртом, положение вынужденное, сидит в постели. ЧД – 20 в минуту. Голос «гнусавый». Конфигурация шеи изменена за счет резко увеличенных в размерах (до 2,5 см) передне- и заднешейных лимфоузлов, больше справа. Отека шеи нет. Лимфоузлы резко болезненны, эластичны, подвижны. Тризм жевательной мускулатуры. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, миндалины увеличены до II степени. Отека слизистой оболочки нет. В лакунах миндалин гнойные наложения. Небная занавеска подвижна. Пульс 110 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий,

слегка болезненный в правом подреберье, печень и селезенка увеличены, пальпируются. Менингеальных явлений нет.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Что заставило участкового врача расценить состояние больной как тяжелое?
3. В каких лечебных мероприятиях нуждается больная?
4. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией?

Ответ:

1. Диагноз «ИМ, период разгара, тяжелое течение». Обоснование диагноза: длительность лихорадки более 7 дней у больного молодого возраста, лимфаденопатия, ангина, гепатолиенальный синдром, ухудшение состояния к концу первой недели при появлении болей в горле и других клинических признаков острого тонзиллита.
2. Участковый врач оценил состояние больного как тяжелое на основании появления клинических признаков асфиксии: полное отсутствие носового дыхания, затруднения вдоха, вынужденное положение больного, «хватания» воздуха открытым ртом. Появление симптомов асфиксии можно объяснить и отеком носоглоточной миндалины.
3. Лечение комплексное: дезинтоксикационная терапия, жаропонижающие, десенсибилизирующие препараты, антибиотики. Преднизолон перорально или внутривенно.
4. Проведем дифференциальный диагноз с дифтерией. При токсической дифтерии острое начало, высокая лихорадка до 7 дней. Температура нормализуется при исчезновении изменений в ротоглотке. При токсической дифтерии вялость, адинамия, бледность, отсутствие аппетита, неяркая гиперемия, цианотичность слизистой, выраженный отек. Небные миндалины значительно увеличены за счет отека, цианотичны. Пленка на поверхности миндалин серого цвета, тусклая, плотная, при снятии поверхность кровоточит. Снимается с трудом. Отмечается увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов. Определяется отек подкожной клетчатки шеи как односторонний, так и двусторонний.

Больной К. 52 года, парикмахер, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, потливость в ночное время, плохой сон, лихорадку. Считает себя больным в течение 2-х месяцев. Помимо перечисленных жалоб отмечал несильные боли в горле. Неоднократно обращался за советами к своим клиентам-медикам, принимал жаропонижающие препараты и антибиотики, но без эффекта.

При осмотре в поликлинике состояние средней тяжести, вял, апатичен. На коже груди – бледно-розовая сыпь в виде пятен, отмечается увеличение кубитальных, шейных, подчелюстных, подмышечных лимфоузлов до 1,5 см. В легких - единичные сухие хрипы. На слизистой оболочке щек беловатые наложения. Увеличены в размерах печень и селезенка. При исследовании крови обнаружено увеличение количества лимфоцитов и

наличие атипичных мононуклеаров. Направлен на госпитализацию с диагнозом «инфекционный мононуклеоз».

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Обоснуйте диагноз?
2. Какие анамнестические и эпидемиологические данные следует уточнить?
3. Как Вы предполагаете обследовать больного?

Ответ:

1. У больного, скорее всего, имеет место не ИМ, а мононуклеозоподобный синдром: лихорадка лимфаденопатия, увеличение печени и селезенки, тонзиллит, характерная картина крови.

Длительность заболевания (более 2 месяцев), слабость, лихорадка, поражения кожи, увеличение лимфоузлов более чем в 3 группах дольше 1 месяца, профессия больного обязывают врача предположить ВИЧ-инфекцию.

2. Следует уточнить эпиданамнез: возможность контактов больного с ВИЧ-инфицированными, переливание крови, употребление наркотиков, а также выяснить сексуальную ориентацию.

3. Исследование на ВИЧ-инфекцию методами иммуноферментного анализа, иммунного блотинга. Динамическое исследование общего анализа крови. Консультации врачей-специалистов: инфекциониста, дерматолога, невропатолога.