

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 2020.08.26 11:11:06
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

« 26 » 20 20 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Вич-инфекция»

Врач-специалист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции характеризуются:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Профессиональные компетенции характеризуются:

в профилактической деятельности:

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

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

– готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

в диагностической деятельности:

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

в реабилитационной деятельности:

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

в психолого-педагогической деятельности:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «ВИЧ-инфекция»**

1. Организация специализированной службы по профилактике и борьбе со СПИДом в РФ. Нормативная база.
 2. Этиология и патогенез ВИЧ-инфекции
 3. Микробиологическая характеристика вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)
 4. Патогенез ВИЧ-инфекции
 5. Наиболее значимые иммунологические показатели в оценке тяжести и прогноза ВИЧ-инфекции
 6. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в РФ
 7. Механизмы и пути передачи возбудителя
 8. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
 9. Общая клиническая характеристика оппортунистических заболеваний
 10. Классификация оппортунистических заболеваний (по возбудителю)
 11. Структура оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в России
 12. Паразитозы у больных ВИЧ-инфекцией-общая характеристика, перечень
 13. Пневмоцистная пневмония
 14. Проявления токсоплазмоза
 15. Характерные черты криптоспориidioза и изоспороза
 16. Микозы у больных ВИЧ-инфекцией Общая характеристика, перечень
 17. Клинические проявления кандидоза
 18. Характерные черты криптококкоза
 19. Клиника гистоплазмоза
 20. Клиника кокцидиоидоза
 21. Вирусные оппортунистические инфекции Характеристика, перечень
 22. Проявления герпетической инфекции и опоясывающего герпеса
 23. Клиника цитомегаловирусной инфекции
 24. Бактериальные инфекции у ВИЧ-инфицированных
 25. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных – особенности течения
 26. Атипичный микобактериоз
 27. Опухоли у больных ВИЧ-инфекцией, перечень, краткая характеристика
 28. Саркома Капоши
 29. Дифференциальная диагностика ВИЧ-инфекции
 30. Особенности проведения дифференциальной диагностики поражений органов и систем при ВИЧ-инфекции
 31. Основы клинической диагностики проявлений ВИЧ-инфекции, СПИД и СПИД-ассоциированных заболеваний у детей
 32. Современные принципы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции
 33. АРВ-препараты. Общая характеристика, взаимодействие, токсичность
 34. Показания к назначению АРВТ.
 35. Схемы первой линии антиретровирусной терапии
 36. Тактика ведения пациента с выявленной вирусной устойчивостью
 37. Схемы перинатальной химиопрофилактики ВИЧ
 38. Структура государственной системы профилактики ВИЧ-инфекции
 39. Охрана труда, постконтактная профилактика и психо-социальная поддержка персонала
 40. Правила предупреждения инфицирования ВИЧ медицинских работников в процессе профессиональной деятельности
 41. Психо-социальные аспекты ВИЧ-инфекции
- Проблемы стигматизации и дискриминации, связанные с ВИЧ/СПИД

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине «ВИЧ-инфекция»

Вариант 1.

Укажите один правильный ответ

1. ВИЧ относится к семейству

- а) рабдовирусов
- б) гепадновирусов
- в) ретровирусов
- г) аденовирусов

2. Международное обозначение синдрома приобретенного иммунодефицита

- а) SIDA
- б) HIV
- в) AIDS
- г) LAV

3. Ранний срок появления антител в организме ВИЧ-инфицированного после заражения составляет

- а) 2 дня
- б) 1 мес.
- в) 2 нед.
- г) 3 мес.

4. ВИЧ имеет типы

- а) I, II, III, IV
- б) I, II, III
- в) I, II
- г) I

5. Отрицательный анализ в ИФА на ВИЧ-инфекцию

- а) свидетельствует об отсутствии заболевания
- б) свидетельствует об отсутствии вируса в крови
- в) служит основанием для ответа «антитела к ВИЧ не обнаружены»
- г) служит основанием для повторного обследования

6. Стадиями ВИЧ-инфекции, по клинической классификации В.В.Покровского, являются

- а) инкубации, первичных проявлений, вторичных заболеваний, терминальная
- б) инкубации, продромы, разгара, вторичных заболеваний, терминальная
- в) инкубации, бессимптомная, разгара, терминальная
- г) острая лихорадочная фаза, генерализованная лимфаденопатия, пре-СПИД,

СПИД

7. При вертикальном механизме заражение чаще происходит

- а) через плаценту
- б) в родах
- в) при кормлении грудью

г) при уходе за новорожденным

8. В группу риска по ВИЧ-инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ входят

- а) стоматологи
- б) процедурные сестры
- в) беременные
- г) реципиенты крови

9. В организме ВИЧ-инфицированного вирус присутствует

- а) во всех стадиях
- б) во всех стадиях, кроме инкубации
- в) во всех стадиях, кроме 2Б, по классификации Покровского В.В.
- г) во всех стадиях, кроме терминальной

10. Максимальная концентрация вируса у ВИЧ-инфицированного обнаруживается в стадии

- а) первичных проявлений
- б) СПИДа
- в) генерализованной лимфаденопатии
- г) бессимптомной

11. Методом серодиагностики для определения антител к ВИЧ является

- а) реакция прямой гемагглютинации (РПГА)
- б) иммуноферментный анализ (ИФА)
- в) реакция связывания комплемента (РСК)
- г) реакция непрямой гемагглютинации (РНГА)

12. Антивирусный препарат, применяемый при лечении ВИЧ-инфекции

- а) пенициллин
- б) интерлейкин
- в) тималин
- г) азидотимидин (АЗТ)

13. Самая заразная стадия при ВИЧ-инфекции

- а) инкубации
- б) первичных проявлений
- в) вторичных проявлений
- г) терминальная

14. При проникновении в организм человека ВИЧ поражает

- а) В-лимфоциты
- б) Т₄-лимфоциты
- в) Т₈-лимфоциты
- г) тромбоциты

15. Методами иммуноблотинга определяют

- а) антитела
- б) антигены
- в) Т₄ - и Т₈-лимфоциты

г) вирусные частицы

16. Доза, недостаточная для заражения ВИЧ-инфекцией, содержится в

а) сыворотке крови

б) слюне

в) амниотической жидкости

г) гное

17. При ВИЧ-инфекции поражается система

а) костная

б) мышечная

в) иммунная

г) сердечно-сосудистая

18. У ВИЧ-инфицированных происходит прежде всего уменьшение

а) Т₄-лимфоцитов

б) Т₈-лимфоцитов

в) В-лимфоцитов

г) плазматических клеток

19. Обследование на ВИЧ-инфекцию возможно только при

а) предъявлении страхового полиса

б) наличии веских причин для обследования

в) наличии прописки в данном населенном пункте

г) направлении врача с указанием диагноза

20. Сыворотка крови для исследования на ВИЧ-инфекцию хранится при температуре (в °С)

а) (+4) – (+8)

б) -18

в) (-20) – (-22)

г) +37

21. В медицинскую аптечку для профилактики ВИЧ-инфекции входят

а) навески марганцевокислого калия 0,05 г, фурацилин

б) 5% спиртовой раствор йода, 70% спирт, навески марганцевокислого калия 0,05 г

в) перевязочный материал, пипетки, стрептомицин

г) стерильная вода 100 мл, 70% спирт, нашатырный спирт

22. Обнаружение ВИЧ-инфекции является основанием для

а) отстранения от донорства

б) экстренной госпитализации в стационар

в) отстранения от работы, связанной с общением с людьми

г) обязательного прерывания беременности в случае ее возникновения

23. Наиболее частый путь заражения ВИЧ-инфекцией в РФ в настоящее время

а) грудное вскармливание

б) контактно-бытовой

в) парентеральный

г) половой

24. Доза, достаточная для заражения ВИЧ-инфекций, содержится в

- а) секрете потовых желез
- б) вагинальном секрете
- в) слюне
- г) моче

25. Основное направление борьбы с ВИЧ-инфекцией

- а) массовая вакцинация
- б) массовое обследование на ВИЧ
- в) изоляция ВИЧ-инфицированных
- г) санитарно-просветительская работа среди населения

26. Для предупреждения внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией в соматическом стационаре необходимо проводить

- а) тщательное проветривание помещений
- б) ультрафиолетовое облучение помещений
- в) дезинфекцию и стерилизацию изделий медицинского назначения
- г) влажную уборку помещений

27. Медицинский работник, разносивший информацию о наличии ВИЧ-инфекции у пациента (сообщил коллегам, родственникам, администрации ЛПУ)

- а) подвергается юридической ответственности в рамках действующего законодательства
- б) поощряется
- в) увольняется
- г) штрафуется

28. ВИЧ-инфицированный человек имеет право вступать в половые контакты

- а) без всяких ограничений
- б) нет
- в) да, но должен предупредить своего партнера о том, что инфицирован, получить от него согласие на контакт и использовать презерватив
- г) да, но использовать презерватив

29. Эпидемическая ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в мире в настоящее время характеризуется как

- а) пандемия
- б) спорадические случаи
- в) эпидемия
- г) эпидемия и спорадические случаи

30. ВИЧ-инфицированные

- а) отстраняются от всех видов прививок
- б) не прививаются живыми вакцинами
- в) прививаются в первую очередь в соответствии с календарем прививок
- г) прививаются по эпидемиологическим показаниям

31. Центральный орган иммунной системы

- а) пейеровы бляшки в тонком кишечнике
- б) красный костный мозг
- в) селезенка
- г) периферические лимфоузлы

32. Периферический орган иммунной системы

- а) селезенка
- б) красный костный мозг
- в) печень
- г) вилочковая железа

33. Орган иммунной системы

- а) щитовидная железа
- б) вилочковая железа - тимус
- в) поджелудочная железа
- г) гипофиз

34. Причина гибели Т₄-лимфоцитов при ВИЧ-инфекции

- а) действие токсинов
- б) размножение в них ВИЧ
- в) соприкосновение их с ВИЧ
- г) проникновение в них ВИЧ

35. Наиболее частое клиническое проявление острой лихорадочной фазы во II стадии ВИЧ-инфекции (по классификации В.В.Покровского) напоминает

- а) грипп
- б) инфекционный мононуклеоз
- в) скарлатину
- г) дифтерию

36. Такие признаки, как парезы, нарушения координации движения, кахексия, слепота, могут проявиться (по клинической классификации В.В. Покровского) в стадии ВИЧ-инфекции

- а) I
- б) IIВ
- в) IIIВ
- г) ПА

37. Термин «СПИД»

- а) идентичен ВИЧ
- б) обозначает терминальную стадию ВИЧ-инфекции
- в) стадию вторичных проявлений
- г) стадию первичных проявлений

38. СПИД-маркерным заболеванием является

- а) лямблиоз
- б) пневмоцистная пневмония
- в) стафилококковая инфекция
- г) амебиаз

39. Ношение маски медицинским работникам стационара для больных СПИДом необходимо для

- а) предотвращения заражения их ВИЧ-инфекцией контактным путем
- б) предотвращения заражения их ВИЧ-инфекцией через слюну
- в) защиты больного от заражения микрофлорой персонала
- г) защиты персонала от заражения ВИЧ воздушно-капельным путем

40. Запретить грудное вскармливание новорожденных детей матерям, которые инфицированы ВИЧ

- а) следует
- б) не следует, если соски не имеют трещин
- в) не следует, если полость рта новорожденных без повреждений
- г) не следует, если не прорезались зубы

Ответы к тестовым заданиям

Вариант 1.

1 в,	12 г,	21 б,	31 б,
2 в,	13 г,	22 а,	32 а,
3 в,	14 б,	23 в,	33 б,
4 в,	15 а,	24 б,	34 б,
5 в,	16 б,	25 г,	35 б,
6 а,	17 в,	26 в,	36 в,
7 б,	18 а,	27 а,	37 б,
8 г,	19 б,	28 в,	38 б,
9 а,	20 а,	29 а,	39 в,
10 б,		30 б,	40 а,
11 б,			

Вариант 2.

