Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПО ВЫБОРУ**

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

По специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности31.05.01 «Лечебное дело», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплинесодержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ПК-1 Способность и 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-5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-6 Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины**

**Реферат**

**Темы рефератов**

1. Специфическая и неспецифическая профилактика гастроэнтеритов вирусной этиологии
2. Фасциолез
3. Гименолепидоз
4. Стронгилоидоз
5. Корь и краснуха на современном этапе
6. Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов
7. Безинтерфероновые схемы в лечении хронического гепатита С
8. Поражение почек при ВИЧ/СПИДе
9. Поражение сердечно-сосудистой системы при ВИЧ/СПИДе
10. Гематологические и онкологические проявления ВИЧ-инфекции

**Рубежный тестовый контроль**

**Вопросы рубежного тестового контроля**

**1. Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов**

1.Повышение уровня билирубина сыворотки крови

2.Повышение активности АлАТ и АсАТ

3.Гипоальбуминемия

4.Гипопротромбинемия

5.Все перечисленное

**2. Вирус гепатита В**

1.РНК-содержащий гепаднавирус

2.ДНК-содержащий гепаднавирус

3.ДНК-содержащий энтеровирус

4.РНК-содержащий пикорнавирус

5.РНК-содержащий энтеровирус

**3. Механизм передачи вирусного гепатита В**

1.Капельный

2.Контактный

3.Парентеральный

4.Трансмиссивный

5.Фекально-оральный

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

1.HBs-антиген

2.AntiHBcor класса М

3.HBe-антиген

4. РНК ВГВ

5. ДНК ВГВ

**5. К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относятся все перечисленные, кроме**

1.Степени гипербилирубинемии

2.Выраженности общей интоксикации

3.Геморрагического синдрома

4.Повышения тимоловой пробы

5.Снижения протромбинового индекса

**6. При диспансеризации реконвалесцентов, перенесших вирусный гепатит В выполняются все следующие правила, кроме**

1.Обследование производится через 3,6,9,12 месяцев

2.Реконвалесценты могут быть сняты с учета через 3 месяца при

хороших клинико-биохимических показателях

3.Выписка на работу допускается не ранее, чем через 1 мес. при

удовлетворительных клинико-биохимических показателях

4.Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спорта 6-12 мес.

