

### **Задача 1**

Женщина, 30 лет, замужем, детей нет. ВИЧ+ 5 лет. АРВТ не получала. Последние 6 мес. плохое самочувствие, слабость, периодическое повышение температуры тела до 38 С, снижение массы тела на 10 кг, (с 56 до 46 кг), проявления орофарингеального кандидоза, затруднение при глотании твердой пищи, опоясывающий герпес по ходу III-V межреберий слева.

Лабораторно: Hb – 72 г/л, эритроциты  $3,6 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $3,1 \times 10^9/л$ , лимфоциты – 17% ( $510 \times 10^9/л$ ), АЛТ, АСТ – норма.

- 1. Предположительный диагноз?**
- 2. План дополнительного обследования?**
- 3. Рекомендуемая схема АРВТ (с обоснованием выбора препаратов).**
- 4. Рекомендуемое лечение кандидоза и опоясывающего герпеса (ОГ) ?**

### **Задача 2**

Женщина 29 лет, диагноз ВИЧ- инфекции поставлен 2 года назад. Симптоматики заболевания нет.

Исходные лабораторные показатели:

- CD4: 215 клеток/мкл
- РНК ВИЧ: 15000 к/мл

Начала со схемы ZDV / 3TC / EFV

Сейчас пришла на плановый прием и сообщает об отсутствии месячных в течении 2 мес. Тест на беременность - положительный. Сейчас ее ВН < 50 к/мл и CD4 - 350 клеток.

Ваши предложения:

- 1. Оставить предыдущую схему**
- 2. Заменить эфавиренц на невирапин**
- 3. Заменить эфавиренц на лопинавир/ритонавир**
- 4. Заменить эфавиренц на атазанавир/ритонавир**
- 5. Приостановить терапию до 3-го триместра**

### **Задача 3**

Больной Р., 23 года, поступил на обследование в инфекционное отделение с жалобами на снижение массы тела, частые «простудные» заболевания, появление фиолетово-красной сыпи на нижних конечностях и туловище. Около 3-х лет тому назад появились и сохраняются до настоящего времени увеличенные шейные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Периодически отмечает жидкий стул 4-5 раз в день продолжительностью от 1 недели до 1,5 месяца.

Из эпиданамнеза известно, что употребляет наркотические вещества в течение 5 лет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. На коже нижних конечностей и туловища имеются эритематозные высыпания фиолетово-красного цвета, напоминающие ангиомы. Пальпируются увеличенные подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы, размерами 1×1,5см, эластичной консистенции, безболезненные. На слизистой щек, мягкого неба и миндалин имеются беловатые налеты, легко снимающиеся шпателем. Сердечные тоны приглушены. Пульс - 88 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул 3 раза в день, жидкий, без патологических примесей.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Предположительный возбудитель заболевания, его характеристика, эпидемиология.
3. Развернутый план обследования пациента.
4. Врачебная тактика.

#### **Задача 4.**

Больной Б., 34 года. Около 1 года: частые упорные простудные заболевания, частые (более 4-х раз в год) рецидивы простого герпеса, полилимфаденопатия, длительное лихорадочное состояние (температура тела выше 38,3° на протяжении двух месяцев). При поступлении состояние средней тяжести. Явления себорейного дерматита типичной локализации. Герпетические поражения генитальной локализации. Увеличены лимфоузлы всех групп (1-2 см): мягко-эластической консистенции, безболезненные. Пульс 80/мин., ритмичный, полный. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает за край рёберной дуги на 1,5 см плотно-эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Симптомов раздражения брюшины нет. Гемограмма: лейкоциты 3,0·10<sup>9</sup>/л, эозин.-2%, пал.-4%, сегм.-31%, лимф.-51%, мон.-7%, СОЭ - 16 мм/час.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Предположительный возбудитель заболевания, его характеристика, эпидемиология.
3. Развернутый план обследования пациента.
4. Врачебная тактика.
5. Деонтологические особенности

#### **Задача 5.**

Больная В., 24 лет. Заболела остро: общая слабость, недомогание, температура тела до 38,8°С, боли в горле при глотании, тяжесть и дискомфорт в правом подреберье, тёмная моча. Месяц назад имела сексуальный контакт с дефлорацией со случайным знакомым. При поступлении состояние средней тяжести. Выражены симптомы общей интоксикации. Температура тела сохраняется не ниже 38,5°С. Слегка одутловатое лицо, раш-сыпь. Ярко гиперемированный зев, выраженный тонзиллит. Полилимфаденопатия: лимфузлы около 2 см, мягко-эластичные, слегка болезненные при пальпации. Пульс 110/мин., ритмичный, полный. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. При аскультации сердца определяется приглушение I тона, систолический шум на верхушке и в точке Боткина-Эрба. Язык обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Слабоположительные симптомы Штернберга-Поттенжера и Падалки. Печень выступает за край рёберной дуги на 1,5 см плотно-эластической консистенции. Селезёнка увеличена по длиннику на 2,5 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Гемограмма: лейкоциты 4,0·10<sup>9</sup>/л, эозин.-2%, пал.-1%, сегм.-15%, лимф.-71%, мон.-7%, преобладают атипичные мононуклеары. СОЭ - 18 мм/час. Холурия. Реакция Пауль-Буннеля (++++). ИФА Ф-50 (+).

