

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Инфекционные болезни»

Научная специальность: 31.05.01 «Инфекционные болезни»
код, наименование

Кафедра: инфекционных болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2022

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Инфекционные болезни» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Инфекционные болезни». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тестовые задания	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
3	Творческое Задание (индивидуальное задание)	Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.	Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

(Этот пункт не заполнять, но не удалять)

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
код и наименование формируемой компетенции			

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1. Тестовые задания:

1. В воротах печени в орган входят:

- 1) Печеночная артерия
- 2) Общий желчный проток
- 3) Портальная вена
- 4) Лимфатические сосуды.

А. Верно 1), 2) 3)

Б. Верно 1), 3)

В. Верно 2), 4)

Г. Верно 4)

Д. Верно 1), 2), 3), 4)

2. Основные лабораторные показатели цитолиза:

А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови

Б. Повышение активности АЛАТ и АСАТ

В. Гипоальбуминемия

Г. Гипопротеинемия

Д. Все выше перечисленное.

3. Наиболее ранний лабораторный показатель цитолиза:

А. Повышение уровня билирубина сыворотки крови

Б. Повышение активности АЛАТ

В. Повышение активности АСАТ

Г. Снижение уровня альбумина сыворотки крови.

4. Клиническими признаками мезенхимально-воспалительного синдрома при вирусном гепатите являются:

А. Повышение температуры тела

Б. Увеличение селезенки

В. Анемии

Г. Лейкопении

Д. Эозинофилия

5. Вирус гепатита А относится к :

А. Энтеровирусам (пикорнавирусам)

Б. Гепаднавирусам

В. Арбовирусам

Г. Флавивирусам.

6. Наибольшую эпидемическую опасность при вирусном гепатите А представляют:

1) Больные в желтушном периоде

2) Больные в конце инкубационного периода и преджелтушном периоде

3) Рековалесценты

4) Больные с субклиническими и безжелтушными формами болезни:

А. Верно 1), 2), 3)

Б. Верно 1), 3)

В. Верно 2) 4)

Г. Верно 4).

7. Механизм передачи

- А. Капельный
 - Б. Фекально-оральный
 - В. Парентеральный
 - Г. Половой
 - Д. Перинатальный.
8. Иммуитет при вирусном гепатите А:
- А. Стойкий
 - Б. Нестойкий
 - В. Отсутствует
 - Г. Не изучен.
9. Основной механизм при вирусном гепатите А:
- А. Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит
 - Б. Аутоиммунное повреждение гепатоцита
 - В. Развитие аллергических реакций
 - Г. Все выше перечисленное.
10. Морфологические изменения при гепатите А характеризуются всем, кроме:
- А. Дистрофии печеночных клеток
 - Б. Некробиоза гепатоцитов
 - В. Фокального и пятнистого некроза
 - Г. Жировой инфильтрации гепатоцитов
 - Д. Мезенхимальноклеточной инфильтрации портальных полей
11. Средняя продолжительность инкубационного периода при гепатите А:
- А. 3-4 недели
 - Б. 5-11 недель
 - В. 12-24 недели
 - Г. 30-36 недель
12. Наиболее частые варианты преджелтушного периода при гепатите А:
- 1) арталгический
 - 2) гриппоподобный
 - 3) латентный
 - 4) диспептический
- А. Верно 1), 2), 3)
 - Б. Верно 1), 3)
 - В. Верно 2), 4)
 - Г. Верно 4)
 - Д. Верно 1), 2) 3), 4).
13. Острый вирусный гепатит верифицируется:
- А. Повышение активности АЛАТ
 - Б. Повышение билирубина сыворотки крови
 - В. Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса М
 - Г. Обнаружение антител к вирусу гепатита класса G.
14. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:
- А. 1 раз в месяц в течение 3 месяцев
 - Б. 1 раз через 1 месяц после выписки
 - В. 1 раз в 3 месяца в течение 1 года
 - Г. В течение 3 лет.
15. Обнаружение антител к вирусу гепатита А класса G свидетельствует:
- А. Об инкубационном периоде гепатита А
 - Б. О периоде разгара болезни
 - В. О перенесенном гепатите А
 - Г. О хронизации процесса.
16. Вирус гепатита В:
- А. РНК-содержащий гепаднавирус
 - Б. ДНК-содержащий гепаднавирус

В. ДНК-содержащий энтеровирус

Г. РНК-содержащий пикорнавирус.

17. К характеристике вируса гепатита В относится все вышеперечисленное кроме:

А. Устойчив к воздействию низких температур

Б. Устойчив к воздействию высоких температур

В. Быстро погибает под воздействием консервантов крови

Г. Устойчив к действию дезинфицирующих средств

Д. Устойчив к высушиванию.

18. Источником инфекции при вирусном гепатите В является:

А. Больной острым гепатитом

Б. Больной хроническим гепатитом

В. Хронические носители вируса

Д. Все выше перечисленное.

19. Механизм передачи вируса при гепатита В:

А. Капельный

Б. Контактный

В. Парентеральный

Г. Трансмиссивный

Д. Фекально-оральный.

20. Передача вируса гепатита В от матери к плоду осуществляется:

А. Пренатально

Б. Интранатально

В. Постнатально

Г. Все выше перечисленные периоды.

21. Основной механизм патогенеза вирусного гепатита В:

А. Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоциты

Б. Иммуноопосредованный цитолиз.

В. Развитие аллергических реакций

Г. Мезенхимально-воспалительная реакция.

22. Средняя продолжительность инкубационного периода:

А. Менее 45 дней

Б. 50-180 дней

В. Более 6 месяцев.

23. Антиген нуклеокапсида вируса ГВ:

А. HBsAg

Б. HBcorAg

В. HBxAg

Г. HBeAg.

24. В инкубационном периоде ГВ в крови регистрируются:

1) HBsAg

2) HBcorAg

3) HBeAg

4) HBxAg

А. Верно 1),2), 3)

Б. Верно 1), 3)

В. Верно 2),4)

Г. Верно 4)

Д. Верно 1),2),3),4).

25. Наиболее частый вариант течения преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

А. Арталгический

Б. Диспептический

В. Астеновегетативный

Г. Латентный

Д. Все перечисленное.

26. Общая продолжительность преджелтушного периода:

А. 1-5 дней

Б. 6-30 дней

В. 31-40 дней

Г. 41-60 дней.

27. Клиническим критерием повышенного риска хронизации ГВ является:

А. Тяжелое течение болезни

Б. Острый гепатит В циклического течения

В. Прогрессирующее течение острого ГВ.

28. К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного ГВ

относится все выше перечисленное, кроме:

А. Уровня АЛАТ

Б. Персистенции HBV более 30 дней.

В. Обнаружения HBeAg

Г. Активной репликации HBV

Д. Высокого содержания HBV-ДНК.

29. К особенностям течения вирусного гепатита В у детей до года относится все перечисленное, кроме:

А. Частого развития тяжелых и фульминантных форм

Б. Относительно меньшей выраженности симптомов преджелтушного периода

В. Острого начала заболевания

Г. Большей длительностью желтухи, спленомегалии и геморрагического синдрома

Д. При одинаковой тяжести заболевания интенсивность желтухи больше, чем у детей старшего возраста.

30. В преджелтушном периоде вирусного гепатита В все следующие маркеры кроме:

А. HbsAg

Б. Анти HbsAg

В. HBeAg

Г. Анти HbcAg класса М.

31. Наружная оболочка вируса ГВ имеет антиген:

А. HBeAg

Б. HBcAg

В. HBsAg

Г. HBxAg

32. В острой желтушной стадии вирусного гепатита В в крови можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме:

А. HBsAg

Б. Анти HBcAg класса М

В. HBeAg

Г. Анти HBsAg

Д. Анти Hbe.

33. В стадии ранней реконвалесценции при вирусном гепатите В можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме:

А. HBeAg

Б. Анти HBeAg

В. HBcAg

Г. HbsAg.

34. К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относятся все перечисленное, кроме:

А. Степени гипербилирубинемии

Б. Выраженности общей интоксикации

В. Геморрагического синдрома.

- Г. Повышение тимоловой реакции
 Д. Снижение протромбинового индекса.
35. Признаки интоксикации при вирусном гепатите В:
 А. Общая слабость, вялость, адинамия
 Б. Снижение аппетита, тошнота, рвота
 В. Головная боль, головокружение, нарушение сна
 Г. Тахикардия, геморрагические проявления
 Д. Все выше перечисленное.
36. К признакам геморрагического синдрома при ГВ относится все выше перечисленное, кроме:
 А. Кровоточивости десен
 Б. Гипоальбуминемии
 В. Носовых кровотечений
 Г. Микрогематурии
 Д. Маточных кровотечений.
37. В периферической крови в остром периоде вирусного гепатита характерны все перечисленные изменения, кроме:
 А. Нейтрофилеза
 Б. Лейкопении
 В. СОЭ в пределах нормы
 Г. Плазматической реакции.
38. В качестве этиотропной терапии острого и хронического ВГВ применяют:
 А. Кортикостероиды
 Б. Иммуномодуляторы
 В. Противовирусные препараты
 Г. Цитостатики.
39. Особенностями Дельта-вируса является все перечисленное, кроме:
 А. Прямое цитопатическое действие вируса на гепатоцит, развитие микст-гепатита
 Б. Цитолиз гепатоцитов связан с иммунными воздействиями
 В. Не оказывает цитопатического действия на гепатоцит
 Г. Патологическое действие связано в основном с мезенхимально-воспалительной реакцией.
40. Наиболее неблагоприятным для больного является:
 А. Смешанная острая форма гепатита В и гепатита Д
 Б. Гепатит В без присоединения дельта-вируса
 В. Сочетание хронического гепатита В с острой дельта-суперинфекцией.
41. Особенности преджелтушного периода острого гепатита В и гепатита Д (коинфекции):
 А. Продолжительность меньше, чем вирусном гепатите В
 Б. Острое течение с ранними проявлениями интоксикации
 В. Характерна высокая температура и боли в области печени
 Г. Чаше, чем при вирусном гепатите В мигрирующие боли в крупных суставах
 Д. Все вышеперечисленное.
42. Особенности желтушного периода коинфекции гепатит В и гепатита Д:
 А. Субфебрильная температура в течение 7-12 дней от начала желтухи
 Б. Нарастает интоксикация при проявлении желтухи
 В. Усиление болей в области печени
 Г. Чаше, чем при вирусном гепатите В уртикарные высыпания, спленомегалия
 Д. Все выше перечисленное.
43. Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита Д:
 А. Выявление в крови HBsAg
 Б. Выявление в крови HBeAG
 В. Тяжелое течение заболевания