Укажите один правильный ответ

- 1. ВИЧ относится к семейству**
 - а) рабдовирусов
 - б) гепадновирусов
 - в) ретровирусов
 - г) аденовирусов
- 2. Международное обозначение синдрома приобретенного иммунодефицита**
 - а) SIDA
 - б) HIV
 - в) AIDS
 - г) LAV
- 3. Ранний срок появления антител в организме ВИЧ-инфицированного после заражения составляет**
 - а) 2 дня
 - б) 1 мес.
 - в) 2 нед.
 - г) 3 мес.
- 4. ВИЧ имеет типы**
 - а) I, II, III, IV
 - б) I, II, III
 - в) I, II
 - г) I
- 5. Отрицательный анализ в ИФА на ВИЧ-инфекцию**
 - а) свидетельствует об отсутствии заболевания
 - б) свидетельствует об отсутствии вируса в крови
 - в) служит основанием для ответа «антитела к ВИЧ не обнаружены»
 - г) служит основанием для повторного обследования
- 6. Стадиями ВИЧ-инфекции, по клинической классификации В.В.Покровского, являются**
 - а) инкубации, первичных проявлений, вторичных заболеваний, терминальная
 - б) инкубации, продромы, разгара, вторичных заболеваний, терминальная
 - в) инкубации, бессимптомная, разгара, терминальная
 - г) острая лихорадочная фаза, генерализованная лимфаденопатия, пре-СПИД, СПИД
- 7. При вертикальном механизме заражение чаще происходит**
 - а) через плаценту
 - б) в родах
 - в) при кормлении грудью
 - г) при уходе за новорожденным
- 8. В группу риска по ВИЧ-инфекции в соответствии с рекомендациями ВОЗ входят**
 - а) стоматологи
 - б) процедурные сестры

- в) беременные
- г) реципиенты крови

9. В организме ВИЧ-инфицированного вирус присутствует

- а) во всех стадиях
- б) во всех стадиях, кроме инкубации
- в) во всех стадиях, кроме 2Б, по классификации Покровского В.В.
- г) во всех стадиях, кроме терминальной

10. Максимальная концентрация вируса у ВИЧ-инфицированного обнаруживается в стадии

- а) первичных проявлений
- б) СПИДа
- в) генерализованной лимфаденопатии
- г) бессимптомной

11. Методом серодиагностики для определения антител к ВИЧ является

- а) реакция прямой гемагглютинации (РПГА)
- б) иммуноферментный анализ (ИФА)
- в) реакция связывания комплемента (РСК)
- г) реакция непрямой гемагглютинации (РНГА)

12. Антивирусный препарат, применяемый при лечении ВИЧ-инфекции

- а) пенициллин
- б) интерлейкин
- в) тималин
- г) азидотимидин (АЗТ)

13. Самая заразная стадия при ВИЧ-инфекции

- а) инкубации
- б) первичных проявлений
- в) вторичных проявлений
- г) терминальная

14. При проникновении в организм человека ВИЧ поражает

- а) В-лимфоциты
- б) Т₄-лимфоциты
- в) Т₈-лимфоциты
- г) тромбоциты

15. Методами иммуноблотинга определяют

- а) антитела
- б) антигены
- в) Т₄ - и Т₈-лимфоциты
- г) вирусные частицы

16. Доза, недостаточная для заражения ВИЧ-инфекцией, содержится в

- а) сыворотке крови
- б) слюне
- в) амниотической жидкости
- г) гное

17. При ВИЧ-инфекции поражается система

- а) костная
- б) мышечная
- в) иммунная
- г) сердечно-сосудистая

18. У ВИЧ-инфицированных происходит прежде всего уменьшение

- а) Т₄-лимфоцитов
- б) Т₈-лимфоцитов
- в) В-лимфоцитов
- г) плазматических клеток

19. Обследование на ВИЧ-инфекцию возможно только при

- а) предъявлении страхового полиса
- б) наличии веских причин для обследования
- в) наличии прописки в данном населенном пункте
- г) направлении врача с указанием диагноза

20. Сыворотка крови для исследования на ВИЧ-инфекцию хранится при температуре (в °С)

- а) (+4) – (+8)
- б) -18
- в) (-20) – (-22)
- г) +37

21. В медицинскую аптечку для профилактики ВИЧ-инфекции входят

- а) навески марганцевокислого калия 0,05 г, фурацилин
- б) 5% спиртовой раствор йода, 70% спирт, навески марганцевокислого калия 0,05 г
- в) перевязочный материал, пипетки, стрептомицин
- г) стерильная вода 100 мл, 70% спирт, нашатырный спирт

22. Обнаружение ВИЧ-инфекции является основанием для

- а) отстранения от донорства
- б) экстренной госпитализации в стационар
- в) отстранения от работы, связанной с общением с людьми
- г) обязательного прерывания беременности в случае ее возникновения

23. Наиболее частый путь заражения ВИЧ-инфекций в РФ в настоящее время

- а) грудное вскармливание
- б) контактно-бытовой
- в) парентеральный
- г) половой

24. Доза, достаточная для заражения ВИЧ-инфекций, содержится в

- а) секрете потовых желез
- б) вагинальном секрете
- в) слюне
- г) моче

25. Основное направление борьбы с ВИЧ-инфекцией

- а) массовая вакцинация
- б) массовое обследование на ВИЧ

- в) изоляция ВИЧ-инфицированных
 - г) санитарно-просветительская работа среди населения
- 26. Для предупреждения внутрибольничного инфицирования ВИЧ-инфекцией в соматическом стационаре необходимо проводить**
- а) тщательное проветривание помещений
 - б) ультрафиолетовое облучение помещений
 - в) дезинфекцию и стерилизацию изделий медицинского назначения
 - г) влажную уборку помещений
- 27. Медицинский работник, разносивший информацию о наличии ВИЧ-инфекции у пациента (сообщил коллегам, родственникам, администрации ЛПУ)**
- а) подвергается юридической ответственности в рамках действующего законодательства
 - б) поощряется
 - в) увольняется
 - г) штрафуется
- 28. ВИЧ-инфицированный человек имеет право вступать в половые контакты**
- а) без всяких ограничений
 - б) нет
 - в) да, но должен предупредить своего партнера о том, что инфицирован, получить от него согласие на контакт и использовать презерватив
 - г) да, но использовать презерватив
- 29. Эпидемическая ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в мире в настоящее время характеризуется как**
- а) пандемия
 - б) спорадические случаи
 - в) эпидемия
 - г) эпидемия и спорадические случаи
- 30. ВИЧ-инфицированные**
- а) отстраняются от всех видов прививок
 - б) не прививаются живыми вакцинами
 - в) прививаются в первую очередь в соответствии с календарем прививок
 - г) прививаются по эпидемиологическим показаниям
- 31. Центральный орган иммунной системы**
- а) пейеровы бляшки в тонком кишечнике
 - б) красный костный мозг
 - в) селезенка
 - г) периферические лимфоузлы
- 32. Периферический орган иммунной системы**
- а) селезенка
 - б) красный костный мозг
 - в) печень
 - г) вилочковая железа
- 33. Орган иммунной системы**

- а) щитовидная железа
- б) вилочковая железа - тимус
- в) поджелудочная железа
- г) гипофиз

34. Причина гибели Т₄-лимфоцитов при ВИЧ-инфекции

- а) действие токсинов
- б) размножение в них ВИЧ
- в) соприкосновение их с ВИЧ
- г) проникновение в них ВИЧ

35. Наиболее частое клиническое проявление острой лихорадочной фазы во II стадии ВИЧ-инфекции (по классификации В.В.Покровского) напоминает

- а) грипп
- б) инфекционный мононуклеоз
- в) скарлатину
- г) дифтерию

36. Такие признаки, как парезы, нарушения координации движения, кахексия, слепота, могут проявиться (по клинической классификации В.В. Покровского) в стадии ВИЧ-инфекции

- а) I
- б) IIВ
- в) IIIВ
- г) ПА

37. Термин «СПИД»

- а) идентичен ВИЧ
- б) обозначает терминальную стадию ВИЧ-инфекции
- в) стадию вторичных проявлений
- г) стадию первичных проявлений

38. СПИД-маркерным заболеванием является

- а) лямблиоз
- б) пневмоцистная пневмония
- в) стафилококковая инфекция
- г) амебиаз

39. Ношение маски медицинским работникам стационара для больных СПИДом необходимо для

- а) предотвращения заражения их ВИЧ-инфекцией контактным путем
- б) предотвращения заражения их ВИЧ-инфекцией через слюну
- в) защиты больного от заражения микрофлорой персонала
- г) защиты персонала от заражения ВИЧ воздушно-капельным путем

40. Запретить грудное вскармливание новорожденных детей матерям, которые инфицированы ВИЧ

- а) следует
- б) не следует, если соски не имеют трещин
- в) не следует, если полость рта новорожденных без повреждений
- г) не следует, если не прорезались зубы

Ответы к тестовым заданиям.**Вариант 2.**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
в	в	в	в	в	а	б	г	а	б
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
б	г	г	б	а	б	в	а	б	а
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
б	а	в	б	г	в	а	в	а	б
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
б	а	б	б	б	в	б	б	в	а

Вариант 3.

Укажите один правильный ответ

- 1. Риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка от ВИЧ-инфицированной матери**
 - а. а) 100%
 - б) до 70%
 - в) до 30%
 - г) не превышает 1%
- 2. К ВИЧ-индикаторным инфекциям относят**
 - а. а) аденовирусную инфекцию
 - б) бактериальную дизентерию
 - в) генерализованную герпетическую инфекцию
 - г) паратифы
- 3. При развитии ВИЧ-инфекции для общего анализа крови характерен**
 - а. а) лейкоцитоз
 - б) эозинофилия
 - в) появление атипичных мононуклеаров
 - г) уменьшение абсолютного количества лимфоцитов
- 4. Метод лабораторной диагностики с целью обнаружения ВИЧ**
 - а. а) иммуноблотинг
 - б) ПЦР
 - в) ИФА
 - г) посев на питательные среды
- 5. Характерная для ВИЧ-инфицированных больных пневмония**
 - а. а) стафилококковая
 - б) пневмоцистная
 - в) микоплазменная
 - г) вирусная
- 6. Основные типы поражения почек при ВИЧ - инфекции**
 - А. Гломерулосклероз
 - Б. Гломерулонефрит
 - В. Интерстициальный нефрит
 - Г. Некротический нефроз
 - Д. Все перечисленное
- 7. Источником инфекции при ВИЧ являются больные:**
 - А. В инкубационном периоде
 - Б. Острой ВИЧ - инфекцией
 - В. Хронической персистирующей лимфаденопатией
 - Г. Вирусоносители
 - Д. Все перечисленные
- 8. Основные характеристики ВИЧ:**
 - А. Ретровирус
 - Б. Относится к лентивирусам
 - В. РНК - содержащий

- Г. Содержит ревертазу (обратную транскриптазу)
- Д. Все перечисленное

9. Какие поражения легких наблюдаются у больных терминальной стадией ВИЧ:

- А. Пневмонии инфекционные
- Б. Микозы
- В. Саркома Калози
- Г. Лимфоидная интерстициальная пневмония, альвеолярный протеиноз
- Д. Все перечисленные

10. Основные методы диагностики ВИЧ - инфекции

- А. Выявление специфических антител
- Б. Выявление вирусных антигенов
- В. Определение провирусной ДНК, геномной РНК
- Г. Выделение вируса
- Д. Все перечисленное

11. К семейству ретровирусов относятся все перечисленные кроме:

- А. Вирусы иммунодефицита человека
- Б. Вирус Т - клеточной лимфомы человека
- В. Вирус иммунодефицита обезьян
- Г. Вирус ящура
- Д. Вирус иммунодефицита кошек

12. Белок - рецептор CD4 содержат все перечисленные клетки, кроме:

- А. Т - лимфоциты - хелперы (Т4)
- Б. Макрофаги
- В. Моноциты
- Г. Эритроциты
- Д. Т - лимфоциты - супрессоры (Т8)

13. Ведущая причина иммунодефицита и поражения различных органов и тканей при ВИЧ - инфекции:

- А. Формирование аутоантител к тетрапептидам мембран клеток макроорганизма
- Б. Цитопатическое действие вируса
- В. Нарушение функции макрофагов
- Г. Снижение образования количества Т - лимфоцитов в костном мозге
- Д. Все перечисленное

14. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

- А. Наличие поверхностной мембраны
- Б. Наличие РНК
- В. Интеграция в геном клетки хозяина
- Г. Наличие сердцевинной части
- Д. Лимфотропность

15. Какой белок ВИЧ наиболее подвержен антигенным вариациям:

- А. Р24
- Б. р7
- В. р9

- Г. gp41
- Д. gp120

16. Клинические признаки прогрессирования ВИЧ - инфекции:

- А. Оральный кандидоз, «волосатая лейкоплакия»
- Б. Герпетическая инфекция
- В. Лихорадка, недомогание
- Г. Диарея, потеря веса
- Д. Все перечисленные

17. Поражения желудочно - кишечного тракта в терминальной стадии ВИЧ - инфекции наблюдаются при:

- А. Кандидозе, криптоспориidioзе, изоспорозе
- Б. Цитомегаловирусной и герпетической инфекциях
- В. Саркоме Капоши и лимфоме
- Г. Микобактериозах
- Д. Всем перечисленным

18. Для гриппоподобного синдрома при острой ВИЧ - инфекции характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- А. Лихорадка, озноб
- Б. Геморрагический синдром
- В. Интоксикация: головная боль, миалгии, артралгии, анорексия, недомогание
- Г. Умеренная полиаденопатия, увеличение селезенки
- Д. Фарингит, тонзиллит, кореподобная сыпь

19. Симптомы тромбоцитопенической пурпуры при острой ВИЧ - инфекции:

- А. Носовые кровотечения
- Б. Экхимозы, геморагии, петехии
- В. Кровоточивость десен, маточные кровотечения
- Г. Содержание тромбоцитов в пределах 40.000 от одного до трех месяцев
- Д. Все перечисленное