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Предположительный возбудитель заболевания, его характеристика, эпидемиология.
3. Развернутый план обследования пациента

**Тестовые задания:**

**Инструкция: выберите один правильный ответ**

1. ИФА ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ:

- 1) биохимическим
- 2) химическим
- 3) иммунохимическим
- 4) физическим
- 5) инструментальным

2. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АТ К ВИЧ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЕН МЕТОД:

- 1) Иммуноблот
- 2) ИФА
- 3) метод флюоресцирующих антител
- 4) электронная микроскопия
- 5) все ответы верны

3. УЧАСТИЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ВЕДЕНИИ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ ВИЧ-ПОЗИТИВНОЙ МАТЕРИ

- 1) назначить антиретровирусную терапию
- 2) врач общей практики не участвует в этом процессе
- 3) назначить исследования на выявление генома вируса
- 4) контролировать выполнение рекомендаций специалиста по ВИЧ-инфекции
- 5) нет правильного ответа

4. ПРИ ПОПАДАНИИ НА КОЖУ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЕЗИНФЕКТАНТЫ:

- 1) 70% спирт
- 2) 6% перекись водорода
- 3) 96% спирт
- 4) 6% хлорамин
- 5) йод

5. ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ К СЕМЕЙСТВУ:

- 1) Пикорновирусов
- 2) Ретровирусов
- 3) Герпесвирусов
- 4) Энтеровирусов
- 5) Ортопоксвирусов

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕ РЕБЕНКА ОТ МАТЕРИ ПРОИСХОДИТ:

- 1) В первом триместре беременности
- 2) Во втором триместре беременности
- 3) В последние недели беременности и в родах
- 4) При кормлении грудью в первые дни жизни ребенка
- 5) При наличии ко-инфекции вирусными гепатитами

7. ОСНОВНОЙ РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ДОКУМЕНТ ПО ВОПРОСАМ ВРОЖДЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ

- 1) Конституция РФ
- 2) ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 3) Приказ МЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»»

4) Диагностика и профилактика заболеваний TORCH-комплекса: Учебное пособие для врачей. –СПб, 2012

5) Руководство по инфекционным болезням. Ред.- член-корр. РАМН проф. Ю.В.Лобзин. СПб, Издательство ФОЛИАНТ, 2011

8. ВИЧ ИНФИЦИРУЕТ

- 1) клетки иммунной системы
- 2) эндотелиальные клетки
- 3) клетки центральной нервной системы
- 4) дендритные клетки
- 5) все вышеперечисленное

9. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) половой, парентеральный, перинатальный
- 2) половой, парентеральный, перинатальный, при укусе кровососущих насекомых, воздушно-капельный
- 3) парентеральный, трансплацентарный, фекально-оральный
- 4) половой, парентеральный, воздушно-капельный, фекально-оральный
- 5) парентеральный, перинатальный

10. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИЧ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПАЦИЕНТЫ

- 1) в инкубационном периоде
- 2) в стадии острой ВИЧ-инфекции
- 3) в субклинической стадии
- 4) в стадии вторичных заболеваний
- 5) во всех вышеперечисленных

11. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ПРОГРЕССИРОВАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) высокая вирусная нагрузка, снижение количества CD4 лимфоцитов
- 2) низкая вирусная нагрузка, повышение количества CD4 лимфоцитов
- 3) количество CD4 лимфоцитов более 500 кл/мкл
- 4) вирусная нагрузка менее 50 коп/мл
- 5) низкая вирусная нагрузка, снижение CD4-лимфоцитов

12. НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ОПОРТУНИСТИЧЕСКУЮ ИНФЕКЦИЮ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ВЫЗЫВАЕТ:

- 1) атипичная микобактерия
- 2) пневмоциста
- 3) типичная микобактерия
- 4) токсоплазма
- 5) вирус гепатита В

13. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

- 1) методы иммунофлюоресценции, ПЦР
- 2) ИФА, иммуноблот
- 3) бактериологические, микологические методы
- 4) выявление антигенов вируса
- 5) ПЦР

14. ИНАКТИВАЦИЯ ВИРУСА ПРОИСХОДИТ

- 1) под воздействием ультрафиолетовых лучей и ионизирующей радиации
- 2) под воздействием низких температур
- 3) под воздействием высоких температур, дезинфицирующих веществ
- 4) при высушивании
- 5) под воздействием высоких температур

15. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТАДИИ СПИДА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- 1) цитомегаловирусный ретинит
  - 2) токсоплазмоз головного мозга
  - 3) афтозный стоматит, вызванный вирусом простого герпеса
  - 4) кандидозный эзофагит
  - 5) лимфома
16. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ:
- 1) язвенно-некротический рецидивирующий простой герпес
  - 2) рецидивирующий герпес зостер
  - 3) рецидивирующая пневмония
  - 4) кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких
  - 5) все выше перечисленное
17. ДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ В СЛУЧАЕ ПОРЕЗОВ
- 1) вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать рану 5%-м спиртовым раствором йода
  - 2) не рекомендуется мытье рук под проточной водой, сразу обработать 5%-м спиртовым раствором йода или раствором перманганата калия
  - 3) немедленно сдать кровь на иммунитет, далее провести обработку раны
  - 4) промыть водой и начать прием антиретровирусных препаратов
  - 5) обработать руки 90% спиртом
18. В РОССИИ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИНФИЦИРУЮТСЯ ВИЧ:
- 1) Половым путем
  - 2) Парентеральным путем
  - 3) От матери во время беременности и родов
  - 4) От матери во время грудного вскармливания
  - 5) Перентеральным и половым путями
19. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Уровень вирусной нагрузки у матери во время беременности и родов
  - 2) Клиническая стадия ВИЧ-инфекции и степень иммунодефицита у матери
  - 3) Преждевременные роды на сроке 34-36 недель
  - 4) Наличие у матери ко-инфекции вирусным гепатитом С
  - 5) Роды через естественные родовые пути
20. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПЛАНОВОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Наличие в анамнезе преждевременных родов
  - 2) Вирусная нагрузка выше 1000 копий РНК ВИЧ/мл плазмы на сроке 34 недели беременности
  - 3) Наличие выраженного иммунодефицита на сроке 34 недели
  - 4) Наличие у матери ко-инфекции вирусным гепатитом С
  - 5) Наличие у матери ко-инфекции вирусным гепатитом В+С
21. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ «СЕРОПОЗИТИВНЫХ» МАТЕРЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) Выявление нуклеиновых кислот ВИЧ с помощью молекулярных методов в первые недели и месяцы жизни
  - 2) Выявление антител к ВИЧ класса G в иммунном блоте в возрасте от 6 до 12 месяцев

- 3) Выявление антител к ВИЧ класса М у ребенка в первые недели и месяцы жизни
  - 4) Выявление антител к ВИЧ у ребенка в возрасте старше 18 месяцев
  - 5) Клинические методы диагностики
22. БЕЛОК ВИЧ, ИГРАЮЩИЙ ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ:
- 1) p-24
  - 2) p-17
  - 3) gp-120
  - 4) p-31
  - 5) p-19
23. ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:
- 1) Скрининга сывороток на ВИЧ-инфекцию
  - 2) Мониторинга применения противовирусных препаратов
  - 3) Подтверждение ВИЧ-инфекции
  - 4) Определение антигенов ВИЧ
  - 5) Все вышеуказанное
24. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИФА В РОССИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) Мочу
  - 2) Слюну
  - 3) Сыворотку крови
  - 4) Соскоб со щеки
  - 5) Фекалии

#### **ТЕСТЫ К ПКП:**

1. КОНТАКТЫ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ:
- 1) рукопожатие
  - 2) объятия
  - 3) поцелуи
  - 4) использование общей посуды
  - 5) все вышеперечисленное
2. КОНТАКТЫ, СВЯЗАННЫЕ С РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ:
- 1) укол иглой;
  - 2) порез острым предметом;
  - 3) попадание биологических материалов на слизистые оболочки или поврежденную кожу;
  - 4) половой контакт
  - 5) все вышеперечисленное.
3. РАННИЕ АНТИТЕЛА К ВИЧ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ЧЕРЕЗ:
- 1) 3 месяца
  - 2) 2 недели
  - 3) 6 месяцев
  - 4) 4 недели
  - 5) 10 месяцев.
4. ЗАРАЖЕНИЕ РЕБЕНКА ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРИ ВОЗМОЖНО:
- 1) На любом сроке
  - 2) Только во время родов
  - 3) Невозможно
  - 4) При родоразрешении путем кесарева сечения

5) Только на ранних сроках беременности

5. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЛУЧАЙ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЛПО ПРОВОДИТСЯ КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ЦЕЛЬЮ:

- 1) выявления источника
- 2) факторов передачи,
- 3) установления круга контактных лиц, как среди персонала, так и среди пациентов, находившихся в равных условиях
- 4) реализации комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях ЛПО
- 5) все вышеперечисленное

6. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕ АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ:

- 1) в течение 2-х часов, не позднее 72 часов после аварии
- 2) на любом сроке
- 3) не назначается
- 4) всем пострадавшим на рабочем месте
- 5) на усмотрение работника

7. ИНФИЦИРУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖИДКОСТИ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ

- 1) кровь
- 2) синовиальная жидкость
- 3) ликвор
- 4) моча
- 5) мокрота

8. ИНФИЦИРУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖИДКОСТИ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) грудное молоко
- 2) семенная жидкость и вагинальный секрет
- 3) плевральная жидкость
- 4) пот
- 5) слезная жидкость

9. ИНФИЦИРУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖИДКОСТИ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ:

- 1) слюна
- 2) моча
- 3) любая биологическая жидкость с примесью видимой крови
- 4) перитонеальная жидкость
- 5) амниотическая жидкость

10. СТАНДАРТНАЯ СХЕМА ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) ламивудин
- 2) тенофовир
- 3) лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин
- 4) абакавир
- 5) невирапин