5.В течение 6 мес.противопоказаны профилактические прививки

**7. Особенностями дельта-вируса является все перечисленное, кроме**

1.Парентеральной передачи инфекции

2.Возможности естественного пути передачи вируса

3.Вирус может размножаться самостоятельно

4.Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции

5.Для репродукции вируса необходимо наличие HBs-антигена

**8. При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают**

1.HBs-антиген

2.HDV-РНК

3.Анти-дельта класса М и G

4.Дельта-антиген в печени

5.Все перечисленное

**9. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно**

1. ПЕГ-интерферон

2.Ацикловир

3.Фоскарнет

4.Азидотимидин

5.Цитостатики

**10. Наиболее часто гепатит возникает при всех перечисленных заболеваниях, кроме**

1. Лептоспироза

2.Инфекционного мононуклеоза

3.Гриппа

4.Цитомегаловирусной инфекции

5. Иерсиниоза

**11. Укажите, какой из серологических маркеров не характерен для гепатита В**

1. HbsAg

2. anti-HBcorIgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HBeIgM

**12. Укажите типичные изменения уровня билирубина и его фракций при вирусных гепатитах**

1. повышение связанной фракции

2. повышение связанной и свободной фракций в одинаковой мере

3. повышение свободной фракции

4. повышение связанной фракции при умеренном повышении свободного билирубина

**13. Наиболее частый исход острого гепатита С**

1. фульминантная форма

2. хронизация процесса

3. выздоровление

4. летальный исход

**14. Вирус иммунодефицита человека относят к семейству**

1. Энтеровирусов

2. Гепаднавирусов

3. Ретровирусов

4. Рабдовирусов

5. Пикорнавирусов

**15. Ферменты, входящие в состав вириона ВИЧ**

1. Обратная транскриптаза, интеграза, протеаза

2. Нейраминидаза, обратная транскриптаза, протеаза

3. РНК-транскриптаза, интеграза, протеаза

4. Простагландинсинтетаза, обратная транскриптаза, протеаза

**16. Укажите антиген, связывающийся с CD4 рецептором и корецепторами клетки-мишени**

1.gp120

2. gp41

3. p24

4. p7

5. p17

**17. Вирусы, которые вызывают ВИЧ-ассоциированные инфекции**

1. Вирус полиомиелита, цитомегаловирус, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая

2. Цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая

3. вирус Эпштейна-Барра, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая, вирус кори

4. вирус краснухи, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра

**18. Инфекция, не ассоциированная с ВИЧ-инфекцией**

1. шигеллез

2. туберкулез

3. пневмоцистоз

4. токсоплазмоз

**19. Клетки, которые гибнут в результате инфицирования ВИЧ**

1. Th (CD4) лимфоциты, клеткимикроглии мозга

2. В-лимфоциты, макрофаги, тромбоциты

3. клетки микроглии мозга, дендритные клетки

4. В-лимфоциты, клетки микроглии мозга

**20. Минимальные сроки появления антител после инфицирования ВИЧ**

1. 1неделя

2. 3 недели

3. 1 месяц

4. 3 месяца

5. 6 месяца

**21. Для скрининговой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используется**

1. иммуноблотинг

2. ИФА

3. ПЦР

4. реакцию нейтрализации

5. РСК

**22. В референс лаборатории для подтверждения ВИЧ-инфекции используют**

1. ПЦР

2. РСК

3. реакцию нейтрализации

4. иммуноблотинг

5. РНГА

**22. Иммуноблотинг позволяет выявить**

1. Все антигены ВИЧ

2. Отдельные виды антигенов ВИЧ

3. Вирусную нуклеиновую кислоту

4. Суммарные антитела к антигенам ВИЧ

5. Отдельные виды антител к антигенам ВИЧ

**22. Собственные антитела к ВИЧ у детей, рожденных инфицированными женщинами, можно обнаружить**

1. 1 месяц

2. 6 месяцев

3. 9 месяцев

4. 1,5 года

5. 3 года

**23. Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании**

1. Клинического обследования

2. Выявления антител к ВИЧ в ИФА в скрининговой лаборатории

3. Выявление ВИЧ-антител в иммуноблотинге

4. Выявление абсолютного снижения уровня CD4-лимфоцитов

5. Выявление р24 в иммуноблотинге

**24. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются**

1. Снижением числа Т-лимфоцитов

2. Функциональным нарушением В-лимфоцитов

3. Функциональным нарушением естественных киллеров

4. Появлением аутоиммунных нарушений

5. Всем перечисленным

**25. Для инфекции ВИЧ характерно**

1. Поражение иммунной системы

2. Поражение ЦНС

3. Поражение дыхательного тракта

4. Поражение пищеварительного тракта

5. Все перечисленное

**26. Лабораторный показатель, наиболее важный для решения вопроса о начале АРВТ при ВИЧ инфекции**

1. Панцитопения

2. Высокий уровень IgM и IgG в сыворотке крови

3. Снижение уровня CD4 положительных Т- лимфоцитов < 350 клеток в 1 мкл

4. Появление gp 160 в сыворотке крови

5. Появление p 24 в сыворотке крови

**27. Иммунодефицит при ВИЧ-инфекции не сопровождается**

1. Снижением уровня CD4 - лимфоцитов

2. Высоким уровнем ЦИК

3. Высоким уровнем иммуноглобулинов всех классов

4. Лимфоцитозом

**28. Лечение ВИЧ-инфекции включает в себя назначение**

1. антиретровирусных препаратов

2. цитостатиков

3. иммуномодуляторов

4. глюкокортикостероидов

**29. Фаза 4В вторичных заболеваний при инфекции ВИЧ характеризуется**

1. Кахексией, поражением нервной системы различной этиологии, генерализованными бактериальными, вирусными грибковыми, протозойными заболеваниями