- Г. Двухфазовое течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15-32 день от начала желтухи.
- Д. Наличие диспепсических симптомов.
44. Биохимические показатели сыворотки крови при смешанной инфекции (гепатит В и гепатит Д) характеризуются всем перечисленным, кроме:
- А. Выражен симптом цитолиза
 - Б. Гипербилирубинемия стойкая, сохраняется дольше, чем при гепатите В
 - В. Снижается сулемовый тест и протромбиновый индекс
 - Г. Преобладает свободный билирубин.
45. При повторном обострении гепатита В+Д характерны следующие биохимические показатели, кроме:
- А. Подъем активности ферментов преимущественно за счет увеличения АСАТ
 - Б. Повышается тимоловый тест
 - В. Повышается количество холестерина
 - Г. Снижается сулемовый титр, протромбиновый индекс и содержание беталипоеидов.
46. Основным клиническим признаком преджелтушного периода острого гепатита Д у носителей HbsAg:
- А. Острое начало, повышение температуры тела выше 38°
 - Б. Астено-вегетативный и диспептический симптомы
 - В. Интенсивные боли в правом подреберье
 - Г. Арталгия, отечно-асцитический синдром
 - Д. Все перечисленное.
47. Этиологическим подтверждением острой ко-инфекции (В+Д) является одновременное обнаружение:
- 1) HbsAg
 - 2) HDV
 - 3) a/HDV IgM
 - 4) a/HBcor IgM
- А. Верно 1), 2), 3)
 - Б. Верно 1), 3)
 - В. Верно 2), 4)
 - Г. Верно 4)
 - Д. Верно 1), 2), 3), 4).
48. Для острого гепатита Д у носителей HbsAg характерно все перечисленное, кроме:
- А. Многоволнового характера болезни с обострениями
 - Б. Меньшей интенсивности желтухи
 - В. В период обострения наблюдается лихорадка в течение 1-2 дней
 - Г. Новая волна болезни сопровождается желтухой и клинико-ферментативным обострением
 - Д. Клинико-ферментативные обострения отражают продолжительность репликации вируса Д и формирование хронического активного гепатита Д.
49. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится все перечисленное, кроме:
- А. Болеют дети в возрасте 2-5 лет.
 - Б. В основном болеют взрослые 20-35 лет
 - В. Передается водным путем
 - Г. Характеризуется эпидемическим распространением
 - Д. Отмечается тяжелое течение болезни с высокой летальностью у беременных женщин.
50. Инкубационный период при гепатите Е составляет:
- А. 1-13 дней
 - Б. 14-50 дней
 - В. 51-70 дней

Г. Более 70 дней.

51. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

А. Лихорадка

Б. Слабость, снижение аппетита

В. Боли в правом подреберье и эпигастрии

Г. Артралгии

Д. Сыпь.

52. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерны все перечисленные симптомы, кроме:

А. После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия

Б. Одним из ведущих симптомов являются боли в правом подреберье

В. Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней

Г. Желтуха продолжает нарастать в течение 2-3, иногда 10 дней

Д. Отмечается значительное увеличение печени, болезненность ее при пальпации.

53. Особенность течения гепатита Е:

А. Улучшение состояния больного с появлением желтухи

Б. Частое присоединение воспалительных процессов желчевыводящих путей

В. Частое развитие холестаза.

54. Какой из перечисленных симптомов при тяжелом течении заболевания характерен только для гепатита Е:

А. Снижение протромбинового индекса

Б. Билирубино-ферментная диссоциация

В. Гемоглобинурия и развитие острой почечной недостаточности

Г. Снижение сулемового титра.

55. Возможные биологические фазы вируса при верифицированном ХВГВ:

А. Репликативная, интегративная

Б. Обострение

В. Ремиссия

Г. Активная, неактивная.

56. Основные маркеры репликативного хронического ВГВ:

А. HbsAg, a/Hbs

Б. a/HBcor IgG

В. HBeAg, HBV- ДНК

Г. a/HBe.

57. Основные маркеры интегративного хронического ВГВ:

А. HbsAg, a/HbeAg

Б. Анти/Hbs

В. HbeAg, HBV-ДНК

Г. a/Hbcor IgG.

58. Показатели аутоиммунных процессов при ХГ:

1) Полиорганность поражений

2) Маркеры вирусных ХВГ

3) Антимитохондриальные антитела

4) Биохимические признаки цитолиза.

А. Верно 1), 2), 3).

Б. Верно 1), 3).

В. Верно 2), 4)

Г. Верно 4)

Д. Верно 1), 2), 3), 4).

59. Признаки угрозы хронизации при ОГВ:

А. Легкое течение острого гепатита В

Б. Тяжелое и фульминантное течение

В. Высокая репликативная активность HBV при легком течении

- Г. Высокие показатели АЛАТ в желтушном периоде.
60. Основные формы клинического течения хронического гепатита В:
- 1) С выраженной клинической симптоматикой
 - 2) Бессимптомное течение
 - 3) Отмечаются значительные изменения рутинных биохимических показателей
 - 4) Клинически сглаженное малосимптомное течение:
- А. Верно 1),2),3)
 Б. Верно 1),3)
 В. Верно 2),4)
 Г. Верно 4)
 Д. Верно 1),2),3),4).
61. Первые клинические проявления хронического гепатита В:
- А. Желтуха
 - Б. Тромбоцитопения
 - В. Отеки, асцит
 - Г. Астено-вегетативный синдром
62. Основное отличие цирроза печени от хронического гепатита:
- А. Гепатоспленомегалия
 - Б. Распространенный фиброз печеночных долек
 - В. Вторичные печеночные знаки
 - Г. Астено-вегетативный синдром.
63. Основной принцип терапии ХВГ с высокой репликацией вируса:
- А. Этиотропная терапия
 - Б. Антиоксиданты
 - В. Анаболические препараты
 - Г. Средства метаболической терапии.
64. Характерный клинический признак хронического вирусного гепатита Д:
- А. Астено-вегетативный, геморрагический синдром
 - Б. Выраженные вторичные печеночные знаки, отечно-асцитический синдром
 - В. Волнообразное течение заболевания с чередованием обострений и ремиссий
 - Г. «Немотивированные» ознобы с повышением температуры до 38° и выше в течение 1-3 дней, сопровождающиеся иктеричностью
 - Д. Все перечисленное.
65. При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают:
- А. HBs антиген
 - Б. HDV-РНК
 - В. Анти-дельта в печени
 - Г. Все перечисленное.
66. Возбудитель гепатита С:
- А. Относится к семейству Flaviviridae
 - Б. Содержит однонитевую РНК
 - В. Существуют разные генотипы HCV
 - Г. Образуют разные субтипы мутантов
 - Д. Все перечисленное.
67. Для острого гепатита С наиболее характерно течение:
- А. Острое циклическое
 - Б. Субклиническое, безжелтушное
 - В. Острое фульминантное.
68. При хроническом гепатите С характерное течение болезни: А.Прогрессирующее с выраженной клинической симптоматикой
- Б. Субклиническое, малосимптомное
 - В. Латентное, без клинических проявлений.
69. При реактивации хронического гепатита С в крови обнаруживаются:
- А. Анти HCV класса М

- Б. Анти HCV класса G
- В. Анти HCV NS4
- Г. Нарастание содержания HCV-РНК
- Д. Все перечисленное.

70. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

- А. Интерферон
- Б. Ацикловир
- В. Фоскарнет
- Г. Азидотимидин.

71. Основная особенность акушерской тактики при вирусных гепатитах у беременных включает:

- А. Противовирусная терапия
- Б. Применение кортикостероидов
- В. Прерывание беременности при установлении диагноза – вирусный гепатит.
- Г. Проведение систематических лечебных мероприятий для предупреждения поздних

выкидышей и преждевременных родов

- Д. Применение гепатопротекторов.

72. К поражениям печени, возникающим в связи с беременностью, относится все перечисленное, кроме:

- А. Холецистита
- Б. Токсикозов беременных
- В. Холестатического гепатоза
- Г. Острого жирового гепатоза.

73. Основными особенностями жирового гепатоза беременных являются все перечисленные, кроме:

- А. Носит рецидивирующий характер
- Б. Клинически протекает как фульминантный гепатит
- В. Характерный признак раннего периода – интенсивная изжога
- Г. Печень обычно не увеличивается
- Д. Летальность составляет 80-85%.

74. Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных вирусных заболеваниях, кроме:

- А. Герпетической инфекции
- Б. Инфекционного мононуклеоза
- В. Гриппа
- Г. Цитомегаловирусной инфекции
- Д. Энттеровирусной инфекции.

75. Поражение печени характерно для всех перечисленных бактериальных инфекций, кроме:

- А. Лептоспироза
- Б. Псевдотуберкулеза
- В. Иерсиниоза
- Г. Дизентерии
- Д. Бруцеллеза.

76. Поражение печени может отмечаться при:

- А. Амебиазе
- Б. Токсоплазмозе
- В. Малярии
- Г. Лейшманиозе
- Д. Всех перечисленных протозойных инфекциях.

77. Возбудитель паразитирует в ткани печени или желчевыводящих путях при:

- А. Эхинококкозе
- Б. Фасциолезе
- В. Описорхозе

Г. Шистосоматозах

Д. Всех перечисленных гельминтозах.