20. Наиболее частыми проявлениями врожденной ВИЧ - инфекции являются все перечисленные кроме:

- А. Микроцефалии
- Б. Задержки развития
- В. Общей мышечной слабости
- Г. Лицевого дисморфогенеза
- Д. Паратрофии

21. Основные клинические признаки хронической ВИЧ - энцефалопатии, кроме:

- А. Снижение интеллекта, резкое ограничение лексики
- Б. Рассеянная и очаговая неврологическая симптоматика
- В. Снижение интереса к собственной личности, неряшливость
- Г. Все перечисленное
- Д. Нарушение сознания

22. Отличие моно - нуклеозоподобного синдрома при острой ВИЧ от инфекционного мононуклеоза:

- А. Лихорадка

- Б. Полиаденопатия
- В. Тонзиллит
- Г. Появление в крови молодых форм лимфоцитов
- Д. Гепатоспленомегалия

23. Причины активации провируса ВИЧ:

- А. Реинфекция ВИЧ
- Б. Беременность
- В. Суперинфекция другими вирусами
- Г. Отмена анти - ВИЧ терапии
- Д. Все перечисленные

24. Гистологические изменения в лимфоузлах при острой ВИЧ-инфекции:

- А. Лимфогистиоцитарная инфильтрация
- Б. Воспалительные изменения
- В. Склерозирование лимфоидной ткани
- Г. Гиперплазия лимфоидной ткани
- Д. Исчезновение структуры лимфоузла

25. При гастроинтестинальной форме острой ВИЧ– инфекции может наблюдаться все перечисленное, кроме:

- А. Жидкого стула с примесью слизи
- Б. Анорексии
- В. Псевдомембранозного колита
- Г. Тошноты, рвоты
- Д. Болей в животе

26. Полиаденопатия при острой ВИЧ - инфекции характеризуется:

- А. Лихорадкой, потливостью, познабливанием
- Б. Утомляемостью, снижением работоспособности
- В. Первыми увеличиваются затылочные и заднешейные лимфоузлы, затем подчелюстные, подмышечные, паховые
- Г. Лимфоузлы мягкие, безболезненные, не спаяны друг с другом
- Д. Всем перечисленным

27. Вирусные гены в составе ДНК клетки хозяина при ВИЧ-инфекции называются:

- А. Аномальная хромосома
- Б. Чужеродный ген
- В. Провирус
- Г. РНК ВИЧ
- Д. Нуклеокапсид

28. При ВИЧ — энцефалопатии в терминальной стадии ВИЧ наблюдаются все перечисленное кроме:

- А. Деменции, полного отсутствия интеллекта
- Б. Акинетического мутизма
- В. Грубой очаговой симптоматики, парезов, параличей
- Г. Гидроцефалии
- Д. Децеребральной ригидности, тазовых расстройств

- 29. Причинами формирования иммунодефицита при ВИЧ - инфекции является все вышеперечисленное, кроме:**
- А. Цитопатологического действия вируса
 - Б. Атрофии тимуса
 - В. Формирования синцитиев
 - Г. Образования аутоантител к иммунокомпетентным клеткам
 - Д. Нарушения функции макрофагов
- 30. Основными этапами репликации ВИЧ является все перечисленные, кроме:**
- А. Взаимодействие оболочечных белков вируса с рецепторными белками клетки - мишени
 - Б. Синтез дополнительной молекулы вирусной РНК
 - В. Активация белков ВИЧ протеинкиназами клетки – мишени
 - Г. Синтез ДНК с помощью обратной транскриптазы
 - Д. Интеграция вновь образованной вирус - специфической ДНК в геном пораженной клетки
- 31. Для персистирующей генерализованной лимфаденопатии характерны:**
- А. Различные типы температурных кривых, ознобы, проливные ночные поты
 - Б. Увеличивающиеся периферические и глубокие лимфоузлы до 1 - 5 и более см
 - В. Периферические лимфоузлы обычно пальпируются в 2 - 3 регионарных зонах, возможна гепатоспленомегалия
 - Г. Гистологически - неспецифическая очаговая гиперплазия фолликулов
 - Д. Все вышеперечисленное
- 32. Основная характеристика многоядерных синцитиев:**
- А. Активация иммунного ответа макроорганизма
 - Б. Лизис клеток, инфицированных ВИЧ
 - В. Отсутствие способности к делению и непродолжительное время жизни
 - Г. Активное восприятие информации антиген – презентующих макрофагов
 - Д. Усиление процессов кооперации макрофаг – лимфоцит
 - Д. Всё перечисленное
- 33. Максимальная продолжительность латентной формы ВИЧ-инфекции:**
- А. До 6 месяцев
 - Б. 6 - 12 месяцев
 - В. 2 - 5 лет
 - Г. Более 10- 15 лет
 - Д. Возможно пожизненно
- 34. Основные клинические синдромы острой ВИЧ – инфекции:**
- А. Мононуклеозоподобный, гриппоподобный
 - Б. Полиаденопатия, гастроэнтерит
 - В. Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония)
 - Г. Серозный менингит, энцефалопатия, миелопатия, нефропатия, тромбоцитопения
 - Д. Все вышеперечисленное
- 35. Основные симптомы СПИД - ассоциируемого комплекса (САК):**
- А. Продолжающаяся потеря массы тела
 - Б. Лихорадка с ознобами и потами, усталость, сонливость, головная боль
 - В. Анорексия, диарея

- Г. Кожный зуд, пиодермия, себорейный дерматит, герпетические высыпания
 Д. Все перечисленные

36. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

- А. Внешний белок мембраны
 Б. Белки сердцевины вириона
 В. Обратная транскриптаза
 Г. Трансмембранный белок
 Д. Все верно

37. Риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка от ВИЧ-инфицированной матери

- а) 100%
 б) до 70%
 в) до 30%
 г) не превышает 1%

38. К ВИЧ-индикаторным инфекциям относят

- а) аденовирусную инфекцию
 б) бактериальную дизентерию
 в) генерализованную герпетическую инфекцию
 г) паратифы

39. При развитии ВИЧ-инфекции для общего анализа крови характерен

- а) лейкоцитоз
 б) эозинофилия
 в) появление атипичных мононуклеаров
 г) уменьшение абсолютного количества лимфоцитов

40. Метод лабораторной диагностики с целью обнаружения ВИЧ

- а) иммуноблотинг
 б) ПЦР
 в) ИФА
 г) посев на питательные среды

**Ответы к тестовым заданиям.
 Вариант 3.**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
в	в	г	б	б	д	д	д	д	д
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
г	г	в	д	д	д	д	б	д	а
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
д	г	д	г	в	д	в	г	б	б
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
д	в	д	д	д	в	в	в	г	б

**Примерные тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний
по дисциплине «ВИЧ-инфекция»»**

1). Выберите правильный вариант ответа:

1. ВИЧ-инфекция не представляет опасность для окружающих.
2. ВИЧ-инфекция – особо опасное заболевание.
3. ВИЧ-инфекция является социально-значимым заболеванием.
4. ВИЧ-инфекция – природно-очаговое заболевание.

2). Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

1. Работники отдельных профессий, учреждений и организаций, перечень которых утверждён Роспотребнадзором области.
2. Доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, медработники.
3. Раздатчицы пищи в отделениях.
4. Работники прачечных.

3). Медицинское освидетельствования на ВИЧ без согласия законных представителей проводят:

1. С 14 лет.
2. С 16 лет.
3. С 18 лет.
4. С 21 года.

4). Учреждения имеют право выдавать официальный документ (сертификат) о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица:

1. Учреждения системы исполнения наказания.
2. Учреждения государственной или муниципальной систем здравоохранения.
3. Все лечебные учреждения, включая частно-практикующие.
4. Учреждения Роспотребнадзора

5). В каких случаях выявления ВИЧ-инфекции ставятся в известность родители или иные законные представители данных лиц:

1. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте с 14 лет.
2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте с 16 лет.
3. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет.
4. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетнего дошкольного возраста.

6). Права родителей или иных законных представителей при выявлении ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних детей:

1. Совместное пребывание с детьми в возрасте до 20 лет в стационаре.
2. Совместное пребывание с детьми в возрасте до 18 лет в стационаре.
3. Сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей до 18 лет.
4. Сохранение непрерывного трудового стажа обоими родителями по уходу за детьми до 18 лет.

7). Имеют ли право лица, осуществляющие уход за ВИЧ-инфицированным, на получение пособия.

1. Только, если ВИЧ-инфицированный несовершеннолетний с клиническими проявлениями.
2. Да, имеют, независимо от возраста ВИЧ-инфицированного.
3. Не имеют.
4. Имеют в соответствии с действующим законодательством.

8). До какого возраста ВИЧ-инфицированный ребенок имеет право на получение пенсии по инвалидности:

1. До 16 лет.
2. До 18 лет.
3. До 14 лет.
4. Независимо от возраста с учетом клинических проявлений.

9). Имеет ли право медицинский работник на возмещение вреда при заражении ВИЧ в результате исполнения своих служебных обязанностей:

1. Да.
2. Нет.
3. Да имеет, только если он работает в родильном отделении.
4. Да имеет, только если он работает в хирургическом отделении.

10). Какую ответственность несет ВИЧ-инфицированный за постановление в опасность заражения либо заражение другого лица:

1. Дисциплинарную.
2. Уголовную.
3. Ответственность отсутствует.
4. Гражданскую.

11). Несет ли ответственность медицинский работник за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, если эти сведения стали известны ему в связи с выполнением им своих служебных или профессиональных обязанностей:

1. Да, несет.
2. Нет.
3. Нет, не несет, если с него не взяли письменной расписки.
4. Нет, не несет, если ему не разъяснили в отделе кадров под роспись новый закон об охране здоровья граждан.

12). При выявлении ВИЧ-инфекции у медицинского работника:

1. Медработник подлежит увольнению с работы.
2. Остаётся работать на том же месте независимо от выполняемой работы.
3. Медработники отдельных профессий, производств и т.д., перечень которых утверждается Правительством РФ, переводится на другую работу, исключающую условия распространения ВИЧ-инфекции.
4. Медработника переводят на группу инвалидности.

13). Каким правом пользуется медицинский персонал, осуществляющий диагностику, лечение ВИЧ-инфицированных, а также другую работу, связанную с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека:

1. Дополнительный отпуск.

2. Укороченный рабочий день.
3. Получение надбавки 65% за работу в опасных для здоровья и жизни условиях труда.
4. Увеличение надбавки 15% за работу в опасных для здоровья и жизни условиях труда.

14). Права ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в медицинской помощи:

1. Медицинская помощь в ЛПУ не оказывается.
2. Оказываются отдельные виды медицинской помощи на общих основаниях.
3. Оказываются все виды медицинской помощи в ЛПУ в соответствии с лицензией на первичную медико-социальную помощь.
4. Медицинская помощь оказывается только в центрах по профилактике и борьбе со СПИД.

15). Какая социальная поддержка ВИЧ-инфицированным и членам их семей гарантируется Федеральным Законом о ВИЧ-инфекции:

1. Ограничение всех прав и законных интересов, предусмотренных Федеральным законом.
2. Не допускается увольнение с работы и отказ в приеме на работу, в образовательные учреждения, в ЛПУ.
3. Выход на пенсию с момента установления диагноза ВИЧ.
4. Получение группы инвалидности с момента установления диагноза ВИЧ.

16). Вирус иммунодефицита человека является:

1. ДНК содержащим.
2. РНК содержащим.
3. ДНК провирусным.
4. РНК провирусным.

17). ВИЧ человека неустойчив:

1. К физическим и химическим воздействиям.
2. К дезинфектантам.
3. К УФ лучам и гамма лучам.
4. Ко всему вышеперечисленному.

18). Полный жизненный цикл вируса реализуется:

1. За 1-2 суток.
2. За 3-4 суток.
3. За 7 суток.
4. За 2 недели.

19). ВИЧ-инфекция вызывает:

1. Заболевание людей.
2. Заболевание животных.
3. Заболевание людей и животных.
4. Заболевание птиц.

20). ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции:

1. На любой стадии заболевания.

2. Только после постановки диагноза ВИЧ.
3. Только на стадии вторичных заболеваний.
4. Только в терминальной стадии заболевания.

21). Механизм передачи ВИЧ-инфекции:

1. Аспирационный.
2. Фекально-оральный.
3. Кровно-контактный.

22). Пути передачи ВИЧ-инфекции:

1. Воздушно-капельный.
2. Трансовариальный.
3. Трансмиссивный.
4. Парентеральный.

23). Заражение ВИЧ может произойти:

1. При сексуальном контакте без проникновения.
2. При переливании альбумина.
3. При грудном вскармливании ребенка неинфицированной женщиной.
4. При пользовании общим туалетом.

24). Инфицированию ВИЧ способствует:

1. Курение.
2. Ожирение.
3. Переедание.
4. Большое количество сексуальных партнёров.

25). В группу уязвимую по заражению ВИЧ входят:

1. Лица, получающие человеческий иммуноглобулин.
2. Внутривенные наркоманы.
3. Лица африканской внешности.
4. Длительно болеющие соматическими болезнями.