2. Снижением массы тела менее 10%, кандидозным поражением пищевода

3. Локализованной саркомой Капоши, туберкулезом легких

4. Персистирующейгенерализованнойлимфоаденопатией

**30. Для профилактики и лечения пневмоцистной пневмонии назначают**

1. Цефалексин

2. Ацикловир

3. Дифлюкан

4. Нистатин

5. Бисептол

**31. Терминальная стадия ВИЧ-инфекции сопровождается**

1. Высоким уровнем антител к ВИЧ

2. Высокой вирусной нагрузкой

3. Резким падением вирусной нагрузки

4. Нарастанием количества CD4-лимфоцитов

**32. Саркома Капоши - это поражение**

1. Костной ткани

2. Эндотелия лимфатических сосудов

3. Эпидермиса

4. Костного мозга

5. Альвеолярного эпителия

**33. Диагноз пневмоцистной пневмонии подтверждается на основании**

1. Положительного посева крови на питательные среды

2. Положительных результатов цитологического исследования пунктата из лимфатических узлов средостения

3. Положительных результатах серологического исследования на АТ к пневмоцисте

4. Выделение пневмоцисты из бронхолёгочного лаважа

**34. Препараты для лечения герпетической инфекции у ВИЧ- инфицированных**

1. Ацикловир, фамцикловир, валацикловир

2. Интерферон, рибаверин

3. Осельтамивир, ингавирин

4. Полиоксидоний, циклоферон

**35. Развитие волосистой лейкоплакии языка у ВИЧ-инфицированных связано с активацией**

1. Вирус простого герпеса

2. Цитомегаловируса

3. Вируса герпеса 6 типа

4. Вируса Эпштейна-Барр

**36. Препарат для лечения цитомегаловирусной инфекции у пациентов с ВИЧ**

1. Ретровир

2. Итерферон

3. Ганцикловир

4. Клотримазол

5. Ацикловир

**37. Антитела к ВИЧ появляются в стадии**

1. Инкубации

2. Первичных проявлений

3. Субклинической

4. Вторичных заболеваний

5. Терминальной

**38. Оптимальные сроки «карантинизации» компонентов крови**

1. 1 месяц

2. 3 месяцев

3. 6 месяцев

4. 12 месяцев

**39. Самым ранним симптомом ВИЧ-инфекции является**

1. Потеря веса

2. Длительная диарея

3. Генерализованнаялимфоаденопатия

4. Саркома Капоши

5. Мононуклеозоподобный синдром

**40. Основные характеристики ВИЧ**

1. Ретровирус

2. Относится к лентивирусам

3. РНК-содержащий

4. Содержит ревертазу (обратную транскриптазу)

5. Все перечисленное

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

***Тема:* Актуальные вопросы гельминтозов и протозоозов. Эхинококкоз. Токсокароз. Трихинеллез. Редкие гельминтозы. Дирофиляриоз. Лямблиоз**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), ситуационная задача*

***Входной контроль знаний студентов***

***1 вариант***

1. Классификация гельминтозов.
2. Перечислить гельминтозы, относящиеся к нематодозам
3. Методы лабораторной диагностики гельминтозов
4. **вариант**
5. Перечислить гельминтозы, относящиеся к трематодозам и цестодозам
6. Препараты для этиотропного лечения гельминтозов

Общие клинические проявления паразитарных заболеваний

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Значение гельминтов в патологии человека.
2. Классификация гельминтозов. Нематодозы. Трематодозы. Цестодозы. Биогельминтозы. Геогельминтозы. Контактные гельминтозы.
3. Токсокароз. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Трихинеллез. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Эхинококкоз. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Лямблиоз. Жизненный цикл. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