78. Для острого алкогольного гепатита характерны все перечисленные признаки, кроме:

А. Наличие длительного преджелтушного периода

Б. Слабости, повышение температуры тела

В. Анорексии, тошноты, рвоты, чувства горечи во рту

Г. Болей в верхнем отделе живота, часто сильных, напоминающих печеночную колику

Д. Желтухи, гепаатомегалии, спленомегалии и симптомов портальной гипертензии.

79. Из перечисленных препаратов наиболее частой причиной поражения печени

являются:

А. Туберкулостатические препараты (изониазид, ПАСК, этамбутол и др.)

Б. Производные фенотаизина (аминазин)

В. Ингибиторы моноаминооксидазы

Г. Антибиотики (рифадин, тетрациклин, биомицин), сульфаниламидные препараты

Д. Все перечисленные.

80. Поражение печени, протекающие с холестазом могут вызвать:

А. Азатиоприн

Б. Анаболические стероиды

В. Пероральные контрацептивы

Г. Все перечисленное.

81. Для поражения печени при хронической недостаточности кровообращения

характерно все перечисленное, кроме:

А. Отсутствия или минимальной выраженности воспалительной реакции

Б. Значительное повышение активности трансаминаз

В. Нарушение экскреции билирубина

Г. Повышение активности ЛДГ-5.

82. Поражение печени может возникать при системном заболевании соединительной

ткани:

А. Системной красной волчанке

Б. Узелковом периартериите

В. Системной склеродермии

Г. Всех перечисленных.

83. Основной механизм патогенеза поражения печени при заболеваниях

желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта:

А. Избыточное поступление в кровь токсических продуктов из кишечника

Б. Портальная бактериемия

В. Нарушение питания, нарушение желчевыделения

Г. Изменения печеночной гемодинамики

Д. Все перечисленное.

84. Наиболее частыми формами повреждения печени при заболеваниях других органов

пищеварительной системы являются:

А. Цирроз печени

Б. Амилоидоз, гемохроматоз печени

В. Ожирение печени, хронический неспецифический реактивный гепатит

Г. Гепатоцеребральная дистрофия

Д. Синдром Бадда-Киари.

85. Поражение печени специфично для всех перечисленных ниже заболеваний крови, кроме:

А. Гемобластозов

Б. Острых и хронических лейкозов, остеомиелофиброза

В. Эритремии

Г. Апластической анемии

Д. Лимфогрануломатоза.

86. К наиболее частым возбудителям бактериальных абсцессов печени относятся все перечисленные микроорганизмы, кроме:
- А. Стафилокков, стрептококков
 - Б. Представителей рода кишечных бактерий
 - В. Псевдомонад
 - Г. Протея
 - Д. Гонококка.
87. Биохимическими показателями наличия гемолиза эритроцитов является:
- А. Повышение содержания аминотрансфераз
 - Б. Повышение содержания щелочной фосфатазы
 - В. Повышение уровня свободного билирубина
 - Г. Снижение протромбинового индекса.
88. Синдром Жильбера характеризуется всем перечисленным, кроме:
- А. Передается по ауtosомно-доминантному типу
 - Б. Патогенетическая основа – недостаточность в гепатоцитах глюкоронилтрансферазы
 - В. Нарушение экскреции билирубина
 - Г. Патогенетическая основа – гемолиз эритроцитов
 - Д. Повышение в сыворотке свободного билирубина.
89. Синдром Криглер-Наджара характеризуется всем перечисленным, кроме:
- А. Характер передачи ауtosомно-рецессивный
 - Б. Патогенетическая основа – отсутствие в гепатоцитах глюкоронилтрансферазы
 - В. Желтуха проявляется впервые в возрасте 15 лет
 - Г. Резко выраженная желтуха сопровождается тяжелыми неврологическими нарушениями
 - Д. Значительное повышение в сыворотке крови свободного билирубина.
90. Синдром Дабина-Джонсона характеризуется всем перечисленным, кроме:
- А. Основное звено патогенеза – нарушение экскреторной функции гепатоцитов
 - Б. Желтуха обусловлена повышением связанного билирубина
 - В. В цитоплазме гепатоцита содержится большое количество пигмента
 - Г. Характерна нормальная гистология печени
 - Д. При холецистографии желчный пузырь и протоки контрастируются слабо и с опозданием или не контрастируются.
91. Дети, находящиеся в контакте с больным вирусным гепатитом А, подлежат медицинскому наблюдению со дня разобщения в течение:
- А. 35 дней
 - Б. 45 дней
 - В. 60 дней.
92. Плановые прививки в период карантина в детском учреждении после изоляции последнего больного гепатитом А не должны проводиться в течение:
- А. 2 месяцев
 - Б. 4 месяцев
 - В. 6 месяцев
 - Г. 1 года
93. Продолжительность диспансерного наблюдения за ребенком, перенесшим вирусный гепатит А:
- А. 3 месяца
 - Б. 6 месяцев
 - В. 12 месяцев
94. Для продромального периода гепатита В у детей старшего возраста характерно все перечисленное, кроме:
- А. Постепенного начала
 - Б. Общего недомогания вялости
 - В. Снижения аппетита, тошноты, иногда рвоты
 - Г. Острого начала с высокой лихорадкой.

95. О злокачественной форме вирусного гепатита у ребенка раннего возраста свидетельствует все перечисленное, кроме:

- А. Геморрагического синдрома
- Б. Энцефалопатии
- В. Сокращения размеров печени
- Г. Печеночного запаха
- Д. Диарейного синдрома.

001.

4.2. Контрольная работа:

Вариант № 1

- 1. Вирус гепатита А: характеристика.
- 2. Патогенез ГА..
- 3. Классификация ГА.
- 4. Желтушная форма ГА.
- 5. Безжелтушная форма ГА.
- 6. Лабораторная диагностика ГА.
- 7. Маркеры ГА.
- 8. Дифференциальный диагноз ГА.
- 9. Осложнение ГА.
- 10. Лечение ГА.

Вариант № 2

- 1. Вирус гепатита В: характеристика.
- 2. Патогенез ГВ..
- 3. Классификация ГВ.
- 4. Фульминантный ГВ.
- 5. Прогрессирующая форма ГВ.
- 6. Лабораторная диагностика ГВ.
- 7. Маркеры ГВ.
- 8. Дифференциальный диагноз ГВ.
- 9. Исходы ГВ.
- 10. Лечение ГВ.

Вариант № 3

- 1. Вирус гепатита С: характеристика.
- 2. Патогенез ГС..
- 3. Классификация ГС.
- 4. Острый ГС.
- 5. Хронический ГС.
- 6. Лабораторная диагностика ГС.
- 7. Маркеры ГС.
- 8. Дифференциальный диагноз ГС.
- 9. Исходы ГС.
- 10. Лечение ГС.

Вариант № 4

- 1. Вирус гепатита Д: характеристика.
- 2. Патогенез ГД..
- 3. Классификация ГД.
- 4. Ко-инфекция ГД.
- 5. Суперинфекция ГД.
- 6. Лабораторная диагностика ГД.
- 7. Маркеры ГД.

8. Дифференциальный диагноз ГД.
9. Исходы ГД.
10. Лечение ГД.

Вариант № 5

1. Вирус гепатита Е: характеристика.
2. Патогенез ГЕ..
3. Классификация ГЕ.
4. ГЕ у беременных.
5. Клинико-эпидемиологические особенности.
6. Лабораторная диагностика ГЕ.
7. Маркеры ГЕ.
8. Дифференциальный диагноз ГЕ.
9. Исходы ГЕ.
10. Лечение ГЕ.

Вариант № 6

1. Иерсинии: характеристика.
2. Патогенез иерсиниоза..
3. Классификация иерсиниоза.
4. Гастроинтестинальная форма.
5. Абдоминальная форма форма ГА, генерализованная форма
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы иерсиниоза.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнение иерсиниоза.
10. Лечение иерсиниоза.

Вариант № 7

1. Лептоспиры: характеристика.
2. Патогенез лептоспироза.
3. Классификация лептоспироза.
4. Желтушная форма.
5. Безжелтушная форма.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы лептоспироза.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнение лептоспироза.
10. Лечение лептоспироза.

Вариант № 8

1. Сепсис: характеристика возбудителей.
2. Патогенез сепсиса.
3. Классификация сепсиса.
4. Клинические симптомы.
5. Септический шок.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы сепсиса..
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнение сепсиса.
10. Лечение сепсиса.

Вариант № 9

1. ВЭБ: характеристика.

2. Патогенез ИМ.
3. Классификация ИМ.
4. Острая форма.
5. Хроническая форма.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы ИМ.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнение ИМ.
10. Лечение ИМ.

Вариант № 10

1. Описиорхоз: характеристика.
2. Эпидемиология описиорхоза.
3. Клиника описиорхоза.
4. Острая форма.
5. Хроническая форма.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы описиорхоза.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнение описиорхоза.
10. Лечение описиорхоза.

Вариант № 11

1. Пигментные гепатозы: характеристика.
2. Синдром Жильбера.
3. Синдром Ротора.
4. Синдром Дабина-Джонсона.
5. Патоморфология.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы пигментных гепатозов.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Осложнения пигментных гепатозов.
10. Лечение пигментных гепатозов.

Вариант № 12

1. Фульминантный гепатит.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Патоморфология.
5. Стадии ОПН.
6. Печеночно-почечная недостаточность.
7. ДВС-синдром.
8. Отек мозга.
9. Лабораторная диагностика.
10. Неотложная терапия.

Вариант № 13

1. Микронодулярный цирроз печени.
2. Макронодулярный цирроз печени.
3. Билиарная болезнь.
4. Патоморфология.
5. Цирротическая кома.
6. Патоморфология.
7. Классификация по Чайлд-Пью.

8. Показания для трансплантации печени.
9. Лабораторная диагностика.
10. Неотложная терапия.

Вариант № 14

1. Гепатоцеллюлярная карцинома.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Патоморфология.
5. Клиника.
6. Факторы прогнозирования
7. Стадии развития.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Диагностика.
10. Особенности терапии.