26). СПИД – это:

- 1.Оппортунистическая инфекция.
2. Синоним ВИЧ-инфекции.
3. Стадия болезни. 4. Самостоятельное заболевание.

27). Эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в России характеризуется:

1. Инфицированностью в бытовых условиях.
2. Сезонностью.
3. Выраженной заболеваемостью среди детей первых лет жизни.
4. 4. Увеличением числа ВИЧ-инфицированных среди общего населения.

28). Заражение ВИЧ может произойти:

1. От инфицированной матери плоду.
2. При укусе кровососущим насекомым.

3. При пользовании общим с больным ВИЧ-инфекцией предметами быта (посуда, полотенце и т.д.).
4. Во время плавания в бассейне с ВИЧ-инфицированным.

29). Инфицированию ВИЧ способствует:

1. Множественные половые партнёры без использования средств защиты.
2. Частые простудные заболевания.
3. Нарушения эндокринной системы.
4. Половые контакты с использованием средств защиты (презерватив).

30). Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку при отсутствии химиопрофилактики на всех этапах наблюдения и родов:

1. До 20 %.
2. До 10 %.
3. До 5 %.
4. До 40%.

31). Пути передачи ВИЧ от матери к ребёнку:

1. Во время беременности, родов и грудном вскармливании ребенка.
2. Только при грудном вскармливании.
3. Только во время беременности и родах.
4. При уходе за ребёнком.

32). Частота передачи ВИЧ от матери к ребёнку при проведении химиопрофилактики:

1. До 1-2 %.
2. До 5 %.
3. До 8 %.
4. До 10 %.

33). Заразен ли ВИЧ-инфицированный человек в первые недели/месяцы болезни до появления в крови антител к ВИЧ:

1. Нет, не заразен.
2. Да, но вероятность заражения мала.
3. Да, вероятность заражения велика.
4. Нет, не заразен, если нет клинических проявлений.

34). Эпидемиологическая значимость секретов организма человека для инфицирования ВИЧ:

1. Слюна.
2. Кровь.
3. Мокрота.
4. Моча.

35). В каких биологических жидкостях можно обнаружить ВИЧ?

1. Слезная жидкость.
2. Потовая жидкость.
3. Грудное молоко ВИЧ-инфицированной женщины.
4. Отделяемое из носа.

36). Какие клетки являются мишенями для ВИЧ?

1. Т-хелперы.
2. Цилиндрический эпителий носоглотки.
3. Эритроциты.
4. Эозинофилы.

37). Какой белок-рецептор является необходимым для присоединения ВИЧ к клетке-мишени?

1. CD₁₆
2. CD₈
3. CD₄
4. CD₆

38). В чем состоит особенность строения ВИЧ?

1. Наличие РНК в ядре.
2. Наличие фермента обратная транскриптаза.
3. Наличие ядерной оболочки.
4. Отсутствие оболочки ядра.

39). Максимальный инкубационный период при ВИЧ-инфекции?

1. 1 неделя.
2. От 3-х недель до 3-х месяцев.
3. Более года.
4. До 12 месяцев.

40). Максимальный период сероконверсии при ВИЧ-инфекции?

1. 3-6 месяцев.
2. 2-4 недели.
3. 1 год и более.
4. До 1 года.

41). Наиболее ранний срок обнаружения антител от момента заражения при ВИЧ-инфекции?

1. 3 дня.
2. 2 недели.
3. До месяца.
4. 3 месяца.

42). Средняя длительность субклинической стадии при ВИЧ-инфекции?

1. От 2 лет до 20 лет.
2. Полгода.
3. В среднем 6 -7 лет.
4. До года.

43) Какие существуют варианты течения стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции?

1. Бессимптомная.
2. Молниеносная.

3. Вялотекущая.
4. Хроническая инфекция без клинических проявлений.

44). Клиническая классификация течения ВИЧ-инфекции предусматривает выделение стадий (по Покровскому):

1. 3 стадии.
2. 4 стадии.
3. 5 стадий.
4. 1 стадия.

45). Клиническая классификация течения ВИЧ-инфекции (по Покровскому):

1. Стадии инкубации, первичных проявлений, терминальная.
2. Стадии первичных проявлений, вторичных заболеваний, реконвалесценции.
3. Стадии инкубации, первичных проявлений, субклиническая, вторичных заболеваний, терминальная.
4. Стадия продромальная.

46). Характерные проявления персистирующей генерализованной лимфаденопатии (ПГЛ):

1. Увеличение лимфатических узлов в грудной полости более 3 мес.
2. Увеличение лимфоузлов в 2-х различных группах более 3 мес.
3. Одностороннее увеличение лимфоузлов с болезненностью и гиперемией.
4. Увеличение одного шейного лимфоузла.

47). Характерное проявление острой ВИЧ-инфекции без вторичных заболеваний:

1. Рак желудка.
2. Кандидозный эзофагит.
3. Пневмоцистная пневмония.
4. Мононуклеозоподобный синдром.

48). Наиболее частые симптомы на начальном этапе ВИЧ-инфекции:

1. Лихорадка, фарингит, недомогание, сонливость.
2. Лихорадка, высыпания на коже, увеличение лимфаденопатия, фарингит.
3. Усталость.
4. Частые ОРВИ.

49). Какое заболевание позволяет заподозрить ВИЧ-инфекцию:

1. Туберкулё лёгких у взрослых или подростка старше 13 лет, внелёгочный туберкулёз.
2. Дизентерия, ОКИ.
3. Ротавирусная инфекция.
4. Грипп, ОРЗ.

50). Какой метод лабораторной диагностики используется для раннего выявления факта ВИЧ-инфицирования?

1. Общеклинические
2. ИФА на антитела к ВИЧ
3. Биохимические

4. ПЦР

51). Инфицирование ВИЧ возможно:

1. При оперативных вмешательствах новорожденным от ВИЧ(-) матерей.
2. При проведении физиотерапевтических процедур.
3. При подготовке стерильного инструмента к операции.
4. При случайном уколе во время операции.

52). Для обработки рук медицинского персонала, загрязнённых кровью больного ВИЧ-инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:

1. 60 %.
2. 70 %.
3. 80 %.
4. 90 %.

53). Кровь ВИЧ-инфицированного больного, после прогревания в течение 1 часа на водяной бане при температуре 56-58 ° С, попала на кожу рук медицинской сестры. Может ли при этом произойти заражение ВИЧ ?

1. Да.
2. Нет.
3. Да, если крови много.
4. Да, если на коже медсестры царапины.

54). При случайном уколе иглой руки медсестры при проведении инъекции, необходимо:

1. Тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и заклеить ранку пластырем.
2. Выдавить каплю крови из ранки и заклеить лейкопластырем.
3. Обработать ранку 5% раствором йода.
4. Снять перчатки, тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и обработать место укола 70 % спиртом, а затем 5% раствором йода.

55). Какое средство следует использовать при попадании крови или других секретов пациента в глаза во время проведения манипуляций:

1. 0,05 % раствор перманганата калия.
2. 70 % раствор этилового спирта.
3. 2 % раствор карбоната натрия (сода углекислая).
4. 1 % раствор борной кислоты.

56). При оказании первой неотложной медицинской помощи вероятность передачи ВИЧ возникает:

1. При проведении искусственной вентиляции лёгких с использованием маски Амбу.
2. При остановке сердца.
3. При транспортировке пострадавшего.
4. При случайном уколе иглой после в/в инъекции ВИЧ (+) пациенту.

57). При искусственной вентиляции лёгких по методу «изо рта в рот» в ротовую полость МР попала кровь пациента. Для полоскания полости рта можно использовать:

1. 1,0 % раствор перманганата калия.

2. 70 % раствор этилового спирта.
3. 2 % раствор соды углекислой.
4. 0,2 % раствор хлорамина.

58). Существует ли риск инфицирования ВИЧ при попадании на повреждённые кожные покровы (экзема, дерматит) крови ВИЧ (+) пациента:

1. Да.
2. Нет.
3. Нет, если пациент не ВИЧ-инфицирован.
4. Нет, если медработник был в перчатках.

59). Наиболее высокий риск заражения ВИЧ:

1. При взятии крови из вены и/или выполнении в/в инъекций.
2. При выполнении в/м инъекций.
3. При травме медработника ВИЧ-инфицированным инструментарием.
4. При п/к инъекциях.

60). Степень риска опасности инфицирования ВИЧ при надевании колпачка на использованную иглу.

1. Высокий.
2. Средней степени.
3. Не опасен.
4. Низкий

61). Риск высокого инфицирования медработника существует:

1. При контакте с грудным молоком ВИЧ-инфицированной женщины.
2. При контакте со слюной пациента без явных признаков крови.
3. При случайном уколе полой иглой после в/в инъекции ВИЧ (+) пациенту.
4. При несоблюдении техники безопасности медперсоналом.

62). Порядок действия при получении травмы во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированному:

1. Провести обработку травмированного места в соответствии с требуемыми рекомендациями и продолжать работать.
2. Сообщить зав. отделением (или главной м/с), внести данные в журнал учёта травматизма, провести обработку раны в соответствии с требуемыми рекомендациями, продолжать работать.
3. Провести обработку травмы в соответствии с требуемыми рекомендациями, поставить в известность администрацию ЛПУ, обратиться в ОЦПБС и ИЗ, внести данные в журнал учёта травматизма.
4. Обработать рану 70% спиртом, заклеить лейкопластырем.

63). Правильность действия медицинского работника при уборке осколков разбитой пробирки с кровью.

1. Собрать осколки руками в перчатках в контейнер для сбора отходов, обработать место пролива крови тампоном, смоченным дезраствором.
2. Убрать осколки стекла с помощью совка и швабры в контейнер, обработать место пролива крови тампоном, смоченным дезраствором, путём двукратного протирания.

3. Залить место пролива дезинфектантом, оставить на время экспозиции для данного раствора, осколки стекла собрать с помощью швабры и совка в контейнер для сбора отходов, вымыть место пролива моющим средством.
4. Собрать осколки шваброй и выбросить в контейнер.

64). Пробирки с кровью из процедурного кабинета доставляются в лабораторию:

1. В штативе, пробирки закрыты ватными пробками.
2. В руках, пробирки закрыты резиновыми пробками.
3. В контейнере, пробирка закрыта герметично резиновой пробкой.
4. В картонной коробке с надписью ВИЧ.

65). Замена резиновых латексных перчаток медработником при проведении манипуляций (инъекции) проводится:

1. Каждый раз после смены пациента или места обработки.
2. При приготовлении дезраствора.
3. При загрязнении перчаток пищей.
4. При частоте обработки кожным спиртосодержащим антисептиком 2-3 раза.

66). Оптимальные сроки проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции медработнику при травме, полученной при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированному.

1. До 12 часов.
2. До 24 часов.
3. До 36 часов.
4. До 72 часов.

67). Риск инфицирования медработника ВИЧ зависит:

1. От количества вируса, присутствующего в крови или секретах, инфицированного пациента.
2. Наличия у партнёра сопутствующих заболеваний (например, ИППП).
3. От вида полового контакта.
4. От температуры пациента.

68). В какой стадии заболевания ВИЧ-инфицированный представляет наибольшую опасность для МР:

1. На пятой.
2. На нулевой.
3. Субклинической стадии.
4. Стадии развития туберкулеза.

69) Степень риска инфицирования ВИЧ медработника при попадании крови или сыворотки крови на неповреждённые кожные покровы и слизистые:

1. Высокий риск.
2. Средний риск.
3. Низкий.
4. Риск практически отсутствует.

70). Сроки и частота обследования на ВИЧ медицинского работника при получении травмы во время оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированному:

1. Диспансерное наблюдение в течение года с обследованием через 3 месяца, 6, 9 месяцев после травмы.
2. Диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев с обследованием через 1, 3, 6 месяцев после травмы.
3. Диспансерное наблюдение в течение 12 месяцев с обследованием в первые 1-2 дня после травмы, через 1, 3, 6, 12 месяцев после травмы.
4. Диспансерное наблюдение в течение месяца.

71). Факторы, влияющие на риск инфицирования медработника ВИЧ:

1. Вирусная нагрузка пациента с ВИЧ.
2. Температура тела пациента.
3. Наличие сопутствующих заболеваний у медработника.
4. Соблюдение техники безопасности пациентом.

72). Принципы химиопрофилактики парентеральной передачи ВИЧ медработнику:

1. Начало профилактики оптимально в первые 2 часа после травмы.
2. Начало профилактики независимо от срока получения травмы.
3. Обязательное назначение витаминов.
4. Обязательное назначение иммуномодуляторов.

73). Сроки хранения крови для исследования на ВИЧ-инфекцию:

1. При комнатной температуре до 12 часов, в холодильнике – до 2-х суток.
2. При комнатной температуре до 2 часов, в холодильнике – до 7 суток.
3. При комнатной температуре до 12 часов, в холодильнике – до 7 суток.
4. В холодильнике до 14 суток.