***Задача № 1.***

Больная Н, 18 лет, была госпитализирована с жалобами на высокую лихорадку, боли в мышцах, кашель, головную боль, рвоту неоднократно. Больна в течение 2-ух месяцев, когда впервые стали беспокоить приступообразные боли в животе. Последние три дня ухудшение состояния с присоединением сильной головной боли, болей в мышцах, лихорадки. Из анамнеза жизни: семья больной проживает в пригороде, продукты питания покупают на «стихийном рынке», 2 месяца назад употребляли в пищу мясо кабана (отец охотник).

При поступлении состояние тяжелое, вялая, заторможенная, высоко лихорадит. Жалуется на сильные мышечные боли, конечности болезненные даже при незначительном прикосновении. Отмечается умеренная пастозность и одутловатость лица. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание жесткое, единичные сухие и влажные хрипы в нижних отделах. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены.Границы сердца несколько расширены. Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень+3 см.из- под края реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

В ОАК-Нв-110г/л; Эр.-3,0\*1012/л; лейкоциты-20,0\*109;;п//я нейтрофилы-2%, с/я нейтрофилы-42%,эозинофилы -34%, лимфоциты 21%, моноциты-1%, СОЭ-28 мм/ч. На рентгенограмме легких с обеих сторон усиление легочного рисунка

1. Поставьте диагноз

2.Предполагаемый источник инвазии

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику

**Темы презентаций**

1. Шистосомоз
2. Токсоплазмоз

***Тема:* Экзантемы при инфекционных болезнях. Дифференциальная диагностика экзантем**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), ситуационная задача*

***Входной контроль знаний студентов***

***1 вариант***

1. Виды экзантем
2. Характеристика сыпи при кори
3. Перечислить заболевания, для которых характерна мелкоточечная сыпь
4. **вариант**
5. Характеристика элементов сыпи при ветряной оспе.
6. Перечислить заболевания, протекающие с пятнисто-папулезной сыпью
7. Укажите, в какие сроки болезни появляется розеолезная сыпь при брюшном тифе

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Виды экзантем
2. Заболевания, протекающие с синдромом экзантем.
3. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с везикулезной сыпью
4. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с пятнист-папулезной сыпью
5. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с мелкоточечной сыпью
6. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с розеолезной сыпью
7. Дифференциальная диагностика болезней, протекающих с петехиальной сыпью
8. Первичный аффект при некоторых инфекционных заболеваниях

**Ситуационная задача №1**

1. Больная Т., 30 лет, учительница. Поступила в больницу 17 сентября, на 13 день болезни. Жалобы на общую слабость, головокружение, чувство жара, постоянную головную боль, бессонницу, плохой аппетит. Заболела 3 сентября, когда появились слабость, недомогание, умеренная головная боль. Температуру не измеряла, продолжала работать. С 7 сентября самочувствие ухудшилось: усилилась общая слабость и головная боль, исчез аппетит, к вечеру поднялась температура до 37,5 °С. Утром 8 сентября температура 37,8°С, вечером 38°С; 9 сентября утром – 37,8°С, вечером – 38,2°С. С 10 по 14 сентября температура утром и вечером в пределах 38 – 39 °С, резкая слабость, отсутствие аппетита, бессонница, постоянная головная боль диффузного характера. Запор в течение 5 дней. К врачу обратилась 9 сентября. Диагностирован грипп. Лечение пенициллином без терапевтического эффекта. 14 сентября, т.е. на 9-й день болезни, на коже живота в области мезогастрия появилось несколько розовых элементов сыпи с четкими контурами, 3 – 4 мм в диаметре. В течение 10 – 25 августа «дикарем» отдыхала в Крыму, жила в плохих санитарных условиях, имела контакт с большим количеством людей. Однако контакт с лихорадящими больными за последние 3 недели отрицает. Анамнез жизни без особенностей. Объективно: общее состояние средней тяжести. Вялая, адинамичная, в контакт вступает охотно, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледные. На коже живота в области эпигастрия и боковых поверхностей грудной клетки 10 розовых элементов сыпи с четкими контурами, диаметром в 3 мм, исчезающие при растягивании кожи. Питание умеренное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо, тонус сохранен. Костно-суставная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена. Сердце: границы относительной тупости в пределах нормы, тоны глухие, пульс 62 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт. ст. Органы дыхания в норме. Органы пищеварения: язык влажный, обложен серым налетом, зев чистый, миндалины не увеличены, живот правильной формы, умеренно вздут, мягкий, безболезненный; укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области. Печень по среднеключичной линии, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, чувствительная. Пальпируется край селезенки. Мочеполовая система: симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное. Нервная система: сознание ясное, зрачки равномерные, реакция на свет живая, менингеальных знаков нет. Уши здоровы. Кровь на 11-й день болезни: эр. – 4500000, Нв – 135 г/л, Л. – 4000, п. – 10, с. – 45. Лимф. – 36, м. – 9, СОЭ – 20 мм/ час. Моча без особенностей.

