**Эталон билета к промежуточной аттестации за 2 семестр:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра инфекционных болезней

**Экзаменационный билет №1**

по дисциплине «Инфекционные болезни»

по специальности 31.08.35 «Врач-инфекционист»

Инструкция Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Вирусный гепатит В. Этиология. Эпидемиология. Особенности патогенеза. Клиника. Исходы. Затяжные и хронические формы.

2. Лабораторная диагностика гельминтозов.

3. Ситуационная задача №1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| Ф | А/04.7 | Проведение профилактических мероприятий, проведение социально-просветительной работы по формированию здорового образа жизни пациента, и контроль их эффективности |
|  |  |  |
| **И** | **-** | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | Пациент А., 56 лет по профессии - заготовитель, часто бывает в командировках о Средней Азии. Обратился в поликлинику через 1 неделю после возвращения из командировки с жалобами на учащенный жидкий стул с примесью слизи и крови, схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру (37,4-37,6°С). Из анамнеза: болен 4 месяца; после перенесённой ОКИ периодически отмечает обострение в виде учащения полужидкого стула с примесью крови на фоне повышения t до 38°С с дискомфортом со стороны живота (вздутие, урчание, периодически схваткообразные боли). Объективно: общее состояние не нарушено; t=37,3°C, Рs-80 уд. в мин; ЧД-16 в мин; АД-100/60 мм рт.ст. Выражена бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком, без сыпи. Соr: тоны приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык умеренно обложен белым налётом, влажный. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий, умеренная болезненность в области слепой и восходящей кишки. Сигма уплотнена, умеренно болезненная. Печень + 1,5-2,0 см из-под края рёберной дуги, край печени плотно-­эластичной консистенции, подвижный, безболезненный. Селезёнка пальпируется у края рёберной дуги. Стул полуоформленный с примесью сгустков слизи, окрашенных в розовый цвет. Мочеиспускание не нарушено, цвет мочи соломенно-желтый.  Общий анализ крови: Er-1,2•1012/л, Hb-9,0 г/дл; Fi=0,5 Tr-180•109/л; э-5%, n-9%, C-72%, Л-10%, М-4%, СОЭ-30 мм/час. |
| В | 1 | Укажите наиболее вероятный диагноз |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| В | 3 | Какие дополнительные исследования необходимо провести для оценки состояния пациента и тяжести процесса? Обоснуйте свое назначение. |
| В | 4 | Сделайте соответствующие лекарственные назначения |
| В | 5 | Какова дальнейшая тактика врача по оказанию помощи больному при различном течении заболевания (при улучшении, при сохранении симптомов, при развитии осложнений и рецидивов)? |

4. Ситуационная задача №2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| И |  | Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.  Время выполнения задания – 25-30 минут |
| У |  | Больной Т. 30 лет обратился к дерматологу в связи с по­явлением темных пятен на коже, которые начали появляться 4 месяца тому назад. Объективно: на лице, туловище, ко­нечностях немногочисленные темно-красные с синюшным от­тенком пятна размером от 0,4 до 0,8 см. Некоторые элемен­ты выступают над поверхностью кожи. Подобные образова­ния имеются на слизистой рта и нижней губе. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Пальпируют­ся мелкие лимфатические узлы: подмышечные, надключич­ные, шейные. Поставлен диагноз «саркома Капоши». |
| В1 |  | Ваши предположения о диагнозе |
| В2 |  | Тактика ведения больного |
| В3 |  | Какая дополнительная информация о больном необ­ходима |

Утверждено

Зав. кафедрой инфекционных болезней,

д.м.н., профессор /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В. Николаева