Вариант № 15

1. Лекарственный гепатит.
2. Алкогольный гепатит.
3. Аутоиммунный гепатит.
4. Стеатогепатит.
5. Клиника.
6. Лабораторная диагностика.
7. Исходы, осложнения.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Инструментальная диагностика.
10. Особенности терапии.

4.3 Творческое задание (индивидуальное задание):

№1	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Задание 3</p> <p>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».</p> <p>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</p>

		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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы лабораторного исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	. Обоснуйте свой выбор лекарственной терапии
В	5	Через 2 недели отмечена положительная динамика по клинико-лабораторным показателям. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№2	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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».
В	1	Оцените результаты клинико-лабораторные показатели.
В	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Укажите, какие методы лечения необходимы для пациента.
В	5	Через 10 дней отмечена положительная динамика по клинико-лабораторным показателям. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№3	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Е. 19 лет, студентка, наблюдается врачом поликлиники с диагнозом «инфекционный мононуклеоз» в течение 20 дней. Участковый врач консультирует больную с инфекционистом в связи с отсутствием улучшения состояния. Из анамнеза: заболевание началось с повышения температуры до 37,5°, увеличения шейного лимфатического узла до размеров грецкого ореха, который был резко болезненным при дотрагивании и движении головы. Через неделю отметила боль в горле, температура повысилась до 38,0°С и держалась около 6 дней. Отмечала слабость.

		Лимфатический узел стал безболезненным, уплотнился, но не уменьшился. Отметила увеличение других лимфатических узлов. Температура снизилась после приема эритромицина, но держится на субфебрильных цифрах до настоящего времени. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная, субиктеричная. Лимфатические узлы шейные и подмышечные увеличены, плотноватые, безболезненные. Слизистая ротоглотки неярко гиперемирована, миндалины увеличены. Селезенка пальпируется, край плотноват. Изменений со стороны других органов нет. Анализ крови: гемоглобин 129 г/л, тромбоциты – 155:1000, лейкоцитов – 4,8*10 ⁹ /л, бласты – 3%, промиелоциты – 2%, палочкоядерных – 28%, сегментоядерных – 42%, эозинофилов – 4%, лимфоцитов – 14%, моноцитов – 7%, плазматических клеток – 4:100, СОЭ – 18 мм/час.
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	2	Не отмечено положительной динамики при лечении.
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Перевод в гематологический стационар.

№4	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Л., 26 лет, поступила в стационар на 3-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,5°C, выраженную слабость, боли в горле при глотании.</p> <p>При объективном осмотре было выявлено: кожные покровы бледные, небные миндалины умеренно гиперемированы, гипертрофированы, гнойные налеты в лакунах. Увеличены шейные и аксиллярные лимфоузлы до 2 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень увеличена на 1-2 см мягко-эластической консистенции. Пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В анализах получено: в общем анализе крови: лейкоциты 8,2*10⁹/л (с/я 10%, лимф.82%, моноц.13%, атипичные мононуклеары – 10%), СОЭ до 20 мм/ч, ЦП 0,98, эритроциты 4,2*10¹²/л, Нв 138 г/л.</p> <p>Маркерный спектр. Антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – отрицательный. Определялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p> <p>Из анамнеза было установлено, что у больной хронический холецистит.</p> <p>Определялись следующие значения медиаторов иммунного ответа: ИЛ-1β - 254,5 Пг/мл, ИЛ-6 - 68,5 Пг/мл, ИНФ-α - 104,3 Пг/мл, ИНФ-γ - 212,2 Пг/мл (рис.2).</p> <p>В процессе лечения получала ацикловир, цефтриаксон, диазолин, реополиглюкин.</p> <p>Таким образом, мы видим, что у больной Л. с сопутствующим заболеванием уровень ИЛ-6 почти в 2 раза выше, чем у пациента О. без сопутствующих заболеваний, что, возможно, характеризует более сильный иммунный ответ.</p>

В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	2	Через 10 дней отмечена положительная динамика по клинико-лабораторным показателям.
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Обоснуйте свой выбор лекарственных препаратов.

№5	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Д., 25 лет, поступил в стационар на 5-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,6°C, боли в горле при глотании, периодическую тошноту, головную боль.</p> <p>При объективном осмотре выявлялась гиперемия лица, небные миндалины гиперемированы, гипертрофированы, гнойные налеты в лакунах. Определялось увеличение шейных, аксиллярных, паховых лимфоузлов до 1,5-2 см в диаметре. Печень пальпировалась на 2 см ниже реберной дуги, пальпировался нижний полюс селезенки, перкуторно с 9-10 межреберья.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 12,4*10⁹/л (с/я 63%, лимф.11%, п/я 8%, моноц.12%), повышение СОЭ до 16 мм/ч, ЦП 1,0, эритроциты 4,2*10¹²/л, Нв 132 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,04 г/л, лейкоциты 2-4 в п/зр, удельный вес 1018, желчные пигменты.</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p>
В	1	Оцените результаты лабораторных исследований.
В	2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
В	3	Назначено УЗИ органов брюшной полости
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	5	Обоснуйте свой выбор лекарственных препаратов.

№6	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная М., 25 лет, поступила в стационар на 7-й день болезни с жалобами на слабость, головные боли, повышение температуры до 37,3-37,8°C.</p> <p>Кожные покровы бледные, влажные. Пальпируются увеличенные шейные и аксиллярные лимфоузлы до 1-2 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень пальпируется на 1-2 см ниже реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки, перкуторно с 9-10 межреберья.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 5,4*10⁹/л (с/я 72%, лимф.25%, моноц.8%, п/я 4%, эоз. 2%), СОЭ до 18 мм/ч, ЦП 0,99, эритроциты 4,8*10¹² г/л, Нв 135 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,05 г/л, лейкоциты 3-4 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр, удельный вес 1015.</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA</p>

		<p>IgM) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелая форма.</p> <p>Значения медиаторов иммунного ответа представлены на рис.6.</p> <p>При лечении получала аскорутин, глюконат кальция, цефтриаксон, диазолин.</p> <p>В процессе терапии у пациентки наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям: снижение температуры, улучшение общего состояния, нормализация общего анализа крови и общего анализа мочи.</p> <p>Таким образом, мы видим, что у больного Д. с высокой лихорадкой (более 38°C), с явлениями тонзиллита показатели провоспалительных медиаторов ИЛ-1 и ИЛ-6 значительно выше чем у больной М., у которой отмечалась субфебрильная температура и отсутствовал тонзиллярный синдром. Это подтверждает более сильный иммунный ответ у больных с выраженными клиническими симптомами болезни.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	Укажите, какой режим, патогенетическая терапия, этиотропная терапия должна быть назначена.
В	5	Через 14 дней отмечена положительная динамика по клинико-лабораторных показателей.

№7	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 18 лет, поступила в стационар на 4-й день болезни с жалобами на высокую температуру (до 38,8°C), выраженную слабость, затрудненное носовое дыхание и боли в горле при глотании.</p> <p>При объективном осмотре определялась бледность кожных покровов, гипертрофия и гиперемия небных миндалин, гнойные налеты в лакунах. Увеличены шейные и аксиллярные лимфоузлы до 1,5-2,5 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень пальпировалась на 2-3 см ниже реберной дуги, определялся нижний полюс селезенки.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови: лейкоциты $7,6 \cdot 10^9$ г/л (с/я 25%, лимф.45%, моноц.15%, п/я 7%), СОЭ - 21 мм/ч, ЦП 0,98, эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$/л, Нв 132 г/л. АЛАТ 0,53 мкмоль/лч. В общем анализе мочи: лейкоциты 5-6 в п/зр, удельный вес 1025.</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, средней степени тяжести.</p> <p>Значения медиаторов иммунного ответа представлены на рис.9.</p> <p>При лечении получала ацикловир, диазолин, 5% раствор глюкозы, метилурацил.</p>

		Через 14 дней у пациентки отмечена полная нормализация клинических и лабораторных показателей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
В	5	Какая этиотропная и патогенетическая терапия должна быть назначена.

№8	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная К., 20 лет, поступила в стационар на 5-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,7°C, боли в горле при глотании, заложенность носа.</p> <p>При объективном обследовании было выявлено: состояние средней тяжести, небные миндалины гипертрофированы, гнойные налеты в лакунах. Определялось увеличение всех групп лимфоузлов до 1-2 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень пальпировалась на 2-3 см ниже реберной дуги, определялся нижний полюс селезенки, перкуторно с 8-9 межреберья.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 12,5*10⁹ г/л (с/я 24%, лимф.43%, моноц.12%, мононуклеары 14%), СОЭ до 18 мм/ч, ЦП-0,99, эритроциты 4,8*10¹² г/л, Нв 135 г/л. В общем анализе мочи: лейкоциты 7-9 в п/зр, эритроциты 1-3 в п/зр, белок 0,02 г/л, удельный вес 1022, АЛАТ 3,1 мкмоль/лч.</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – отрицательный. Определялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p> <p>Значения медиаторов иммунного ответа представлены на рис.9.</p> <p>При лечении получала арбидол, тавегил, цефотаксим, хлористый кальций.</p> <p>У пациентки наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям: улучшение самочувствия, нормализация размеров печени и селезенки, нормализация биохимических показателей, общего анализа мочи и общего анализа крови.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
В	4	Какая этиотропная и патогенетическая терапия должна быть назначена.
В	5	Через 12 дней отмечена положительная динамика по клинико-лабораторных показателей.