1.Какое заболевание можно заподозрить у больной?

2.Укажите характер сыпи.

3. Проведите дифференциальный диагноз

***Тема:* Актуальные вопросы кишечных инфекций. Вирусные гастроэнтериты. Ротавирусная инфекция. Норовирусная инфекция.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), ситуационная задача, курация больного*

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Этиология вирусных гастроэнтеритов, их место в структуре заболеваемости кишечными инфекциями.
2. Характеристика ротавирусов, норовирусов, их строение, устойчивость в окружающей среде.
3. Эпидемиология ротавирусной инфекции. Источник инфекции, пути передачи, восприимчивость.
4. Патогенез вирусных гастроэнтеритов. Клинические проявления ротавирусной инфекции.
5. Эпидемиология норовирусной инфекции.
6. Клинические проявления норовирусной инфекции.
7. Лабораторная диагностика вирусных гастроэнтеритов. Возможности молекулярно-генетических методов. Правила забора материала для лабораторных исследований.
8. Дифференциальная диагностика вирусных гастроэнтеритов и других кишечных инфекций (пищевые токсткоинфекцтт, сальмонеллез, дизентерия)
9. Принципы лечения при гастроэнтеритах вирусной этиологии.

Профилактические и первичные противоэпидемические мероприятия при вирусных гастроэнтеритах. Возможности специфической профилактики.

**Ситуационная задача №1**

16.08 к больному А., 20 лет, был приглашен участковый врач. Больной жаловался на повышение температуры тела до 38°С, головную боль, слабость, сухость во рту, тошноту, умеренные схваткообразные боли в животе, частый обильный, жидкий стул без патологических примесей, чувство вздутия живота .

Анамнез заболевания: Болен 2-й день. Болезнь началась с повышения температуры тела, затем появилась тошнота, повторная рвота, приносящая кратковременное облегчение, стул вначале был кащицеобразным, затем стал обильным, до 8-10 раз в сутки. Самостоятельно промывал желудок двумя стаканами воды, но без эффекта.

Эпидемиологический анамнез: 14.08 пил молоко, купленное на рынке, ел жареные пирожки с мясом, яичницу-глазунью. В семье неделю назад острую кишечную инфекцию перенесла младшая сестра, лечилась амбулаторно под наблюдением участкового педиатра.

Объективно при осмотре: Масса тела пациента 70 кг. Больной вялый. Тургор тканей снижен. ЧСС 100 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. Язык сухой. При пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в эпигастрии, околопупочной и подвздошных областях. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Печень не пальпируется. Сигмовидная кишка болезненная, в виде плотного тяжа. Диурез снижен.