74). Сроки хранения сыворотки крови для исследования на ВИЧ:

1. При комнатной температуре до 2 часов, в холодильнике – до 2-х суток.
2. При комнатной температуре не хранится, в холодильнике – до 7 суток.
3. При комнатной температуре до 12 часов, в холодильнике – до 7 суток.
4. В холодильнике до 14 суток.

75). Методом ИФА при исследовании крови на ВИЧ определяют:

1. Вирус иммунодефицита.
2. Антитела к ВИЧ.
3. РНК вируса.
4. Провирусная ДНК

76). Какой метод используется для скрининга ВИЧ-инфицирования:

1. ПЦР.
2. ИФА.
3. Иммуноблоттинг.
4. Определение ВИЧ-антигенов.

77). Отрицательный иммуноблоттинг на ВИЧ-инфекцию, выполненный через 3 месяцев после забора крови, свидетельствует о 100 % безопасности:

1. Нет, есть вероятность заболевания.
2. Да.
3. Нет.

78). Обнаружение антител к ВИЧ в пуповинной крови новорожденного:

1. Является диагностическим критерием ВИЧ-инфекции у ребёнка.
2. Не является диагностическим критерием ВИЧ-инфекции.
3. Свидетельствует о наличии антител к ВИЧ у матери.
4. Диагностического значения для ребенка не имеет.

79). В каких случаях применяется метод простого/быстрого теста для обследования на ВИЧ-инфекцию в области:

1. Для скрининга населения на ВИЧ.
2. Для тестирования призывников.
3. Скрининг при приёме на работу.
4. Тестирование пациентов, при оказании помощи которым медработник получил травму или контакт с секретами.

80). Гарантирует ли отрицательный результат исследования методом простого/быстрого теста факт отсутствия инфицирования ВИЧ:

1. Да, гарантирует. Повторное исследование не требуется.
2. Нет, не гарантирует. Требуется повторное исследование классическим методом ИФА.
3. В биологии 100 % гарантии не существует.
4. Чувствительность тест-систем различна.

81). Через какое максимальное время от момента заражения ВИЧ в крови появляются антитела к ВИЧ?

1. От 2 недель до 6 месяцев.
2. 1 неделя.
3. Более 1 года.
4. До года.

82). На какой стадии ВИЧ-инфекции возможна лабораторная диагностика методом ИФА?

1. Инкубации.
2. Стадии первичных проявлений.
3. Последней стадии.
4. Стадии эндокринных нарушений.

83). Что препятствует созданию вакцины против ВИЧ-инфекции:

1. Недостаточное изучение вируса.
2. Недостаточное финансирование.
3. Высокая скорость мутаций вируса.
4. Недостаточность научных данных.

84). Частота обследования на ВИЧ-инфекцию больных с подозрением на ВГВ, ВГС:

1. При выявлении однократно.
2. При выявлении и повторно через 6 месяцев.
3. При выявлении и повторно через 12 месяцев.
4. Ежеквартально.

85). Является ли средством профилактики ВИЧ-инфекции информирование населения методам и способом защиты от ВИЧ:

1. Да, только для школьников.
2. Нет.
3. Да, только для медработников.
4. Да.

86). Медицинское освидетельствование на ВИЧ - это:

1. Только лабораторное исследование крови на ВИЧ-инфекцию.
2. Лабораторное исследование на ВИЧ методом ИФА с предварительным и последующим консультированием пациента.
3. Только консультирование пациента по вопросам ВИЧ-инфекции.
4. Только лабораторное исследование в иммуноблоте.

87). Основные направления сдерживания распространения ВИЧ:

1. Разработка директивных документов, эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией, профилактическое обследование населения, целевая профилактика среди уязвимых групп, обеспечение безопасности донорской крови, перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции, инфекционная безопасность МР и пациентов, лечение и диспансеризация ВИЧ-инфицированных.
2. 100 % скрининг на ВИЧ населения ежегодно.
3. Только скрининг беременных.
4. Только скрининг медработников.

88). Обследование на ВИЧ-инфекцию женщин по поводу прерывания беременности проводится по коду:

1. 109
2. 126
3. 130
4. 113

89). Какой код используется при обследовании на ВИЧ больных алкоголизмом?

1. 126.
2. 118.
3. 113.
4. 200.

90). Является ли клиническим показанием к обследованию на ВИЧ-инфекцию затяжные пневмонии неясной этиологии:

1. Да.
2. Нет.
3. Да, если подтверждено рентгенологически.

4. Нет, если пневмония бактериальная.

91). Профилактика посттрансфузионной передачи ВИЧ включает:

1. Обследование донора на ВИЧ при каждой даче крови.
2. Обследование реципиента крови или сыворотки.
3. Обследование коротким быстрым тестом донора.
4. Обследование на туберкулез.

92). Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции – это:

1. Обследование на АФП.
2. Обследование на ИППП.
3. Химиопрофилактика в период беременности, в родах, новорожденного, оперативное родоразрешение, информирование родильницы о путях инфицирования ребёнка, искусственное вскармливание ребёнка.
4. Обследование на вирусные гепатиты В и С.

93). Наиболее эффективный метод профилактики ВИЧ:

1. Информационное обеспечение населения.
2. Постконтактная профилактика.
3. Вакцинация.
4. Скрининг населения на гепатит В.

94). Выберите методы индивидуальной профилактики ВИЧ-инфекции:

1. Барьерные методы предохранения (презерватив).
2. Использование одноразовых масок.
3. Иммунизация против гепатита В.
4. Иммунизация против папилломавирусной инфекции.

95). Какой концентрации этиловый спирт используют для обработки рук медицинского персонала, загрязнённых кровью больного ВИЧ- инфекцией?

1. 60 %.
2. 70 %.
3. 80 %.
4. 90 %.

96). Кратность использования дезрастворов нового поколения?

1. Однократно.
2. До изменения цвета.
3. В течение 2-х суток.
4. В течение 14 дней.

97). Укажите режимы стерилизации паровым методом:

1. 120 градусов – 45 минут.
2. 160 градусов – 150 минут.
3. 132 градуса – 20 минут.
4. 132 градуса – 10 минут.

98). Укажите режим стерилизации суховоздушным методом:

1. 180 градусов – 60 минут.

2. 120 градусов – 45 минут.
3. 160 градусов – 90 минут. 4. 140 градусов – 30 минут.

99). Сроки хранения мединструментария, простерилизованного в открытом виде на лотке?

1. Не более суток.
2. Не более 4 часов.
3. Не более трех суток.
4. Одна неделя.

100). Сроки хранения мединструментария, простерилизованного в биксе без фильтра?

1. Одни сутки.
2. Трое суток.
3. Двадцать одни сутки.
4. Две недели.

101). Сроки сохранения стерильности текстиля, обработанного в биксе с фильтром?

1. Двадцать одни сутки.
2. Трое суток.
3. Одни сутки.
4. Две недели.

102). Выберите вариант правильной этапности обработки мединструментария:

1. Дезинфекция, промывание под проточной водой, стерилизация.
2. Дезинфекция, предварительная промывка, дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация.
4. Промывка и дезинфекция.

103). Эпидемиологическое значение в передаче ВИЧ-инфекции имеют следующие биологические субстраты:

1. Кровь.
2. Слюна
3. Моча
4. Пот

104). Вирус иммунодефицита человека:

1. Устойчив к действию дезсредств
2. Не устойчив к действию дезсредств.

105). Источником ВИЧ-инфекции являются:

1. Человек с признаками иммунодефицитного состояния
2. Человек, у которого обнаружены антитела к ВИЧ.
3. Человек, имевший половой контакт с ВИЧ-инфицированным
4. Кровососущие насекомые

106). Заразиться ВИЧ-инфекцией можно:

1. При грудном вскармливании ребенка ВИЧ-инфицированной матерью.

2. При уходе за ВИЧ-инфицированным в быту
3. При пользовании общей посудой с инфицированным
4. При поцелуе с ВИЧ-инфицированным

107). Наибольшему риску заражения ВИЧ подвержены:

1. Беременные
2. Онкобольные
3. Наркоманы
4. Доноры

108). Показаниями для обследования на ВИЧ являются:

1. Лихорадка более 1 месяца.
2. Хроническая пневмония
3. Наличие вен. заболеваний.
4. Оперативное вмешательство

109). Обследоваться на ВИЧ-инфекцию можно:

1. По направлению врача.
2. Самостоятельно.
3. Анонимно.
4. Все вышеперечисленное

110). Стадия инкубации при ВИЧ-инфекции обычно составляет:

1. До 3-х недель
2. От 1 года до 5 лет
3. От 3-х недель до 3-х месяцев.
4. От 5 до 7 лет

111). Ранними проявлениями ВИЧ-инфекции являются:

1. Цитомегаловирусная инфекция
2. Увеличение лимфатических узлов.
3. Саркома Капоши
4. Хроническая диарея

112). К СПИД-индикаторным заболеваниям относятся:

1. Цирроз печени

2. Вирусный гепатит С
3. Пневмоцистная пневмония.
4. Инфекционный мононуклеоз

113). Наиболее характерными симптомами при ВИЧ-инфекции являются :

1. Уменьшение массы тела на 10 % и более.
2. Нарушение свертываемости крови
3. Головная боль более 1 мес.
4. Почечная недостаточность

114). Диагноз «ВИЧ-инфекция» может быть поставлен:

1. При однократном положительном результате методом ИФА.
2. При подтверждении положительного результата в иммуноблотинге
3. При положительном результате ИФА, подтвержденном в иммунном блоте.

115). Антитела к ВИЧ у ВИЧ-инфицированных наиболее часто определяются

1. Через 1 месяц после инфицирования
2. В течение 1-2 недель после заражения
3. Через 3 месяца после заражения.
4. Через год после заражения

116). При поступлении в стационар ВИЧ-инфицированному необходимо:

1. Иметь направление центра по профилактике и борьбе со СПИД
2. Сообщить по телефону в центр по профилактике и борьбе со СПИД
3. Временно отказать в оказании медицинской помощи до получения разрешения главного врача ЛПУ
4. Обеспечить соблюдение противоэпидемического режима согласно нормативным документам.

117). Целью высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) является:

1. Подавление репликации ВИЧ.
2. Выведение ВИЧ из организма
3. Уничтожение вируса ВИЧ
4. Улучшение качества жизни ВИЧ-инфицированного.

118). Эффективность ВААРТ оценивают:

1. На основании общего анализа крови
2. По содержанию Т4-лимфоцитов.
3. По активности АЛТ и АСТ
4. По «вирусной нагрузке».

119). Максимальный срок хранения крови, предназначенной для исследования на ВИЧ, в холодильнике при температуре от +4 до +8 °С:

1. 3 часа
2. 24 часа.
3. 12 часов
4. 48 часов

120). Максимальный срок хранения сыворотки крови, предназначенной для исследования на ВИЧ, в холодильнике при температуре от +4 до +8 °С:

1. 24 часа
2. 5 суток
3. 48 часов
4. 7 суток.

121). Правила обработки рук при загрязнении их кровью или сывороткой:

1. Вымыть проточной водой, обработать 70 % спиртом
2. Обработать 70 % спиртом, вымыть проточной водой, повторно обработать 70 % спиртом.
3. Обработать 70 % спиртом, повторно обработать 5 % йодом
4. Вымыть проточной водой, обработать 5 % йодом

122). При нарушении целостности кожных покровов (порезы) необходимо:

1. Выдавить из ранки кровь, снять перчатки, обработать 70 % спиртом
2. Снять перчатки, выдавить кровь, обработать 70 % спиртом, затем 5 % йодом.
3. Снять перчатки, выдавить кровь, обработать 5 % йодом
4. Выдавить из ранки кровь, снять перчатки, обработать 0,5 % марганцевокислого калия

123). ВИЧ-инфекция относится к разряду:

1. Парентеральные или кровяные инфекции
2. Кишечные инфекции
3. Аденовирусные
4. Все вышеперечисленное

124). Вирус иммунодефицита человека:

1. ДНК-содержащий
2. РНК-содержащий
3. ретровирус
4. Все вышеперечисленное

125). Характеристика вируса иммунодефицита человека:

1. Не стоек во внешней среде, гибнет при температуре 56 градусов через 30 минут, при кипячении через 1 – 2 минуты, под действием дезсредств моментально
2. Стоек во внешней среде, гибнет только под действием 5% хлорамина
3. Стоек во внешней среде, уничтожается любым дезсредством

126). Пути передачи ВИЧ в организм человека:

1. Контактнo-бытовой, воздушно-капельный
2. Алиментарный, контактный
3. Половой, парентеральный, вертикальный

127). Факторы передачи ВИЧ:

1. Мокрота, сперма, моча
2. Кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко, спинномозговая жидкость
3. Кал, моча, кровь

128). Стадии ВИЧ-инфекции:

1. Инкубационный период, первичные проявления, вторичные заболевания, терминальная стадия
2. Инкубация, разгар, затихание
3. Инкубационный период, терминальная стадия

129). Диагностика ВИЧ-инфекции:

1. ОАК, ОАМ
2. Биохимия крови
3. ИФА, иммуноблотинг, ПЦР

130). Защитная одежда медработников при работе с кровью:

1. Перчатки, халат, колпак, респиратор, при необходимости защитные очки или щитки, клеенчатый фартук при заборе крови
2. Ношение хирургического костюма
3. Нет специальных мероприятий

131). Содержимое аварийной аптечки для профилактики ВИЧ-инфекции:

1. Йод, вата, спирт 96 град.
2. Марганцовка, йод, спирт 70 град., лейкопластырь, протаргол, альбucid, запасные перчатки, клей БФ медицинский, бинт, вата
3. Глюкоза 40%, нашатырь

132). После аварийной ситуации (например, прокол иглой пальца после инъекции) нужно сообщить об этом старшей (главной) медсестре с записью в:

1. Прививочный журнал
2. Журнал по расходу бланков листков нетрудоспособности
2. Аварийный журнал

133). Все медработники, работающие с кровью должны сдавать анализ крови на ВИЧ-инфекцию:

1. 1 раз в год
2. 1 раз в 5 лет
3. 1 раз в 6 месяцев

134). Методы профилактики ВИЧ-инфекции:

1. Проведение санитарно-просветительной работы, тщательное обследование всех доноров крови, защищенный половой контакт, строгое соблюдение санэпидрежима, проведение инвазивных процедур строго по показаниям
2. Ношение респиратора, витаминотерапия, массаж
3. Своевременная диагностика, дезинфекция, дератизация

135). Универсальные меры профилактики медработников от ВИЧ:

1. Не общаться с пациентами
2. Каждого пациента условно считать как ВИЧ-инфицированного, осторожно обращаться с острыми инструментами, спецодежда для защиты кожи, слизистых, наличие аварийных аптечек, ведение аварийного журнала, регулярные обследования

3. Гигиена рук медработников

136). Клинические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию:

1. Лихорадка более 1 месяца, диарея более 1 мес., увеличение лимфоузлов двух и более групп, необъяснимая потеря массы тела более чем на 10%, затяжные рецидивирующие пневмонии, пиодермии, подострый энцефалит и др.
2. Психические заболевания, неукротимая рвота, кашель более 3 недель, хронический ринит
3. Дизентерия, холецистит, хронический бронхит, ОРВИ

137). Показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию:

1. Рак легких, сифилис, токсикомания
2. Наркомания, ЗППП, саркома Капоши, лимфома мозга, лейкоз, туберкулез, гепатит, ЦМВ инфекция, герпес
3. Лейкемия, гастрит, неврит зрительного нерва, панкреатит

138). Специальная одежда, защищающая медсестру от возможного попадания крови и других биологических жидкостей на кожу или слизистые оболочки:

1. Хирургический костюм, колпак
2. Маска, халат, шапочка
3. Халат, мед. шапочка, одноразовые резиновые перчатки, респиратор, очки, влагонепроницаемый фартук

139). Манипуляции, при которых может произойти заражение кровью или другими биологическими жидкостями:

1. Аускультация пациента, измерение артериального давления
2. Инвазивные процедуры, соприкосновение со слизистыми оболочками, соприкосновение с поврежденной кожей пациентов, контакт с поверхностями, загрязненными кровью
3. Термометрия, ультразвуковое исследование

140). Чаще подвержены риску медработники, соприкасающиеся:

1. С кровью и ее компонентами, спермой, вагинальным секретом, слюной, слезами, потом, грудным молоком инфицированной женщины
2. С мочой, калом, мокротой
3. Со спинномозговой жидкостью, с пунктатом из лимфоузла

141). При попадании крови на халат, одежду:

1. Снять халат и сдать в стирку
2. Обработать это место 3% раствором хлорамина, обеззаразить перчатки, затем снять халат и погрузить в 3% раствор хлорамина на 1 час, затем сдать в стирку
3. Продолжать работать, в конце дня халат сменить

142). При уколе, порезе:

- А. Сразу же снять перчатки, промыть руки с мылом под проточной водой, смазать йодом место укола
2. Снять перчатки и заклеить ранку лейкопластырем
3. Прямо в перчатках вымыть руки с мылом под проточной водой, снять перчатки и погрузить в дезраствор, выдавить из ранки под проточной водой 2 – 3

капли крови, промыть ее под струей воды с мылом, обработать 70 % спиртом, промыть еще раз водой, обработать 5% раствором йода и заклеить лейкопластырем

143). При попадании крови на кожные покровы:

1. С мылом промыть участок кожи под струей воды, затем обработать 70% спиртом
2. Обработать 3% перекисью водорода
3. Смазать 5% раствором йода

144). При попадании биологической жидкости в рот:

1. Прополоскать рот 2% раствором соды
2. Прополоскать рот и горло 70% спиртом или слабым раствором перманганата калия
3. Смазать горло раствором йодиола

145). После аварийной ситуации за пострадавшим устанавливается наблюдение в течение:

1. 1 года
2. Двух недель
3. 6 месяцев

146). Повторные исследования на наличие антител к ВИЧ после аварийной ситуации проводятся:

1. Через 3, затем через 6 месяцев
2. Через месяц, затем через 2 недели
3. Через трое суток, а затем через месяц

147). При попадании биологической жидкости в нос:

1. Хорошо высморкаться и закапать раствор альбумида
2. Промыть проточной водой или слабым раствором марганцовки, закапать 1% раствор протаргола
3. Промыть 70% спиртом

148). Для уменьшения риска перед надеванием перчаток нужно обработать кожу ногтевых фаланг:

1. 70% спиртом
2. 96% спиртом
3. Йодом

149). Если целостность кожных покровов на руках нарушена, то перед началом работы ранки следует:

1. Забинтовать
2. Закрыть лейкопластырем или смазать клеем БФ
3. Смазать раствором бриллиантового зеленого

150). Источниками ВИЧ-инфекции являются:

1. Больной человек
2. Вирусоноситель
3. ВИЧ-инфицированный 4. Кровососущие насекомые.

Примерные ситуационные задачи для проведения текущего контроля и контроля остаточных знаний по дисциплине «ВИЧ-инфекция»

Задача №1

В здравпункт общежития обратилась больная Р., 20 лет, прибывшая на учебу из Замбии 9 месяцев назад. Жалобы: на невысокую температуру в течение месяца, ночные поты и похудание. При клиническом осмотре обнаружено: субфебрильная температура - 37,2°, увеличение подмышечных и локтевых лимфоузлов слева и справа. Вес снизился с 70 кг до 62 кг, пиодермия в верхней части спины. Из анамнеза: имела половой контакт до приезда в Россию в течение последних 2-х лет с мужчиной. Из письма узнала, что месяц тому назад он умер в инфекционной больнице.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположенный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера здравпункта.
3. Перечислите и обоснуйте методы обследования для постановления окончательного диагноза.

Задача №2

Женщина Н., 30 лет, жалуется на затянувшуюся молочницу, от которой не может вылечиться уже около полутора месяцев; повышение температуры по вечерам, отмечающаяся более месяца; вялость и быструю утомляемость. Последнее время часто болеет, в течение года перенесла дважды фарингит, отит, несколько раз ОРВИ, опоясывающий лишай. При осмотре отмечается лимфаденопатия. Лимфоузлы безболезненные, плотные, величиной до 1-1,5 см, увеличены симметрично, Пальпируются затылочные, шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы. Ногти пальцев рук поражены грибом (руброфития). Других изменений не определяется. В анамнезе беспорядочные половые связи, женщина не замужем.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера в отношении данной больной.
3. Расскажите о методах лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.

Задача №3

К фельдшеру обратилась мать по поводу болезни ребенка 5-ти лет. Жалобы на кашель, высокую температуру, вялость. Болен 5 дней. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ребенок дважды перенес бронхит, отит, несколько раз ОРВИ. В последнее время ухудшился слух. В возрасте 3х лет у ребенка была диагностирована анемия, по поводу которой он дважды получал переливание крови. При осмотре: состояние средней тяжести, ребенок бледный, небольшая одышка. На нижней губе герпетические высыпания (держатся около 2-х недель). Отмечается легкое косоглазие, которое ранее мать не замечала. Увеличены затылочные, передне- и заднешейные лимфоузлы, а также подчелюстные и подмышечные, величиной от горошины до мелкой фасолины. Они плотные, безболезненные, не спаянные. В легких рассеянные сухие, а в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень пальпируется краем. Других изменений не определяется.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз и путь заражения.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.

Задача №4

Мужчина Н., 27 лет обратился к фельдшеру с жалобами на повышенную

температуру (по вечерам и ночью), ночные проливные поты в течение последних 2-х месяцев. Он заметил, что постоянно теряет вес. У него диарея, по его словам очень плохой аппетит. Неделью тому назад сдавал кал на анализ для выявления кишечной инфекции, результат отрицательный. На вопрос о сексуальных контактах отвечает, что женился год назад, но до этого было много сексуальных партнеров, как с женщинами, так и мужчинами. При осмотре: пациент пониженного питания, пальпируются заушные, заднешейные, подмышечные лимфоузлы, они безболезненные, плотные, неспаивающиеся с окружающей тканью, размером до 1-1,5 см. Со стороны внутренних органов изменений нет.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Перечислите лабораторные методы исследования, необходимые для диагностики ВИЧ-инфекции.

Задача №5

Мужчина Р., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на появление на коже сыпи темно-бурого цвета и язвочек на левой голени. Он отмечает повышение температуры, общую слабость, вялость. Сыпь появилась несколько дней назад, но до этого отмечалось сине-серое пятно на слизистой под языком, которое его не беспокоило. На голени, где сейчас видны язвочки, ранее были безболезненные узелки. Так как высыпания его не беспокоили, то за медицинской помощью он не обращался. Он женат, но имеет много случайных связей.

В анамнезе: повторные фарингиты, затяжная пневмония, частые ОРЗ, дважды опоясывающий лишай. Год назад отмечался фурункулез, от которого долго не мог излечиться.

Объективно: мужчина пониженного питания. Передне-заднешейные, подчелюстные, подмышечные, подключичные лимфатические узлы плотные, безболезненные, размером до 2-3 см, не спаиваются между собой и с окружающей тканью. Температура 37,8°. На дне полости рта пятно буро-серого цвета размером 1х1,5 см с неровными краями. На коже лица, шеи, туловища, конечностей темно-бурая, местами сливная сыпь. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Перечислите лабораторные методы исследования, необходимые для диагностики ВИЧ-инфекции.

Задача №6

Больной 22 лет, коммерсант, обратился в поликлинику с жалобами на похудание (за последний год потерял около 10% массы тела), умеренную слабость, кашель, повышение температуры тела до 37–38°C.

Объективно: кожа сухая, на слизистой оболочке ротоглотки признаки кандидозного стоматита. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких рассеянные сухие хрипы, ЧД 19 в мин. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки диссеминации (множественные мелкие тени по всей поверхности легких). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – множественные увеличенные лимфатические узлы в области ворот печени, по ходу брыжейки, в воротах селезенки. Селезенка умеренно увеличена, имеются 2 очаговых образования с умеренно сниженной эхогенностью. В общем анализе крови: лейкоциты $9,4 \times 10^9/\text{л}$, п/я 15%, с/я 68%, лимф. 7%, мон. 10%, эоз. 0%. В биохимическом анализе крови и общем анализе мочи существенных изменений не выявлено.

Консультирован фтизиатром. Диагноз: генерализованный туберкулез с поражением легких (диссеминированный) и органов брюшной полости.

При исследовании иммунного статуса выявлен низкий уровень CD4+ лимфоцитов – абсолютное число клеток 26 в мл (норма - >600 кл.).

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каким методом лабораторной диагностики вы можете подтвердить диагноз данному пациенту?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Перечислите основные направления лечения данного больного.
5. Какие вопросы эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить.

Задача № 7

Больной Р. 22 лет, студент. Обратился к врачу поликлиники в связи с обнаружением увеличенных лимфатических узлов на шее. О давности этого заболевания сообщить не может. Температура тела нормальная. Объективно: состояние удовлетворительное. Передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см. Подмышечные — до 1,5 см, плотно-эластичной консистенции, безболезненные. Следы множественных инъекций на руках. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Увеличение внутренних лимфатических узлов не обнаружено (УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки).

Задание:

1. Предварительный диагноз с обоснованием
2. Составьте план обследования.
3. Тактика ведения больного в случае выявления антител к ВИЧ в ИФА.

Задача № 8

Больной В. 48 лет, журналист. Неоднократно обращался к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 37,5° С в течение месяца. Ставили диагнозы «ОРЗ», «ангина», исключали пневмонию. Лечился различными антибиотиками, без эффекта. Вызвал профессора-консультанта на дом. Жалуется на слабость, небольшую головную боль, боль в горле, снижение аппетита. Эпидемиологический анамнез: живет один в отдельной квартире. 6 месяцев назад был в командировке в Америке. При осмотре: состояние средней тяжести, сыпи нет. Увеличение шейных лимфатических узлов до размера 1-1,5 см. Миндалины увеличены, слизистая ротоглотки обычного цвета, участки творожистых наложений на слизистой рта. Пульс 80 уд/мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Страдает запорами. Печень увеличена, выступает на 1,5- 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка нечетко пальпируется. Дизурических, менингеальных явлений нет. Общий анализ крови: лейкоцитов $13 \cdot 10^9/\text{л}$, эоз. - 1, п-10, с/я - 20, лимф. - 60, моно. - 9, СОЭ -15 мм/час. Среди лимфоцитов много атипичных мононуклеаров.