№9	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Д., 18 лет, поступил в стационар на 5-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,5-40°C, выраженную

		<p>слабость, головную боль, боли в горле при глотании.</p> <p>При объективном обследовании было выявлено: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, небные миндалины гипертрофированы, умеренно гиперемированы, гнойные налеты в лакунах.</p> <p>Шейные лимфоузлы увеличены до 1,5 см в диаметре. Печень увеличена на 2 см, пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты $4,0 \cdot 10^9$ г/л (с/я 48%, лимф.45%, моноц.11%, п/я 4%), СОЭ 18 мм/ч, ЦП 0,97, эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}$ г/л, Нв 142 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,08г/л, лейкоциты 3-5 в п/зр, эритроциты 4-6 в п/зр, удельный вес 1015.</p> <p>Выявлены антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) - отрицательный, к ядерному антигену (а/EBNA) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – отрицательный. Определялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
В	4	Какая этиотропная терапия должна быть назначена?
В	5	Какая патогенетическая терапия должна быть назначена?

№10	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗАДАНИЕМ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Г., 25 лет, поступил в стационар на 8-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$, выраженную слабость, недомогание, головокружение, потливость.</p> <p>При объективном обследовании было выявлено: состояние средней тяжести. Пальпировались увеличенные лимфоузлы всех групп до 1-2 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень увеличена на 2-3 см из под реберной дуги по средне-ключичной линии. Пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты $6,0 \cdot 10^9$ г/л (с/я 45%, лимф.46%, моноц.7%, п/я 3%), СОЭ 18 мм/ч, ЦП 0,97, эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$ г/л, Нв 136 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,07г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр, удельный вес 1012.</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – отрицательный. ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови не определялась.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какая этиотропная терапия должна быть назначена?
В	4	Какая патогенетическая терапия должна быть назначена?
В	5	Какое наблюдение должно быть рекомендовано?

4.4 Реферат:

Вирусные гепатиты с фекально-оральным механизмом заражения
Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом заражения

Гепатит А этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
Гепатит В этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
Гепатит Д этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
Гепатит Е. этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
Лабораторная диагностика ВГ
Маркеры вирусных гепатитов
Общие принципы терапии
Показания для назначения альфа-интерферонов
Эффективность противовирусной терапии
Исходы ВГ
Циррозы печени
Гепатоцеллюлярная карцинома
Дифференциальная диагностика желтух
Герпесвирусные инфекции
Герпесвирусные инфекции у больных с ВИЧ-инфекцией
ВГЧ-1
ВГЧ-2
ВГЧ-6
ВГЧ-7
Опоясывающий герпес
Цитомегаловирусная инфекция
ВЭБ-инфекция
Гемофагоцитарный синдром
Злокачественные лимфомы
Назофарингеальная карцинома
Саркома Капоши
Синдром Гиена-Барре
Синдром хронической усталости
Диагностика герпесвирусных инфекций
Маркеры герпесвирусных инфекций
Показания для противовирусной терапии.
Иммунокорригирующая терапия, показания и противопоказания
Оценка иммунного ответа у больных с герпесвирусными инфекциями
Методы патогенетической терапии герпесвирусных инфекций.

4.5 Индивидуальный опрос:

1. Герпесвирусные инфекции, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
2. Герпесвирусные инфекции у больных с ВИЧ-инфекцией.
3. ВГЧ-1 этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
4. ВГЧ-2 этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
5. ВГЧ-6 этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
6. ВГЧ-7 этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.

7. Опоясывающий герпес, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
8. Цитомегаловирусная инфекция, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
9. ВЭБ-инфекция, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
10. Гемофагоцитарный синдром, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
11. Злокачественные лимфомы, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
12. Назофарингеальная карцинома, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
13. Саркома Капоши, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
14. Синдром Гиена-Барре, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
15. Синдром хронической усталости, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
16. Диагностика герпесвирусных инфекций.
17. Маркеры герпесвирусных инфекций
18. Показания для противовирусной терапии при ГВИ.
19. Иммунокорригирующая терапия, показания и противопоказания
20. Оценка иммунного ответа у больных с герпесвирусными инфекциями.
21. Показания для иммунокорригирующей терапии у больных ГВИ.
22. Методы патогенетической терапии герпесвирусных инфекций. .
23. Лечение ГВИ у больных с ВИЧ-инфекцией.
24. Противовирусная терапия ГВИ.
25. Классификация и механизм действия противовирусных препаратов.
26. Гепатит А этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
27. Гепатит В этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
28. Гепатит Д этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия..
29. Гепатит Е. этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
30. Лабораторная диагностика ВГ.
31. Маркеры вирусных гепатитов.
32. Общие принципы терапии ВГ.
33. Показания для назначения альфа-интерферонами ВГ.
34. Эффективность противовирусной терапии ВГ.

35. Исходы ВГ.

36. Циррозы печени, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.

37. Гепатоцеллюлярная карцинома, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

38. Дифференциальная диагностика желтух.

39. Лептоспироз, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

40. Иерсиниоз, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

41. Эхинококкоз, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

42. Сепсис, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.

43. Аутоиммунный гепатит, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

44. Лекарственный гепатит, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

45. Алкогольный гепатит, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

46. Стеатогепатит, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

47. Пигментные гепатозы, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.

48. Острая печеночная недостаточность.

49. Фульминантный гепатит, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия

50. Прогнозирование хронизации при ГВ.

51. Современные направления противовирусной терапии ГВ и ГС.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности.

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине *«Инфекционные болезни»*

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
	-
Эпидемиологические аспекты инфекционных болезней	-
Принципы и методы диагностики инфекционных болезней	-
Принципы и методы лечения инфекционных болезней	-
Профилактика инфекционных болезней	-
Тиф брюшной, паратифы А и Б.	-
Дизентерия. Острая дизентерия, хроническая дизентерия.	-
Холера.	-
Сальмонеллез.	-
Пищевая токсикоинфекция	-
Ботулизм	-
Вирусные диареи	-

Вирусные гепатиты	-
Лептоспироз	-
Бруцеллез	-
Иерсиниоз. Псевдотуберкулез	-
Листерия	-
Амебиаз	-
Балантидиаз	-
Нематодозы	-
Трематодозы	-
Цестодозы	-
Грипп	-
Острые респираторные вирусные инфекции	-
Энтеровирусная инфекция	-
Орнитоз	-
Легионеллез	-
Менингококковая инфекция	-
Дифтерия	-
Инфекционный мононуклеоз	-
Малярия	-
Боррелиоз	-
Чума	-
Туляремия	-
Тиф сыпной эпидемический. Болезнь Брилла	-
Геморрагические лихорадки	-
Рожа	-
Сибирская язва	-
Бешенство. Столбняк.	-
ВИЧ-инфекция	-

ВИЧ-ассоциированные инфекции	-
Дифференциальная диагностика диарей	-
Дифференциальная диагностика экзантем	-
Дифференциальная диагностика лихорадок	-
Дифференциальная диагностика тонзиллитов	-
Дифференциальная диагностика лимфаденопатий	-
Дифференциальная диагностика менингитов	-
Дифференциальная диагностика желтух	-
Сепсис	-
Генерализованные формы инфекционных болезней	-
Инфекционно-токсический шок	-
ДВС-синдром	-
Дегидратационный шок	-
Септический шок	-
Острая печеночная недостаточность	-
Острая почечная недостаточность	-
Острая дыхательная недостаточность	-

5.1.2. Ситуационные задачи к экзамену по дисциплине «Инфекционные болезни»

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Б., 23 года, поступил в стационар на 4 сутки болезни с жалобами на слабость, потливость, подъем температуры тела до 38,5°C, боли в горле при глотании, головные боли.</p> <p>При объективном обследовании выявлено: состояние средней тяжести, гипертрофия и гиперемия небных миндалин, гнойные налеты в лакунах. Определялось увеличение шейных, аксиллярных, паховых лимфоузлов до 1,5 см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень пальпируется на 1-2 см ниже края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, определяется нижний полюс селезенки, перкуторно с 8-10 межреберья.</p> <p>При лабораторном исследовании получены следующие результаты: в общем анализе крови: лейкоциты 8,4*10⁹/л (с/я 73%, эоз.2%, лимф.25%, моноц.5%, п/я 2%), СОЭ 17 мм/ч, ЦП 0,97, эритроциты 4,5*10¹² г/л, Нв 130 г/л. В общем анализе мочи: белка нет, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроцитов 0-1 в поле зрения, удельный вес 1022, эпителий - единичные в п/зр.</p>

		<p>Выявлены антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) - положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – положительный. Выявлена ДНК ВЭБ в крови.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p> <p>При лечении получал цефтриаксон, арбидол, супрастин, 5% раствор глюкозы, аскорбиновую кислоту, глюконат кальция.</p> <p>За время лечения наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным данным. Больной выписан при полном клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных показателей.</p> <p>Однако, через 4 недели больной Б. вновь поступил в инфекционный стационар с жалобами на подъем температуры тела до 37,3°C, слабость, боли в горле при глотании.</p> <p>При объективном обследовании выявлялось увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов до 1-1,5 см в диаметре, плотно-эластической консистенции. Печень пальпировалась на 1-2 см из-под реберной дуги. Определяется нижний полюс селезенки.</p> <p>В анализах обнаружено: в общем анализе крови: лейкоциты 5,5*10⁹ г/л (с/я 55%, лимф.43%, моноц.10%, п/я 2%, эоз 1 %), СОЭ 14 мм/ч, ЦП 0,96, эритроциты 4,9*10¹² г/л, Нв 138 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,05 г/л, лейкоцитов нет, эритроцитов нет, удельный вес 1010, эпителия нет. Билирубин и трансаминазы в норме (18 ммоль/л; 0,5 мкмоль/лч).</p> <p>Определялись антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) - отрицательный, к ядерному антигену (a/EBNA) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>При первичном обследовании отмечено незначительное повышение содержания ИЛ-1β и ИНФ-γ по сравнению со средними контрольными значениями.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ-инфекционный мононуклеоз, затяжное течение.</p> <p>За время лечения у пациента наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям: снизилась температура тела, исчезли боли в горле, улучшилось общее состояние, нормализовались лабораторные показатели. Пациент выписан с выздоровлением.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Лихорадка, интоксикация тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