**Эталон ответов к билету:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Ситуационная задача №1.** |
| **И** | **-** | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | Пациент А., 56 лет по профессии - заготовитель, часто бывает в командировках о Средней Азии. Обратился в поликлинику через 1 неделю после возвращения из командировки с жалобами на учащенный жидкий стул с примесью слизи и крови, схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру (37,4-37,6°С). Из анамнеза: болен 4 месяца; после перенесённой ОКИ периодически отмечает обострение в виде учащения полужидкого стула с примесью крови на фоне повышения t до 38°С с дискомфортом со стороны живота (вздутие, урчание, периодически схваткообразные боли). Объективно: общее состояние не нарушено; t=37,3°C, Рs-80 уд. в мин; ЧД-16 в мин; АД-100/60 мм рт.ст. Выражена бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком, без сыпи. Соr: тоны приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык умеренно обложен белым налётом, влажный. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий, умеренная болезненность в области слепой и восходящей кишки. Сигма уплотнена, умеренно болезненная. Печень + 1,5-2,0 см из-под края рёберной дуги, край печени плотно-­эластичной консистенции, подвижный, безболезненный. Селезёнка пальпируется у края рёберной дуги. Стул полуоформленный с примесью сгустков слизи, окрашенных в розовый цвет. Мочеиспускание не нарушено, цвет мочи соломенно-желтый.  Общий анализ крови: Er-1,2•1012/л, Hb-9,0 г/дл; Fi=0,5 Tr-180•109/л; э-5%, n-9%, C-72%, Л-10%, М-4%, СОЭ-30 мм/час. |
| В | 1 | Укажите наиболее вероятный диагноз |
| Э | Эталон | Хронический кишечный амебиаз, амебная дизентерия, средней тяжести. Осложнение: гипохромная анемия средней степени тяжести |
| Р2 | 2 балла | Диагноз установлен верно. |
| Р1 | 1 балл | Диагноз установлен неполный (не указана форма амебиаза – хронический, не указана анемия, её тяжесть). |
| Р0 | 0 баллов | Диагноз установлен неверно |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Э | Эталон | Диагноз хронический кишечный амебиаз, амебная дизентерия установлен на основании данных анамнеза: болен в течение 4 месяцев; данных эпид.анамнеза: профессиональная группа риска, пребывание в длительных командировках в Средней Азии; Наличие в клинике основных клинических синдромов – колита (жалобы больного на учащенный жидкий стул с примесью слизи и крови, схваткообразные боли в животе, по данным объективного осмотра – вздутие живота, умеренная болезненность в области слепой, восходящей кишки, уплотнение и болезненность сигмовидной кишки, характер стула: полуоформленный с примесью сгустков слизи, окрашенных в розовый цвет), синдрома интоксикации (выражен умеренно: субфебрильная температура, слабость), гепатолиенального синдрома (увеличение печени и селезенки, субиктеричность кожи). Гипохромная анемия, средней тяжести поставлен на основании изменений в периферическом анализе крови (уровень гемоглобина 90 г/л, снижение уровня эритроцитов, цветового показателя, увеличение СОЭ), данных объективного осмотра – выраженная бледность кожи, склонность к гипотонии. |
| Р2 | 2 балла | Диагноз обоснован верно. |
| Р1 | 1 балл | Диагноз обоснован неполностью:  Не выделены и/или не обоснованы основные клинические синдромы;  Не выделен эпидемиологический анамнез;  отсутствует обоснование анемии и её формы. |
| Р0 | 0 баллов | Диагноз обоснован полностью неверно. |
| В | 3 | Какие дополнительные исследования необходимо провести для оценки состояния пациента и тяжести процесса? Обоснуйте свое назначение. |
| Э | Эталон | * Исследование испражнений – характерные изменения в копрограмме, характерные для колита: наличие слизи, эритроцитов, лейкоцитов; * Паразитологическое исследование фекалий – выявление Entamoeba Histolytica, обязательно обнаружение подвижных форм трофозоидов (гематофагов), так как обнаружение только цист и просветных вегетативных форм при отсутствии гематофагов не является основанием для диагноза «амебная дизентерия»; обнаружение кристаллов Шарко-Лейдена. * Серологическая диагностика (РНГА, ИФА) – обнаружение специфических антител в сыворотке крови имеет диагностическое значение при отрицательном паразитологическом исследовании фекалий (отсутствии подвижных форм трофозоидов/гематофагов). * Бактериологическое исследование фекалий на энтеропатогенную флору (Шигеллы, Сальмонеллы) с целью дифференциаотной диагностики. * Фиброколоноскопия (ФКС) – для оценки степени поражения кишечника и распространенности процесса, а так же с целью дифференциальной диагностики, с учетом хронического течения заболевания. * УЗИ или КТ органов брюшной полости для исключения внекишечного амебиаза (в первую очередь – амебного абсцесса печени). * Биохимическое исследование крови для определения лабораторных признаков возможного поражения печени (билирубин общий и фракции, активность аланинаминотрансферазы и аспарататаминотрансферазы, щелочной фосфатазы). |
| Р2 | 2 балла | Назначения сделаны полностью верно. |
| Р1 | 1 балл | План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или назначения неполные (отсутствуют назначения инструментальных методов исследования, при паразитологическом методе исследования не уточнено, что обязательно определение подвижных трофозоидов (гематофагов), а не только цист и просветных форм Entamoeba Histolytica),  Или не названы 2 дополнительных метода обследования из списка  или обоснование для двух назначенных методов обследования дано не верно, не назначены дополнительные методы исследования для диф.диагностики с шигеллезом и выявления внекишечного амебиаза. |