Задание:

1. Предварительный диагноз, обоснование. Достаточно ли полно собран эпидемиологический анамнез?
2. Продифференцируйте с инфекционным мононуклеозом.
3. Назначьте план обследования.

Задача №9

В терапевтическое отделение поступила больная В. 36 лет с диагнозом «пневмония». Больна 2 недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином,

бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшалось, температура держалась в пределах 37,5-38,2° С. Обратилась в поликлинику. Госпитализирована. При осмотре: пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8 см, безболезненные. На слизистой оболочке полости рта - афты. Частота дыхания до 30 в мин, в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 36 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ. Поясывающий лишай 3 года назад. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние 5-6 месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день. Похудела на 4 кг. Связывает плохое самочувствие с потерей ребенка, который часто болел и умер к 5-месячному возрасту 3 года тому назад от пневмонии. 4 года тому назад работала по контракту вместе с мужем в Африке, где чувствовала себя хорошо. Врачом терапевтического отделения поставлен диагноз «хроническая пневмония».

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз с обоснованием..
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования.

Задача № 10

На прием обратилась молодая женщина, которая всегда считала себя здоровой. Жалобы на головные боли, которые появились у неё в последние несколько месяцев, ухудшение памяти, длительное время беспокоит молочница, одышка, слабость. При осмотре выявлено увеличение затылочных, передне- и заднешейных лимфоузлов до 1,5 см. Лимфоузлы плотные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Частота дыхания до 20 в мин, в легких ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 36 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Из эпид. анамнеза: имела половые контакты с разными мужчинами, постоянного партнера нет, перенесла опоясывающий лишай и пневмонию дважды. Похудела на 4 кг.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз с обоснованием..
2. Тактика фельдшера.
3. Составьте план обследования.

Задача №11

Больная Б., 19 лет, поступила в инфекционную больницу с подозрением на инфекционный мононуклеоз. Больна 5-й день: появилось недомогание, слабость, першение в горле, лихорадка 37,5-38,5°С; на 3-й день болезни отметила увеличение заднешейных, переднешейных и подмышечных лимфоузлов до 1,0 см в диаметре. За время болезни был 3 раза кашицеобразный стул.

При осмотре в отделении состояние средней тяжести. Сыпи на коже нет. Со стороны легких, сердца патологии не выявлено. Кандидоз языка. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Небольшое увеличение печени и селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. Эпидемиологический анамнез: больная замужем, вредных привычек нет, но муж больной употребляет внутривенно наркотические вещества. В общем анализе крови выявлен лимфоцитоз 67%, атипичные мононуклеары 20%. Установлен предварительный диагноз «Инфекционный мононуклеоз».

В связи с наличием кандидоза языка больной проведено исследование иммунного статуса, при котором выявлено снижение абсолютного количества CD4+ клеток до 210 кл/мл (норма более 600 кл/мл).

Задание:

1. Согласны ли Вы с предварительным диагнозом?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Каким методом обследования необходимо подтвердить диагноз?
4. Определите наиболее вероятный путь заражения данной больной.

Задача №12.

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

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

Задание:

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

Задача №13.

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

Задание:

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

Задача №14.

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

Задание:

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

Задача №15.

47 лет, медсестра, поступила в стационар с жалобами на слабость, сухой кашель, одышку, повышение температуры до 38°C, жидкий ст недели назад, когда повысилась температура до 38,7°C, появился сухой редкий кашель. Врач поликлиники диагностировал грипп, бронхит и назначил оксациллин. На фоне лечения состояние больной продолжало постепенно ухудшаться, температура сохранялась на уровне 38°C, кашель стал частым, появилась одышка. На 12 день болезни больной сделана рентгенография грудной клетки, где выявлена очаговая пневмония и больная направлена в стационар. Из анамнеза – последние полгода периодически отмечала жидкий стул, потеряла 15 кг веса. При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39°C. Кожные покровы бледные. Цианоз губ. Кахексия. Выраженная слабость, вялость. Положение в постели вынужденное, сидячее. Пальпируется подмышечный лимфоузел справа, безболезненный. В легких дыхание ослаблено, немногочисленные сухие хрипы. ЧД – 38 в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. Пульс – 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул осмотрен – жидкий, с небольшим содержанием слизи. Со стороны мочевыделительной системы и ЦНС патологии не выявлено.

Задание:

1. Укладывается ли картина болезни в указанный диагноз?
2. Предположите диагноз и обоснуйте его.
3. Каких данных не хватает для уточнения диагноза.
4. План обследования и лечения.
5. Для каких инфекционных заболеваний характерно развитие пневмонии.

Задача №16.

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

Задание:

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

Задача №17.

27 лет, бомж, доставлен в больницу 08.09 с вокзала с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция? холера?». Из эпиданамнеза известно, что пациент ночует на вокзалах, имеет случайные половые связи. В последнее время (около 3 мес) ухудшилось самочувствие, появилась резкая слабость, частый жидкий, временами обильный стул бело-желтого цвета, со зловонным запахом. Беспокоил кашель, очень сильно похудел. При осмотре: состояние тяжелое, температура 38,0°C. Истощен, кожа сухая, в углах рта заеды. В легких единичные сухие хрипы. Пульс 96 уд/мин., АД 80/60 мм. рт. ст. Язык обложен, лейкоплакия. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Вокруг ануса остроконечные кондиломы. Стул 5-6 раз в сутки, обильный, водянистый. В сознании, менингеальных явлений нет.

При микроскопическом исследовании испражнений обнаружены ооцисты криптоспоридий. При посеве кала холерный вибрион не выделен.

Задание:

1. Обоснуйте диагноз. Назовите оппортунистическую инфекцию, выявленную у больного.
2. Дифференциальный диагноз с холерой.
3. План лечения больного.

Задача №18.

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

Задание:

1. Обоснуйте диагноз.
3. План обследования.
4. Прогноз. Тактика ведения.

Задача №19.

Во время медицинского осмотра 19 летнего рабочего выявлено генерализованное увеличение лимфатических узлов с преимущественным поражением заднешейных, подмышечных и локтевых. На коже локтевых сгибов - множественные следы от инъекций. Прием наркотиков отрицает, следы от инъекций объясняет лечением гриппа. В крови : эр - $3,2 \cdot 10^{12}$ г/л, гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты - $3,1 \cdot 10^9$ /л, умеренная лимфопения.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите существующие методы подтверждения диагноза.
3. Тактика ведения больного

Задача №20.

У больной в течение 2 месяцев наблюдается субфебрильная температура, потливость, неустойчивый стул. Заметила снижение массы тела и увеличение подмышечных лимфоузлов. На слизистой щек обнаружены афты с белесоватым содержимым. На крыльях носа подсыхающая герпетическая сыпь. Печень выступает из подреберья на 3см.

1. Ваш предварительный диагноз и фаза болезни.
2. Назовите существующие методы подтверждения диагноза.
3. Тактика ведения больной

Задача №21.

Больная С. 21 года жалуется на послабление стула в течение 2-х месяцев, потерю веса на 13 кг, слабость, субфебрильную температуру. Объективно: на губах разной давности герпетические высыпания, генерализованная лимфаденопатия, увеличение печени до 3 см. Анализ крови: Эр.- $4,4 \cdot 10^{12}$, Hb-105 мг/л, СОЭ-15 мм/час, Л- $6 \cdot 10^9$, э-2, с-6, п-61, л-17, м-8., атипичные мононуклеары-6.

1. Ваш предварительный диагноз и фаза болезни.
2. Назовите существующие методы подтверждения диагноза.
3. Тактика ведения больной

Задача №22.

Пациент К., 40 лет, обратился с жалобами на длительную лихорадку, ночную потливость, резкое снижение массы тела, боль в мышцах, горле, суставах, светобоязнь, рецидивирующую диарею. При осмотре выявлена генерализованная лимфаденопатия.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования и подтверждения диагноза.
3. С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику?

Задача №23.

Больной С. 34 г. находится на учете в СПИД-центре на протяжении 7 лет. Заболел постепенно: лихорадка 37,8 С, сухой кашель, невозможность сделать глубокий вдох. R-ки в области корня правого легкого гомогенное затемнение с неправильными очертаниями.

1. Предварительный диагноз и фаза болезни.
2. Наиболее вероятная этиология пневмонии?
3. Назначьте план лечения больного.

Ответы к ситуационным задачам по дисциплине «ВИЧ инфекция»

Эталон ответа к задаче №1

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, III стадия - вторичных заболеваний, подстадия "А" (по классификации В.В. Покровского). Предположительный путь заражения - половой.

Предполагаемый диагноз ставится на основании следующих критериев:

а) Эпиданамнеза: больная прибыла из африканской страны Замбии, неблагополучной по ВИЧ-инфекции, была в половом контакте с мужчиной, умершем в инфекционном стационаре, возможно от ВИЧ-инфекции.

б) Клинических данных:

длительная субфебрильная лихорадка (более 1 мес.), потеря веса до 10%; ночные поты; увеличение 2х групп лимфоузлов - подмышечных и локтевых (справа и слева), лимфоузлы - плотные, безболезненные, диаметром 1,2-1,5 см; поражение кожи - пиодермия в верхней части спины.

2. Учитывая, что больная - иностранная студентка, а условия въезда и пребывания иностранных граждан в России установлены международным договором Российской Федерации, фельдшер не сообщил ей о предположительном диагнозе, а направил к врачу-инфекционисту для постановки окончательного диагноза: "ВИЧ-инфекция".

Согласно Федерального Закона Российской Федерации "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека от 1995 г. иностранные граждане в случае выявления ВИЧ-инфекции подлежат депортации из Российской Федерации.

3. Окончательный диагноз "ВИЧ-инфекция" ставится на основании эпидемических, клинических и лабораторных критериев. Лабораторным критерием является положительный результат исследования сыворотки крови на наличие антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) и в иммуноблотинге (ИБ).

Эталон ответа к задаче №2

Предположительный диагноз: – ВИЧ-инфекция, стадия III-Б по классификации Покровского В.И. ставится на основании:

анамнеза: беспорядочные половые контакты и частые повторные заболевания в течение последнего года;

клинических данных: лимфаденопатия. Лимфоузлы плотные, безболезненные, симметричные и их 3 группы;

грибковые заболевания – упорная молочница, руброфития;

температура по вечерам, которая держится более месяца;
вялость и быстрая утомляемость.

Тактика фельдшера:

До направления на обследование необходимо провести дотестовое консультирование:

- провести беседу о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи, основных симптомах и методах лабораторной диагностики;
- оказать психологическую поддержку пациентке;
- убедить больную в необходимости пройти обследование;
- сказать о том, что с момента инфицирования человек заразен;
- взять кровь для лабораторного исследования;
- известить врача-инфекциониста ЛПУ и направить больную к нему на консультацию;

Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных реакции ИФА диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

Эталон ответа к задаче №3

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, СПИД (стадия III В по классификации Покровского В.И.).

Диагноз ставится на основании следующего:

анамнеза: частые повторные ОРВИ, бронхиты, отит, отмечающиеся у ребенка в течение последнего года. Переливания крови, которые ребенок получал в 3-х летнем возрасте, могут быть источником инфицирования.

клинических данных: одышка, кашель, высокая температура, сухие и особенно мелкопузырчатые влажные хрипы в легких говорят об имеющейся пневмонии, которая возникла на фоне лимфаденопатии (увеличены несколько групп лимфоузлов, они плотные, безболезненные, симметричные, не спаянные вместе), затянувшегося герпеса и неврологической симптоматики в виде легкого косоглазия и ухудшения зрения;

2. Тактика фельдшера:

- провести дотестовое консультирование с матерью ребенка о ВИЧ-инфекции, ее основных симптомах, путях заражения, методах лабораторного обследования;
- оказать матери психологическую поддержку;
- рассказать о том, как оградить других членов семьи от заражения;
- уточнить в каких стационарах лечился ребенок по поводу анемии и дальнейших заболеваний;
- взять кровь для исследования на ВИЧ;
- сообщить о ребенке инфекционисту ЛПУ;
- известить инфекциониста ЛПУ о больном ребенке и направить ребенка в нему на консультацию.

3. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

Эталон ответа к задаче №4

1. У данного молодого человека предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция СПИД-ассоциированный комплекс (стадия IIIB по Покровскому В.В.)

Предположительный диагноз ставится на основании следующих критериев:

пациент бисексуалист, имеет много сексуальных партнеров;

- клинических данных: лихорадка в вечернее и ночное время, проливной пот по ночам в течение последних 2 месяцев. У него диарея, увеличенные лимфоузлы в 3-х группах, они безболезненные, плотные, размером до 1,5 см.