		отсутствует обоснование нозологической формы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какой дополнительный метод лабораторного исследования необходимо рекомендовать.
Э	-	Пациенту необходимо индикация ПЦР тест ДНК-ВЭБ
P2	-	Метод дообследования указан правильно и обоснован верно.
P1	-	Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно .
P0	-	Метод дообследования указан неправильно.
B	4	Укажите, какие иммунные препараты должны быть назначены. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациенту должна быть назначены интерферогены (стимуляторы эндогенного ИФН)
P2	-	Выбрана верная схема, выбор правильно обоснован.
P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ неверный:
B	5	Через 20 отмечена положительная динамика по клинико-лабораторны показателям. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Какие неотложные состояния могут быть при ИМ.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	002
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 20 лет, поступил в стационар на 4-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 37,8-39°С, головные боли, боли в горле при глотании. При объективном обследовании было выявлено: небные миндалины гипертрофированы, умеренно гиперемированы, гнойные налеты в лакунах. Генерализованная лимфаденопатия: увеличение шейных, поднижнечелюстных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре. Печень увеличена на 2 см из-под реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки. В общем анализе крови: лейкоциты 12,6*10 ⁹ г/л (с/я 15%, лимф.60%,

		<p>моноц.8%, п/я 4%, атипичные мононуклеары 16%), СОЭ 14 мм/ч, ЦП 0,94, эритроциты 4,5*10¹² г/л, Нв 141 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,05г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет, удельный вес 1012, эпителия нет.</p> <p>Выявлены антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) - положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – положительный. ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови не определялась.</p> <p>Содержание ИЛ-1β и ИНФ-γ было более 2-х норм по данным первичного обследования.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p> <p>При лечении получал аскорутин, глюконат кальция, тавегил, 5% глюкоза, арбидол.</p> <p>За время лечения у пациента наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям. Пациент выписан при полном клиническом выздоровлении и нормализации лабораторных показателей. При последующем наблюдении в течении 6 месяцев отсутствовали рецидивы болезни.</p>
В	1	Оцените результаты ПЦР, ИФА с ВЭБ.
Э	-	ДНК-ВЭБ-пол.
P2	-	Спектр а/ВЭБ
P1	-	Оценка результатов проведена верно, но результаты ИФА оценены неверно
P0	-	Оценка результатов иммунограммы проведена неверно, но результаты ИФА оценены верно
В	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз туберкулеза легких установлен на основании следующих данных? Повышение температуры, синдром интоксикации, тонзиллит, генерализованная лимфаденопати, гепатоспленомегали, атипичные мононуклеары, положительный тест ДНК-ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы,
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	4	Укажите, какая этиотропная терапия должна быть назначена
Э	-	Интерферонотерапия, иммуноглобулин, патогенетическая терапия

P2	-	Выбрана верная схема лечения
P1	-	Выбрана верная схема, однако выбор не обоснован
P0	-	Ответ неверный:
B	5	Через месяц отмечена положительная динамика по клинико-лабораторным показателям, элиминация ДНК-ВЭБ. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение в КИЗ, у терапевта.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной М. 27 лет, поступил в стационар на 8-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,5°C, головные боли, головокружение, боли в горле при глотании, тошнота.</p> <p>При объективном обследовании было выявлено: небные миндалины гипертрофированы, умеренно гиперемированы, гнойные налеты в лакунах. Генерализованная лимфаденопатия: увеличение шейных, поднижнечелюстных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре. Печень увеличена на 2 см из-под реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки мягко-эластической консистенции.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 11,5*10⁹ г/л (с/я 15%, лимф.60%, моноц.8%, п/я 4%, атипичные мононуклеары 16%), СОЭ 18 мм/ч, ЦП 0,94, эритроциты 5,2*10¹² г/л, Нв 148 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,01г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроцитов нет, удельный вес 1016, эпителия нет.</p> <p>Выявлены антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) - положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – положительный. В крови больного были положительные результаты индикации ДНК ВЭБ.</p> <p>Содержание ИЛ-1β и ИНФ-γ было менее 2-х норм по данным первичного обследования (115 Пг/мл и 122 Пг/мл).</p> <p>Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.</p> <p>При лечении получал цефтриаксон, аскорутин, глюконат кальция, тавегил, 5% глюкоза, арбидол.</p> <p>К 4-й неделе болезни показатели провоспалительных медиаторов сохранялись на прежнем уровне (ИЛ-1β-112 Пг/л; и ИНФ-γ-123 Пг/мл). За время лечения у пациента наблюдалась положительная</p>

		динамика по клинико-лабораторным показателям. Через 2 месяца повторно госпитализирован: слабость, катаральный синдром, субфебрильная температура. Сохранялась лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. У данного больного наблюдалось затяжное течение болезни.
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, антибактериальная терапия, иммунокорректирующая терапия.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	2	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
Э	-	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
P2	-	Оценка результатов иммунограммы проведена верно
P1	-	Результаты оценены неверно
P0	-	Результаты оценены неверно
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма и степень тяжести
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови), спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы,
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	5	Какая иммунокорректирующая терапия показана больному? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначены: циклоферон, изопринозин.
P2	-	Выбрана верная схема лечения
P1	-	выбор не обоснован или

P0	-	Ответ неверный: неправильный выбор препарата
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной В., 28 лет, поступил в стационар на 8-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,6°С в течение десяти дней, в слабость, головокружение, боли в горле, головные боли, нарушение сна, тошноту.</p> <p>Состояние средней тяжести, небные миндалины умеренно гиперемированы и гипертрофированы, гнойные фолликулы в области миндалин. Определяется увеличение шейных, поднижнечелюстных, аксиллярных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре. Печень выступает на 1-2 см ниже реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 14,6*10⁹ г/л (с/я 12%, лимф.28%, п/я 5%), СОЭ 19 мм/ч, ЦП 0,95, эритроциты 5,3*10¹² г/л, Нв 146 г/л. В общем анализе мочи: лейкоцитов и эритроцитов нет, удельный вес 1015, эпителий – единичные лейкоциты.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови. ИНФ-γ-118 Пг/мл; ИЛ-1β-123 Пг/мл.</p> <p>При лечении получал амиксин, цефтриаксон, аскорутин, диазолин. Выписан из стационара при полной нормализации клинико-лабораторных показателей, отрицательные результаты ДНК-ВЭБ в крови. При наблюдении в течении 6 месяцев у пациента отсутствуют симптомы рецидива болезни.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, антибактериальная терапия, иммунокорригирующая терапия.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	2	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
Э	-	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ.

		Иммунограмма
P2	-	Оценка результатов иммунограммы проведена верно
P1	-	
P0	-	
B	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови), спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы,
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	5	Какая иммунокорректирующая терапия показана больному? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначены: циклоферон, изопринозин.
P2	-	выбор правильно обоснован.
P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ неверный: неправильный выбор препарата
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной И., 25 лет, поступил в стационар на 10-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,2°C в течение десяти дней, в слабость, головокружение, боли в горле, головные боли. Состояние средней тяжести, небные миндалины умеренно гиперемированы и гипертрофированы, гнойные фолликулы в области миндалин. Определяется увеличение шейных, поднижнечелюстных, аксиллярных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, мягко-

		<p>эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты $10,6 \cdot 10^9$ г/л (с/я 12%, лимф.38%, п/я 5%), СОЭ 16 мм/ч, ЦП 0,95, эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ г/л, Нв 142 г/л. В общем анализе мочи: лейкоцитов и эритроцитов нет, удельный вес 1015, эпителий – единичные лейкоциты, единичный в поле зрения.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – положительный, к раннему антигену (а/EA IgG) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови. ИНФ-γ-125 Пг/мл; ИЛ-1β-144 Пг/мл.</p> <p>При лечении получал амиксин, гентамицин, аскорутин, тавегил.</p> <p>Выписан из стационара при полной нормализации клинико-лабораторных показателей, отрицательные результаты ДНК-ВЭБ в крови. При наблюдении в течении 6 месяцев у пациента отсутствуют симптомы рецидива болезни.</p>
В	1	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, антибактериальная терапия, иммунокорригирующая терапия.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	2	Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
P2	-	Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана верно и обоснована правильно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
		Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
В	3	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, среднетяжелой формы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	4	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови), спектр а/ВЭБ.

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесс.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	5	Укажите, какие противотуберкулезные препараты должны войти в схему лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Какая иммунокорректирующая терапия показана больному.? Обоснуйте свой выбор.
P2	-	Назначены: циклоферон, изопринозин.
P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ неверный:
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Ф., 22 года, поступила в инфекционный стационар на 5-й день болезни с жалобами на повышение температуру тела 39° С, слабость, головные боли, сильные боли в горле при глотании. Состояние средней тяжести, гиперемия и гипертрофия небных миндалин, гнойные налеты в лакунах, увеличение шейных, аксиллярных, поднижнечелюстных, паховых лимфоузлов, до 2 см в диаметре, мягко-эластичной консистенции, умеренно болезненные при пальпации. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки мягко-эластической консистенции.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 12,5*10⁹ г/л (с/я 42%, лимф.14%, п/я 5%, мон. 12%, мононуклеары 10%), СОЭ 18 мм/ч, ЦП 0,96, эритроциты 4,3*10¹² г/л, Нв 135 г/л. В общем анализе мочи: белка 0,02 г/л, лейкоциты 3- в поле зрения, эритроциты- 2 в поле зрения, удельный вес 1021, эпителий – 1-3 в поле зрения.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – отрицательный, к раннему антигену (a/EA IgG) – отрицательный. Определялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови. ИНФ-γ-108 Пг/мл; ИЛ-1β-125 Пг/мл.</p> <p>При лечении получала цефтриаксон, 5% раствор глюкозы, супрастин, аскорбиновую кислоту.</p> <p>За время лечения у пациентки наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям, но сохранялась ДНК-ВЭБ в лимфоцитах крови. Была выписана из стационара.</p>

		Через 3 месяца появилась субфебрильная температура, слабость. Сохраняется генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. В крови определялась ДНК-ВЭБ. Диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, затяжное течение. Таким образом, у больной Ф. с последующим формированием затяжного течения болезни отсутствовала элиминация ВЭБ в острую фазу болезни. Это характеризует слабый иммунный ответ и длительную циркуляцию вируса.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, затяжное течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ более 1 месяца (в лимфоцитах крови), спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы верно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно .
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Длительная вирусемия. Симптомы иммунодефицитного состояния.
P2	-	
P1	-	однако выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Через 1 месяца терапии отмечено улучшение по клинико-лабораторным показателям, исчезновение ДНК-ВЭБ (ПЦР).