В клиническом анализе крови лейкоциты 5,0Х109/л, СОЭ 10 мм/ч; индекс гематокрита 48%. В копрограмме лейкоциты 2-3 в поле зрения,

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Определите тактику участкового врача.

3.Составьте план обследования больного.

4.Составить план лечения.

5.Определить первичные противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге по месту жительства.

Проводится **курация** больных с кишечными инфекциями в отделениях под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза, лечения.

**Темы презентаций**

1. Гастроэнтериты энтеровирусной этиологии

*.*

***Тема:* Актуальные вопросы вирусных гепатитов. Хронические вирусные гепатиты на современном этапе. Подходы к диагностике. Дифференциальная диагностика**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), курация больного*

***Вопросы входного контроля***

**1 вариант**

1. Укажите частоту формирования хронического процесса при вирусных гепатитах В, С
2. Основные клинические проявления хронического вирусного гепатита
3. Серологические маркеры хронического гепатита С
4. **вариант**
5. Укажите специфические лабораторные маркеры хронического гепатита В
6. Укажите методы неинвазивной диагностики стадии фиброза при хронических гепатитах
7. Перечислите заболевания, требующие проведения дифференциальной диагностики с хроническими вирусными гепатитами

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

* 1. Классификация хронических гепатитов.
  2. Эпидемиология хронических вирусных гепатитов на современном этапе.
  3. Причины хронизации при вирусных гепатитах различной этиологии, частота формирования хронического процесса при вирусном гепатите В, С.
  4. Клинические проявления хронических вирусных гепатитов. Внепеченочные прявления.
  5. Методы лабораторной диагностики хронических вирусных гепатитов. Биохимические показатели; специфические маркеры. Значение молекулярно-генетических методов диагностики. Неинвазивные методы диагностики стадии фиброза.
  6. Инструментальные методами диагностики при хронических вирусных гепатитах.
  7. Пункционная биопсия печени как метод оценки морфологических изменений печени у больных с хроническим вирусным гепатитом.

Дифференциальная диагностика хронических гепатитов вирусной и другой этиологии

Проводится **курация**  больных с хроническим вирусным гепатитом, в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза.

**Темы презентаций**

1. Внепеченочные проявления при хронических вирусных гепатитах

***Тема:* Исходы хронических вирусных гепатитов. Осложнения. Тактика ведения больных.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), курация больного*

***Вопросы входного контроля***

**1 вариант**

* 1. Укажите возможные исходы хронических вирусных гепатитов
  2. Клинические синдромы при циррозе печени
  3. Биохимические показатели при циррозе печени

1. **вариант**
2. Клинические проявления синдрома портальной гипертензии.
3. Возможные осложнения при циррозе печени
4. Патогенетическая терапия при циррозе печени

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1.Этиология циррозов печени, классификация.

2.Клинические синдромы при циррозе печени.

3.Синдром портальной гипертензии, его проявления

1. Синдром печеночно-клеточной недостаточности.
2. Синдром гиперспленизма, его клинико-лабораторные характеристика.
3. Гепаторенальный синдром.
4. Осложнения цирроза печени. Спонтанный бактериальный перитонит. Кровотечения из вен пищевода. Флегмона толстой кишки. Печеночная энцефалопатия.
5. Классификация цирроза печени по Чайлд-Пью.
6. Терапевтическая тактика при циррозе печени и его осложнениях. Диета, режим. Патогенетическая терапия. Показания к хирургическому лечению.
7. Гепатоцеллюлярная карцинома. Клиника, лабораторные маркеры, инструментальная диагностика, подходы к лечению.

Проводится **курация**  больных с хроническим вирусным гепатитом, циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза.