2. Необходимо провести с пациентом дотестовое психосоциальное консультирование:

- выяснить, что знает данный пациент о симптомах и путях заражения ВИЧ-инфекцией, рассказать о способах безопасного и менее опасного секса и научить пациента правильно пользоваться презервативом;

- предупредить об уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции;

- взять кровь для лабораторного обследования на ВИЧ;

- направить пациента к врачу-инфекционисту на консультацию, предупредив его по телефону о больном;

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

Эталон ответа к задаче №5

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция стадия СПИД, генерализованная саркома Капоши. Стадия . III B по Покровскому В.И. Предположительный путь заражения – половой.

Предположительный диагноз ставится на основании:

- анамнеза: у больного в течение 2-х лет отмечались частые заболевания, герпетические и гнойные поражения кожи;

- клинических данных: лимфаденопатия и клинические признаки генерализованной саркомы Капоши;

- имеет случайные связи.

2. Провести с больным дотестовое психосоциальное консультирование:

- рассказать о симптомах и путях заражения ВИЧ-инфекции, о том, как защитить свое здоровье и здоровье родных людей от заражения, рассказать о методах безопасного секса;

- предупредить о возможности обследования членов семьи;

- взять кровь для лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию;

- направить пациента к врачу-инфекционисту в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники, сообщив ему о данном больном.

2. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

Эталон ответа к задаче №6

1. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний IVB (СПИД): генерализованный туберкулез с поражением легких и органов брюшной полости, кандидоз слизистой оболочки полости рта.

2. Исследование крови на антитела к ВИЧ методом ИФА и методом иммунного блоттинга.

3. Определение вирусной нагрузки ВИЧ методом ПЦР; исследование мокроты и лаважной жидкости на ВК, обследование на основные СПИД-индикаторные болезни (кровь на ДНК ЦМВ методом ПЦР, КТ головного мозга для исключения токсоплазмоза).

4. Противовирусная терапия (этиотропная), лечение туберкулеза (тактика лечения определяется тяжестью течения и формой болезни совместно с фтизиатром), противогрибковая терапия.

5. Внутривенное употребление наркотических и психоактивных веществ; парентеральные вмешательства, сексуальные контакты.

Эталон ответа №7

1. «Инфекция ВИЧ, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии» - на основании увеличения лимфатических узлов в трех группах размером более 1 см, а также подозрения на наркоманию.

2. Развернутый клинический анализ крови (исключить заболевание крови), кровь на антитела к ВИЧ, кровь на РВ, кровь на хламидиоз.

3. Ввиду возможности ложноположительной реакции на выявление антител к ВИЧ в ИФА требует обязательного исследования крови в иммунном блоте, которое является достоверным подтверждением диагноза.

Эталон ответа к задаче №8

«Инфекция ВИЧ в стадии вторичных заболеваний» - на основании слабости, длительности заболевания, кандидоза слизистой полости рта, лимфаденопатии, длительной лихорадки, отсутствия эффекта от антибиотиков, наличия моноклеозоподобного синдрома в возрасте, не свойственном этому заболеванию. Эпидемиологический анамнез собран недостаточно. Необходимы сведения о сексуальных контактах, парентеральных вмешательствах.

1. Данных за брюшной тиф нет, хотя некоторые основания для постановки этого диагноза имелись: длительная лихорадка, вздутие живота, запоры, обложенный утолщенный язык, увеличение печени.
2. Развернутый анализ крови, кровь на антитела к ВИЧ, кровь на реакцию Вассермана. Исследование мокроты на пневмоцисты и ВК, соскоб со слизистой полости рта на грибы, посев крови на стерильность, рентгенография грудной клетки, иммунный статус.

Эталон ответа к задаче №9

1 «Инфекция ВИЧ в стадии вторичных заболеваний, СПИД». Характер поражения легких (скорее всего это пневмоцистная пневмония) требует проведения дифференциального диагноза с туберкулезом, опухолью легких.

2 Наличие таких признаков, как диарея, снижение веса, опоясывающий герпес, данные эпидемиологического анамнеза, смерть ребенка от пневмонии (что подозрительно на врожденную ВИЧ-инфекцию) обязывают усомниться в поставленном диагнозе.

3 Иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц, кровь на антитела к цитомегаловирусу, пневмоцисте, бактериоскопия мокроты, исследования на ВК, рентгенография легких, посев кала на флору и дисбактериоз, бактериоскопия кала (криптоспоридии).

Эталон ответа к задаче №10

1 Предположительный диагноз: – ВИЧ-инфекция, стадия III-Б по классификации Покровского В.И. ставится на основании:

- анамнеза: беспорядочные половые контакты и частые заболевания в течение последнего года;
- клинических данных: лимфаденопатия. Лимфоузлы плотные, безболезненные, симметричные и их 3 группы;
- грибковые заболевания – упорная молочница, Снижение массы тела, вялость и быстрая

утомляемость.

2. Провести с больным дотестовое психосоциальное консультирование:

- рассказать о симптомах и путях заражения ВИЧ-инфекции, о том, как защитить свое здоровье и здоровье родных людей от заражения, рассказать о методах безопасного секса;
- предупредить о возможности обследования членов семьи;
- взять кровь для лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию;
- направить пациента к врачу-инфекционисту в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники, сообщив ему о данном больном.

3. Иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц. кровь на антитела к цитомегаловирусу, пневмоцисте, бактериоскопия мокроты, исследования на: ВК, рентгенография легких, посев влагалищного секрета на флору и дисбактериоз, бактериоскопия.

Эталон ответа к задаче №11

1. Нет.

2. Постепенное начало болезни, катаральный синдром, лихорадка, интоксикация, полилимфоаденопатия, гепатолиенальный синдром, изменения в гемограмме (лимфоцитоз, атипичные мононуклеары) заставляют предположить инфекционный мононуклеоз. Однако наличие диспептического синдрома, кандидоза полости рта, выраженное снижение количества CD4+лимфоцитов в крови, данные эпидемиологического анамнеза позволяют думать о ВИЧ-инфекции, стадия ПА (острая инфекция: мононуклеозоподобный синдром).

3. Определение антител к ВИЧ методом ИФА с последующим исследованием в иммунном блоттинге.

4. Наиболее вероятно заражение половым путем.

Эталон ответа к задаче №12

ВИЧ-инфекция. Стадия первичных проявлений. Мононуклеозоподобный синдром. В пользу диагноза свидетельствует лихорадка, увеличение отдельных лимфоузлов, гепатолиенальный синдром, картина крови. Нет. Необходим детальный половой анамнез, данные о переливании крови, парентеральных процедурах, употреблении наркотиков. В клиническую картину брюшного тифа не укладывается увеличение лимфоузлов, тахикардия, отсутствие тифозного статуса, картина крови. Несмотря на наличие в крови атипичных мононуклеаров, диагноз инфекционного мононуклеоза менее вероятен в связи с возрастом больного; отсутствием ангины, фарингита; симметричного увеличения латеральных шейных лимфоузлов; отсутствием лейкоцитоза в крови. ИФА; при получении положительных результатов обследование крови методом иммунного блота.

Эталон ответа к задаче №13.

Нет. В данном случае дисбактериоз кишечника возможен, но является вторичным. Вероятнее всего, у больного имеется ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний, о чем свидетельствует длительная диарея, повторные эпизоды лихорадки, наличие афтозного стоматита, «заед», потери веса, повторная пневмония. Необходим детальный половой анамнез, данные о парентеральных вмешательствах. Обследование на ВИЧ – ИФА и при положительном результате исследование крови методом иммунного блота. Бактериологические, вирусологические и др. исследования для выявления оппортунистических инфекций. Прогноз неблагоприятный. Патогенетическая терапия, лечение оппортунистических инфекций. При наличии показаний комбинированная ретровирусная терапия.

Эталон ответа к задаче №14.

Результат анализа позволяет предположить наличие ВИЧ-инфекции, однако нельзя исключить и ложноположительный результат у больного хроническим гепатитом. Необходимо направить анализ крови для выявления специфических к ВИЧ антител в иммунном блоте. О наличии ВИЧ-инфекции больному врач сообщает только в случае подтверждения диагноза в иммунном блоте.

Эталон ответа к задаче №15.

Нет, т. к. для очаговой пневмонии на 12 день болезни на фоне лечения не характерно прогрессирующее ухудшение состояния, слабость, сохранение температуры, одышки. В диагноз пневмонии не укладывается увеличение лимфоузла, кахексия, длительная диарея. ВИЧ-инфекция, стадия III В (СПИД). В пользу этого заболевания свидетельствует прогрессирующая потеря веса – 15 кг за полгода, рецидивирующая диарея, увеличение лимфоузла, вялотекущая очаговая пневмония. Необходимо уточнить эпидемиологические данные (половой, наркологический анамнез, возможность профессионального инфицирования). Для подтверждения диагноза необходимо проведение специфических исследований (ИФА, иммунный блот, ПЦР), а также бактериологическое исследование мокроты для уточнения этиологии пневмонии, кровь на иммунный статус, мокроту на ВК. Учитывая наиболее вероятную пневмоцистную этиологию пневмонии, больной следует назначить бисептол в течение 3-4 недель. Развитие пневмонии характерно для легионеллеза, орнитоза, Ку-лихорадки, микоплазмоза.

Эталон ответа к задаче №16.

Необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из ранки, вымыть руки под проточной водой с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором йода. Поставить в известность администрацию медицинского учреждения, которая, проведя расследование и составив акт о несчастном случае, вносит запись об этом в индивидуальную карту медицинского работника. Наблюдение за пострадавшим врачом и исследование его крови на антитела к ВИЧ следует проводить в СПИД-центре каждые 3 месяца в течение одного года. Объем химиопрофилактики зависит от степени риска парентерального инфицирования. В данном случае, несмотря на неглубокое поражение кожи (капельное отделение крови), степень риска высокая, так как у больного имеется развернутая клиническая картина заболевания (стадия III В). Комбинированная химиопрофилактика должна быть начата не позднее, чем через 6 часов после произошедшей травмы и проводится в течение 4-х недель тремя препаратами (два ингибитора обратной транскриптазы, один ингибитор протеазы). Выделены 3 степени риска заражения при парентеральном инфицировании: высокая - при глубоком ранении, сопровождающемся кровотечением; умеренная – при неглубоком ранении с «капельным» отделением крови; минимальная - при поверхностной травматизации кожи или попадании биологических жидкостей больных на слизистые. Химиопрофилактика в течение 4 недель обязательна при высокой степени риска, должна быть предложена при умеренной степени риска, и желательна - при минимальной степени риска.

Эталон ответа к задаче №17.

Снижение веса, диарея, поражение слизистых оболочек и кожи могут быть обусловлены образом жизни больного. Однако эти же симптомы могут свидетельствовать об иммунодефиците специфического характера и обязывают обследовать больного на ВИЧ-инфекцию (ИФА, иммунный блоттинг). Длительность заболевания, диарея, отсутствие боли в животе, повышение температуры тела, резкая потеря веса, вплоть до истощения, обнаружение в кале ооцист криптоспоридий позволяют поставить диагноз

криптоспоридиоза. Полиорганный поражение может быть обусловлена микстом оппортунистических инфекций – криптоспоридиоза, туберкулеза, пневмоцистоза, ЦМВИ и др. Криптоспоридиоз кишечника сходен с холерой водянистой диареей, отсутствием боли в животе, потерей веса. Однако, длительность течения болезни, лихорадка, обнаружение ооцист криптоспоридий и отрицательный посев кала позволяют отвергнуть диагноз холеры. Потеря массы тела при криптоспоридиозе обусловлена мальабсорбцией, а при холере – обезвоживанием. При подтверждении ВИЧ-инфекции следует назначить антиретровирусную терапию. Для лечения криптоспоридиоза – метронидазол.

Эталон ответа к задаче №18.

ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений, фаза генерализованной персистирующей лимфаденопатии (ПВ). Основанием для такого диагноза является увеличение более 2-х лимфатических узлов, более чем в 3 группах, размерами более 1 см и эпидемиологический анамнез (выявлены признаки наркомании - следы множественных инъекций по ходу вен). Необходимо тщательное изучение анамнеза. Для подтверждения ВИЧ-инфекции исследовать кровь на антитела к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге, произвести подсчет количества CD4 лимфоцитов. Для исключения болезни крови - гемограмма. Реакция Вассермана, серологические и иммунологические исследования для исключения хламидиоза, токсоплазмоза, сифилиса, ЦМВИ, а также вирусных гепатитов В и С. При подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции больного информируют о необходимости соблюдения правил поведения и его ответственности за распространение ВИЧ-инфекции: уведомление половых партнеров, применение презервативов при сексуальном контакте, риске рождения инфицированного ребенка, необходимости использовать только индивидуальные предметы личной гигиены, способные травмировать кожу и слизистые оболочки (зубная щетка, бритва, ножницы и др.). Больной обязан извещать медицинских работников о своем заболевании при обращении к ним за помощью. При несоблюдении этих правил больной несет уголовную ответственность (статья 13 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека», 1995).