Э	-	Рекомендовано обследование на ВИЧ.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика лечения выбрана верно, однако не обоснована.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Г., 28 лет, поступил в стационар на 8-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,2°С в течение десяти дней, в слабость, повышенную утомляемость, боли в горле, головные боли.</p> <p>Состояние средней тяжести, небные миндалины умеренно гиперемированы и гипертрофированы, гнойные фолликулы в области миндалин. Определяется увеличение шейных, поднижнечелюстных, аксиллярных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре. Печень выступает на 2-3см ниже реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты 12,6*10⁹ г/л (с/я 12%, лимф.38%, п/я 5%), СОЭ 15 мм/ч, ЦП 0,95, эритроциты 4,3*10¹² г/л, Нв 145 г/л. В общем анализе мочи: лейкоцитов и эритроцитов нет, удельный вес 1018, эпителий - единичный в поле зрения.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Показатели ИЛ-1β -146 Пг/мл, ИНФ-γ – 118 Пг/мл. Содержание медиаторов иммунного ответа несколько ниже средне-контрольных показателей, что свидетельствует о слабом, неадекватном иммунном ответе.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, средне-тяжелая форма. Учитывая низкое содержание ИЛ-1β, ИНФ-γ и положительные результаты индикации ДНК-ВЭБ можно прогнозировать формирование затяжного течения болезни.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, средне-тяжелая форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена клиническая форма болезни.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови), спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование нозологической.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику процесса, имеющегося у больной.
Э	-	ВИЧ-инфекция, ЦМВ-инфекция, ВГЧ-6.
P2	-	Ответ дан верно и полно
P1	-	Заболевания с которыми надо проводить дифференциальную диагностику, приведены не полностью.
P0	-	Ответ дан не правильный.
В	5	Укажите, какие иммунокорректирующие препараты препараты должны войти в схему лечения пациентки. Обоснуйте свой выбор, дайте дальнейшие рекомендации.
Э	-	Назначены: циклоферон, изопринозин.
P2	-	выбор правильно обоснован.
P1	-	выбор не обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 20 лет, поступила в инфекционный стационар на 5-й день болезни с жалобами на повышение температуру тела 38,5° С, слабость, головные боли, выраженные боли в горле при глотании. Состояние средней тяжести, гиперемия и гипертрофия небных миндалин, гнойные налеты в лакунах, увеличение шейных,

		<p>аксиллярных, поднижнечелюстных, паховых лимфоузлов, до 2 см в диаметре, мягко-эластичной консистенции, умеренно болезненные при пальпации. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки мягко-эластической консистенции.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты $10,5 \cdot 10^9$ г/л (с/я 42%, лимф.14%, п/я 5%, мон. 12%, мононуклеары 10%), СОЭ 18 мм/ч, ЦП 0,96, эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ г/л, Нв 141 г/л. В общем анализе мочи: белка 0,01 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты- 1-3 в поле зрения, удельный вес 1024, эпителий – 1-3 в поле зрения.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (а/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (а/EBNA) – отрицательный, к раннему антигену (а/EA IgG) – отрицательный. Определялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Показатели медиаторов иммунного ответа несколько меньше, чем средне-контрольные значения (ИЛ-1β -128 Пг/мл, ИНФ-γ – 114 Пг/мл), что характеризует слабый, неадекватный иммунный ответ и возможное формирование затяжного течения инфекции.</p> <p>При лечении получала цефтриаксон, 5% раствор глюкозы, супрастин, аскорбиновую кислоту.</p> <p>Значения ИНФ-α представлены на рис.32. Сохраняются монотонно-низкие показатели ИНФ-α в процессе динамического наблюдения.</p> <p>За время лечения у пациентки наблюдалась положительная динамика по клинико-лабораторным показателям. Была выписана из стационара.</p> <p>Через 1 месяц появилась субфебрильная температура, слабость. Сохраняется генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. В крови определялась ДНК-ВЭБ.</p> <p>Диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, затяжное течение.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, затяжное течение.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно,
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови) более 1 месяца, спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
Э	-	

P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какая терапия войти в схему лечения больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Патогенетическая, терапия, иммунокорректирующая терапия, общеукрепляющая терапия.
P2	-	правильный режим терапии.
P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
Э	-	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной Н., 18 лет, поступил в стационар на 8-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 38,8°C в течение десяти дней, в слабость, повышенную утомляемость, боли в горле, головные боли.</p> <p>Состояние средней тяжести, небные миндалины умеренно гиперемированы и гипертрофированы, гнойные фолликулы в области миндалин. Определяется увеличение шейных, поднижнечелюстных, аксиллярных лимфоузлов до 2 см в диаметре. Печень выступает на 1-2 см ниже реберной дуги, мягко-эластичной консистенции, пальпируется нижний полюс селезенки.</p> <p>В общем анализе крови: лейкоциты $9,3 \cdot 10^9$ г/л (с/я 12%, лимф.38%, п/я 5%), СОЭ 22 мм/ч, ЦП 0,95, эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ г/л, Нв 135 г/л. В общем анализе мочи: лейкоцитов и эритроцитов нет, удельный вес 1022, эпителий - единичный в поле зрения.</p> <p>Определяются антитела к ВЭБ: к капсидному антигену (a/VCA IgM) – слабо положительный, к ядерному антигену (a/EBNA) – положительный, к раннему антигену (a/EA IgG) – отрицательный. Выявлялась ДНК ВЭБ в лимфоцитах крови.</p> <p>Показатели ИЛ-1β -134 Пг/мл, ИНФ-γ – 109 Пг/мл. Содержание</p>

		<p>медиаторов иммунного ответа ниже контрольных показателей, что свидетельствует о слабом иммунном ответе.</p> <p>Был диагностирован ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, средне-тяжелая форма. Учитывая низкое содержание ИЛ-1β, ИНФ-γ и положительные результаты индикации ДНК-ВЭБ можно прогнозировать формирование затяжного течения болезни.</p> <p>При лечении получал амиксин, цефтриаксон, аскорутин, диазолин.</p> <p>Выписан из стационара при полной нормализации клинико-лабораторных показателей. При первичном обследовании уровень ИНФ-α соответствовал 112 Пг/Мл. Отмечено существенное нарастание содержания ИНФ-α к 4-й неделе наблюдения до 385 Пг/мл. При наблюдении в течении 6 месяцев у пациента отсутствуют симптомы рецидива болезни.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ВЭБ - инфекционный мононуклеоз, средне-тяжелая форма, затяжное течение
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определен клинический вариант течения болезни.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Повышение температуры, синдром интоксикации, лимфаденопатия, тонзиллит, гнойные налеты на миндалинах, генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, ДНК-ВЭБ (в лимфоцитах крови) более 1 месяца, спектр а/ВЭБ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	Через 1 мес ПЦР ДНК-ВЭБ. Иммунограмма
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	4	Дополнительные методы диагностики
Э	-	ДНК-ЦМВ, ДНК-ВГЧ6
P2	-	УЗИ органов брюшной полости,
P1	-	АЛАТ АСАТ
P0	-	Ответ дан неправильный.
В	5	Укажите, какие иммунокорректирующие препараты можно назначить? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначены: амиксин, изопринозин
P2	-	Лечение верно

P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная П., 79 лет, заболела впервые, постепенно после переохлаждения. В клинику поступила на 7й день болезни с жалобами на слабость, потливость, субфебрильную температуру тела, выраженный зуд, жжение и боль на коже ягодичной области справа.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные, на коже ягодичной области справа - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, обильные, гиперемия кожи вокруг них. Увеличены бедренные и паховые лимфоузлы до 1,5 см в диаметре, подвижные, безболезненные.</p> <p>Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу n.jugularis справа, средней степени тяжести. Сопутствует гипертоническая болезнь 2 ст., II ст., риск 2. Сахарный диабет 2 типа. С 2009 года поставлен электрокардиостимулятор.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови: лейкоциты 5,3*10⁹/л (с/я 70%, п/я 1%, лимф. 28%, моноц. 1%), СОЭ до 10 мм/ч, ЦП 0,98, эритроциты 4,74*10⁹/л, Нв 131 г/л. В общем анализе мочи: белка нет, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-2 в п/зр, удельный вес 1029. Сахар крови 5,7 ммоль/л. ДНК ВОГ обнаружена в крови. На 3-й неделе ДНК-ВОГ в крови сохранялась.</p> <p>Получала лечение ацикловиром, диклофенаком и местное лечение раствором бриллиантовой зелени. После проведенного лечения в течение двух недель состояние пациентки улучшилось, температура нормализовалась, на месте высыпаний остались лишь единичные подсыхающие элементы сыпи. Сохраняются умеренные боли по ходу нерва, непостоянного характера. Сформировалась ПГН.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу n.jugularis справа, средней степени тяжести. Сопутствует гипертоническая болезнь 2 ст., II ст., риск 2. Сахарный диабет 2 типа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неверно определена клиническая форма туберкулеза И/или не указана локализация, фаза процесса, группа диспансерного учета.