***Тема:* Современные подходы к противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), курация больного*

***Вопросы входного контроля***

1. **вариант**

1.Укажите группы препаратов для лечения хронического вирусного гепатита С

2.Противопоказания для назначения интерферонсодержащих схем лечения

3.Критерии эффективности терапии при лечении вирусного хронического гепатита

1. **вариант**
   1. План обследования пациента перед началом противовирусной терапии гепатита С
   2. Группы препаратов для лечения хронического вирусного гепатита В
   3. Перечислите препараты прямого противовирусного действия для лечения гепатита С

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Лечение хронического гепатита В. Показания к терапии.
2. Группы препаратов для лечения хронического вирусного гепатита В. Интерфероны стандартные, пегилированные, аналоги нуклеозидов/нуклеотидов. Критерии эффективности.
3. Побочные эффекты и противопоказания для назначения интерферонов.
4. Лечение хронического гепатита В с дельта-агентом.
5. Лечение хронического гепатита С. Группы препаратов и различные схемы.
6. Предикторы благоприятного ответа на противовирусную терапию хронического гепатит С.
7. План обследования перед началом противовирусной терапии.
8. Двойная терапия хронического гепатита С. Длительность. Критерии эффективности. Быстрый вирусологический ответ, ранний вирусологический ответ, устойчивый вирусологический ответ.
9. Тактика при нежелательных явлениях противовирусной терапии.
10. Тройная терапия хронического гепатита С с включением ингибиторов протеазы.
11. Препараты прямого противовирусного действия. Комбинации препаратов. Безинтефероновые схемы. 3D-терапия.

Проводится **курация**  больных с хроническим вирусным гепатитом, в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов противовирусной терапии.

***Тема:* Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Особенности эпидемического процесса на современном этапе. Принципы профилактики.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), ситуационная задача*

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

***Вопросы входного контроля***

1. **вариант**
2. Приоритетные пути передачи ВИЧ на современном этапе
3. Устойчивость ВИЧ в окружающей среде
4. Алгоритм действий при аварийной ситуации
5. **вариант**
6. 3-х компонентная профилактика вертикальной передачи ВИЧ
7. Стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ
8. Социально-экономические и социально-биологические последствия распространения ВИЧ – инфекции
9. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе. Распространение ВИЧ – инфекции в мире, РФ, Оренбургской области.
10. Социально-биологические, социально-экономические, социально-психологические последствия распространения ВИЧ – инфекции.
11. Основные правовые документы по ВИЧ-инфекции / СПИДу в России, программы ВОЗ и документы ВОЗ и ЮНЭЙДС по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.
12. Профилактика ВИЧ-инфекции. Основные направления.
13. Нормативные документы, регламентирующие профилактические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ
14. Организационная структура, теоретические и методические основы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией
15. Социально – психологические аспекты ВИЧ – инфекции. Консультирование в профилактике ВИЧ – инфекции
16. Предупреждение передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку.
17. Профилактика ВИЧ – инфекции в медицинских учреждениях. Безопасность донорской крови и ее продуктов.

**Ситуационная задача №1**

Больной, которому была перелита 3 месяца назад донорская плазма, забранная за 2 месяца до гемотрансфузии, оказался инфицирован ВИЧ. Донор, от которого была взята кровь, перед сдачей крови прошел скрининговое обследование на ВИЧ методом ИФА с отрицательным результатом.

* + - 1. Назовите причину, по которой взятая у донора кровь была признана пригодной для переливания.
      2. Назовите ошибку, которая привела к переливанию донорской крови

**Темы презентаций**

1. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ

***Тема:* Патогенетические механизмы ВИЧ-инфекции. Клинические проявления на разных стадиях болезни. Лабораторная диагностика на современном этапе. Оппортунистические инфекции и СПИД-индикаторные заболевания**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям, ситуационная задача)*

***Вопросы входного контроля***

1. **вариант**
2. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
3. Патогенетические механизмы развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе
4. Перечислить методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции
5. **вариант**

1. Порядок обследования пациента на ВИЧ-инфекцию

2. Острый ретровирусный синдром

3. Значение молекулярно генетического метода в диагностике ВИЧ-инфекции

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1.Современные классификации ВИЧ-инфекции. Критерии различных стадий заболевания

2. Иммунопатогенез СПИД. Механизмы иммуносупрессии. Причины нарушения функций и гибели клеток лимфоидного ряда. Цитопатогенное действие ВИЧ. Аутоиммунные реакции. Нарушения системы иммунитета на разных стадиях заболевания. Интерпретация иммунограммы в клинике.