| Р0 | 0 баллов | Не названы 3 и более дополнительных метода обследования.  или обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.  Или план дополнительного обследования составлен полностью неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Сделайте соответствующие лекарственные назначения |
| Э | Эталон | * Этиотропное (противопаразитарное) лечение: 5-нитроимидазол -   Метронидазол 30 мг/кг/сут в три приема (по 750 мг 3 раза в день) per os в течение 8-10 дней.  Или тинидазол 30 мг/кг/сут в один прием 3-5 дней;  При непереносимости метронидазола – тетрациклин по 250 мг 4 раза в день 10 дней.   * Патогенетическое (симптоматическое) лечение:   Спазмолитики: дротаверин 80 мг 2-3 раза в день (160-240 мг/сут) 3-5 дней;  Оральная регидратация для восстановления водно-солевого баланса (регидрон , оралит в объеме 1-2% от массы тела (до 1 -1,5 литров) в сутки – в теплом виде – дробно)  Сорбенты (лактофильтрум, активированный уголь) по 2 таб 3 раза в день – 5-10 дней  Ферменты (панкреатин) по 1-2 таб 3 раза в день с едой  Поливитамины и препараты железа: сульфат железа 320 мг+аскорбиновая кислота 60 мг(сорбифер дурулес) 1 таб 2 раза в день 1 мес. |
| Р2 | 2 балла | При правильном определении тактики: назначена этиотропная и патогенетичекая терапия |
| Р1 | 1 балл | Если верно определена тактика, но имеются ошибки в назначении эффективных в данной ситуации препаратов или в их дозировке и длительности применения. |
| Р0 | 0 баллов | Если не назначены антипаразитарные препараты. Если неверно определен спектр назначаемых препаратов. |
|  |  |  |
| В | 5 | Какова дальнейшая тактика врача по оказанию помощи больному при различном течении заболевания (при улучшении, при сохранении симптомов,при развитии осложненийи рецидивов)? |
| Э | Эталон | При улучшении состояния (тенденции к разрешению основных клинических синдромов – купировании интоксикации, урежении стула, купировании болей в животе, исчезноваении патологических примесей в стуле), при отсутствии после дополнительного обследования внекишечных форм амебиаза, назначенный комплекс расценивается как эффективный и, соответственно, продолжается в течение 10-14 дней. После отмены антипаразитарного лечения – через 2-3 дня – проводится контрольное паразитологическое исследование фекалий (у декретированных контингентов – 3-х кратно), при отрицательном результате – выписка, диспансерное наблюдение инфекциониста по месту жительства, продолжить лечение поливитаминами и препаратами железа до восстановления уровня гемоглобина, назначение гепатопротекторов (урсодезоксихолевая кислота 250 мг 2 раза в день) курсом на 1-2 мес., контрольное паразитологическое исследование фекалий через 1-3-6 месяцев, при отрицательном результате – снятие с Д-наблюдения, при развитии рецидива – повторный курс антипаразитарного лечения.  При сохраняющихся симптомах колита, угрозы перфорации кишечника – продолжить курс антипаразитарной терапии длительностью не менее 14 дней (комбинация 2 антипаразитарных препаратов), повторное проведение ФКС в динамике, консультация хирурга, гастроэнтеролога.  При выявлении внекишечного амебиаза – консультация хирурга, решение вопроса о необходимости хирургического лечения. |
| Р2 | 2 балла | Дальнейшая тактика лечения выбрана верно. Указаны все варианты исхода заболевания. |
| Р1 | 1 балл | Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полная |
| Р0 | 0 баллов | Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверна. |
|  |  |  |
|  |  | **Ситуационная задача №2.** |
| У |  | Больной Т. 30 лет обратился к дерматологу в связи с по­явлением темных пятен на коже, которые начали появляться 4 месяца тому назад. Объективно: на лице, туловище, ко­нечностях немногочисленные темно-красные с синюшным от­тенком пятна размером от 0,4 до 0,8 см. Некоторые элемен­ты выступают над поверхностью кожи. Подобные образова­ния имеются на слизистой рта и нижней губе. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Пальпируют­ся мелкие лимфатические узлы: подмышечные, надключич­ные, шейные. Поставлен диагноз «саркома Капоши». |
|  |  |  |
| В |  |  |
| В1 |  | Ваши предположения о диагнозе |
| Э1 |  | Своеобразие случая заключается в наличии диссеминированной саркомы Капоши у больного 30 лет, что с боль­шой достоверностью может указывать на инфекцию ВИЧ. |
| Р2 | 2 балла | Диагноз выставлен верно |
| Р1 | 1 балл | Диагноз частично верный, но нет указания стадии |
| Р0 | 0 баллов | Диагноз поставлен не верно |
| В2 |  | Тактика ведения больного |
| Э2 |  | Госпитализация больного в специализированное отде­ление, окончательное подтверждение диагноза, обследование на возможные оппортунистические инфекции, консультации специалистов, иммунный статус. План лечения с учетом результатов обследования (АЗТ, лечение возможных оппор­тунистических инфекций этиотропными средствами). Тера­пия генерализованной саркомы Капоши представляет труд­ную задачу, т. к. используемые для этого цитостатики еще более усугубляют иммунодефицит. Подобным же образом действуют кортикостероиды, лучевая терапия. |
| Р2 | 2 балла | Правильная оценка с объяснением |
| Р1 | 1 балл | Правильная оценка, но нет объяснения |
| Р0 | 0 баллов | Оценка не верная, объяснение отсутствует |
| В3 |  | Какая дополнительная информация о больном необ­ходима |
| Э3 |  | При подозрении на инфекцию ВИЧ врач обязан выяс­нить сексуальный анамнез, контакты, наличие парентераль­ных вмешательств, переливания крови. |
| Р2 | 2 балла | Ответ верный |
| Р1 | 1 балл | Ответ частично не верный |
| Р0 | 0 баллов | Ответ не верный |
|  |  |  |