P0	-	Диагноз поставлен неверно, не определена нозологическая форма болезни.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	ДНК-ВОГ (ПЦР) Иммунограмма
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какая ПВТ должна быть у больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Фамцикловир
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема
P1	-	выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Какое лечение должно быть рекомендовано?
Э	-	ПВТ, НПВС, Витамины группы В
P2	-	Рекомендация лечения верна
P1	-	Дальнейшее лечение рекомендовано не полностью.
P0	-	Рекомендации на дальнейшее лечение не даны.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ч., 31 года, поступил в клинику на 6-й день болезни. Заболевание началось остро, после переохлаждения с появления повышенной температуры тела до 37,80 С, жжения, зуда и боли на коже лица слева. Затем появилась обильная сыпь. Объективно: на коже лица слева - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, обильные, гиперемия кожи вокруг них. Увеличены шейные лимфоузлы (1,5-1,7см), умеренно болезненные мягко-эластичной консистенции. Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes

		<p>zoster с локализацией по ходу 2-й ветви тройничного нерва слева, средней степени тяжести.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови: лейкоциты $4,8 \cdot 10^9/\text{л}$ (с/я 68%, п/я 5%, лимф. 24%, моноц. 3%), СОЭ до 8 мм/ч, ЦП 0,96, эритроциты $5,1 \cdot 10^9/\text{л}$, Нв 144 г/л. В общем анализе мочи: белка нет, лейкоциты 0-1 в п/зр, эритроциты 0 в п/зр, удельный вес 1020. ДНК ВОГ не обнаружена в крови.</p> <p>Получал лечение ацикловиром, диклофенаком, витаминами группы В (В1 и В12), спазмолитиками и местное лечение раствором бриллиантовой зелени. После проведенного лечения в течение недели состояние улучшилось, лихорадки нет, боли и зуд купированы.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу 2-й ветви тройничного нерва слева, средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: Не указан вариант течения болезни
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие дополнительные методы обследования необходимо применить для дообследования больной. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	ДНК-ВОГ (ПЦР) Иммунограмма
P2	-	Методы дообследования указаны верно и обоснованы правильно.
P1	-	Методы дообследования указаны не полностью и/или обоснованы неверно.
P0	-	Методы дообследования указаны не верно.
В	4	Укажите, какой выбор ПВТ и патогенетическая терапия
Э	-	
P2	-	Выбрана верная схема
P1	-	выбор не обоснован.
P0	-	Схема лечения выбрана не правильно.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте ваш выбор.
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная М., 76 л. Заболела остро, внезапно. В клинику поступила на 2й день болезни с жалобами на выраженную слабость, потливость, фебрильную температуру тела, выраженный зуд, жжение и сильную боль в области передней грудной стенки.</p> <p>Данные объективного осмотра: кожные покровы бледные, на коже передней грудной стенки - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, обильные, гиперемия кожи вокруг них. Увеличены регионарные аксиллярные лимфоузлы до 1,5-2 см, мягко-эластичной консистенции, болезненные при пальпации.</p> <p>Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу межреберных нервных окончаний, тяжелого течения. Сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь 3 ст., II ст., риск 3. Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови: лейкоциты $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$ (с/я 71%, эоз. 3%, лимф. 24%, моноц. 2%), повышение СОЭ до 25 мм/ч, ЦП 0,97, эритроциты $4,5 \cdot 10^9/\text{л}$, Нв 145 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,08 г/л, лейкоциты 8-10 в п/зр, эритроциты 1-3 в п/зр, удельный вес 1016. Сахар крови 6,6 ммоль/л. Значения дифференцировочных антигенов представлены на рис. 5, 6, 7.</p> <p>Получала лечение ацикловиром, витаминами гр. В (В1, В6), реополиглюкином, этамзилатом натрия, цефазолином, супрастином и местное лечение раствором бриллиантовой зелени.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу межреберных нервных окончаний, тяжелого течения. Сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь 3 ст., II ст., риск 3. Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно,
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	ДНК-ВОГ (ПЦР) Иммунограмма
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Какова Ваша лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, ПВТ, иммунокорректирующая терапия.
P2	-	верная схема лечения.
P1	-	выбор не обоснован.
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Каков прогноз заболевания.
Э	-	Прогноз благоприятный. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
P2	-	Прогноз верен
P1	-	Прогноз заболевания не точен.
P0	-	Прогноз заболевания не верен.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная О., 77 л. Заболела остро. В клинику поступила на 5 й день болезни с жалобами на субфебрильную температуру тела, жжение кожи головы и лица. Данные объективного осмотра: кожные покровы бледные, на коже головы и лица - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, обильные, гиперемия кожи вокруг них. Пальпируются увеличенные до 1-1,5 см, болезненные подчелюстные лимфоузлы. Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу тройничного нерва, средней степени тяжести. Сопутствует ИБС: стенокардия напряжения, ФКП. Сахарный диабет 2 типа, компенсированный. В анализах: в общем анализе крови: лейкоциты 6,5*10 ⁹ /л (с/я 75%, эоз. 3%, лимф. 18%, п/я 3%, моноц. 2%), повышение СОЭ до 22 мм/ч, ЦП 0,99, эритроциты 4,5*10 ⁹ /л, Нв 144 г/л. Сахар крови 7,5

		ммоль/л. Обнаружена ДНК-ВОГ в крови. В общем анализе мочи: белок 0,02 г/л, единичные лейкоциты, удельный вес 1021, эритроциты 0.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	герпетическая инфекция по типу Herpes zoster с локализацией по ходу тройничного нерва, средней степени тяжести. Сопутствует ИБС: стенокардия напряжения, ФКП. Сахарный диабет 2 типа, компенсированный.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно,
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	ДНК-ВОГ (ПЦР) Иммунограмма
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	не обоснованы.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
В	4	Направления терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, ПВТ, иммунокорректирующая терапия.
P2	-	Выбрана и обоснована верные направления терапии
P1	-	однако выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Каков прогноз заболевания.
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции Прогноз благоприятный
P2	-	Прогноз верен
P1	-	Прогноз заболевания не точен.
P0	-	Прогноз заболевания не верен.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности

		медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Д., 55 л. Заболела остро, внезапно. В клинику поступила на 4 й день болезни с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в области передней грудной стенки.</p> <p>При объективном осмотре кожные покровы бледные, на коже передней грудной стенки - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, достаточно обильные, гиперемия кожи вокруг них. Отмечено увеличение аксиллярных лимфоузлов (1,0-1,5 см), их умеренная болезненность.</p> <p>Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster по ходу межреберных нервных окончаний, средней степени тяжести.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови – лейкопения $3,0 \cdot 10^9$ /л (эоз. 1%, лимф. 28%, с/я 66%, п/я 1%, моноц. 4%), СОЭ 3 мм/ч, ЦП 0,93, эритроциты $4,5 \cdot 10^9$/л, Нв 138 г/л.. В общем анализе мочи: лейкоциты 1-2-4 в п/зр, удельный вес 1008, эритроциты и белок-отрицательно. ДНК-ВОГ в крови не обнаружена.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	герпетическая инфекция по типу Herpes zoster по ходу межреберных нервных окончаний, средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно,
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование клинической формы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Оцените результаты ПЦР ДНК-ВОГ
Э	-	Положительные результаты ПЦР ДНК-ВОГ
P2	-	Результаты оценены верно
P1	-	Дана не полная оценка результатов
P0	-	Результаты проб оценены не правильно
В	4	Укажите, какой режим терапии необходим
Э	-	Патогенетическая, симптоматическая терапия, ПВТ, иммунокорригирующая терапия.
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема лечения
P1	-	Выбрана верная схема лечения.
P0	-	Ответ не верный.
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения больного выбрана верно
P1	-	Тактика ведения больного выбрана верно, но не обоснована.
P0	-	Тактика ведения пациента выбрана не верно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная В., 52 л. Заболела остро, после контакта с больным герпетической инфекцией. В клинику поступила на 4 й день болезни с жалобами на слабость, недомогание, головные боли, зуд и жжение постоянного характера в области правой верхней конечности.</p> <p>При объективном осмотре: кожные покровы бледные, на коже правой верхней конечности - мелкие пузырьковые высыпания, сгруппированные, с серозным содержимым, обильные. Увеличены аксиллярные лимфоузлы (1,0-1,5 см), умеренно болезненны, мягко-эластичной консистенции.</p> <p>Была диагностирована герпетическая инфекция по типу Herpes zoster и simplex с локализацией по ходу pl.brachialis, средней степени тяжести. Сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь 2 ст., II ст., риск 2.</p> <p>В анализах: в общем анализе крови: повышение СОЭ до 24 мм/ч, лейкоциты 4,2*10⁹/л (с/я 70%, эоз. 3%, лимф. 25%, моноц. 2%), ЦП 0,98, эритроциты 3,9*10⁹/л, Нв 138 г/л. В общем анализе мочи: белок 0,03 г/л, лейкоциты единичные в п/зр, эритроциты 0 в п/зр, удельный вес 1020.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	герпетическая инфекция по типу Herpes zoster и simplex с локализацией по ходу pl.brachialis, средней степени тяжести. Сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь 2 ст., II ст., риск 2.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно,
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Высыпания везикулезного характера по ходу нервных окончаний, боли в области поражения сохраняющиеся через 3 мес
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Укажите, какие основные дополнительные методы обследования необходимо провести больной.
Э	-	ДНК-ВОГ (ПЦР) Иммунограмма
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны правильно.
P1	-	Методы обследования указаны верно, но не обоснованы или указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны не верно.
B	4	Укажите, какой режим терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Фамцикловир ПВТ, НПВС, Витамины группы В
P2	-	Выбрана и обоснована верная схема терапии
P1	-	однако выбор не обоснован
P0	-	Ответ не верный.
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Рекомендовано дальнейшее наблюдение у инфекциониста, иммунолога и терапевта. Санация хронических очагов инфекции
P2	-	Тактика лечения верна
P1	-	Дальнейшая тактика лечение рекомендована не полностью.
P0	-	Тактика на дальнейшее лечение не дана.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным и недочетами, выполнены все задания в полном объеме

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			объеме, но некоторые с недочетами	
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	-	-	-	-

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Собчак Д.М., д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней.

Дата «23» ноября 2022 г.