3. Особенности сероконверсиониой стадии. Асимптоматическая стадия. Симптоматическая стадия. СПИД. Особенности распознавания иммунной системой человека вируса ВИЧ на различных стадиях процесса. Многообразие клинических проявлений, обусловленное снижением числа СД4+ Т-лимфоцитов: активизация оппортунистических инфекций, деструкция клеток, несущих на своей поверхности рецепторы, способные сорбировать gp 120, подавление регенерации Т-лимфоцитов, аутоиммунные нарушения, появление суперантигенов, запуск апоптоза.

4.Клиническая классификация ВИЧ-инфекции на основании клинико-лабораторных признаков (В.И. Покровский с соавт., приказ Минздравсоцразвития от 17.03.2006; классификация СДС, ВОЗ). Количественные показатели СД 4+ Т-лимфоцитов и вирусной нагрузки, определяющие стадию развития заболевания.

5.Оппортунистические инфекции и СПИД-индикаторные заболевания. Понятия. Заболевания, относящиеся к СПИД-индткаторным.

6.Показания для обследования на ВИЧ-инфекцию.

7.Условия проведения обследования. Добровольное информированное согласие. До- и послетестовое консультирование.

8.Выявление вирусоспецифических антител. ИФА в диагностике ВИЧ-инфекции. Интерпретация результатов ИФА, причины ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Иммунный блотинг, как подтверждающий тест. Интерпретация результатов иммуноблота. Различные тест-системы. Альтернативная диагностика: агглютинационные методы, точечный ИФА, исследование иных биологических сред организма (мочи, слюны, ликвора и пр.). Экспресс-диагностика антител к ВИЧ, значение, области применения. Специфичность и чувствительность экспресс-тестов.

9.Молекулярные методы в диагностике ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний. Применение полимеразной цепной реакции для выявления ДНК ВИЧ в биологическом материале. Специфичность и чувствительность метода.

10.Применение электронной и иммуноэлектронной микроскопии для идентификации ретровирусов.

11.Выделение ВИЧ в культуре клеток in vitro. Гено- и фенотипирование ВИЧ, роль в клинической практике.

**Ситуационная задача №1**

В инфекционную больницу по направлению врача - инфекциониста центра СПИД госпитализирован больной М., 35 лет. ВИЧ-инфекция выявлена 10 лет назад, но на диспансерном учете не состоял, ведет асоциальный образ жизни, употребляет алкоголь, 1 год назад освободился из мест лишения свободы. Эпизодически употребляет ПАВ («соль») внутривенно, последний раз за 5 дней до госпитализации. В анамнезе хронический вирусный гепатит С. 4 месяца назад перенес опоясывющий лишай, лечился амбулаторно в поликлинике. В центр СПИД обратился за медицинской помощью в связи с лихорадкой до 38-38,5°С, которая отмечается периодически в течение 2-х месяцев, слабость. Лечился самостоятельно парацетамолом. Отмечает, что за последние 3 месяца резко похудел (на 10 кг). При обследовании вирусная нагрузка РНК ВИЧ – 1 200 000 коп/мл плазмы, уровень CD4+ лимфоцитов – 12 кл/мкл.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Пониженного питания, при росте 175 см весит 60 кг. Температура тела при поступлении 39°С. Сознание ясное, несколько заторможен. Менингеальных и очаговых симптомов со стороны ЦНС нет. Кожный покров бледный, в области предплечий «дорожки» от в/в инъекций. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. Тоны сердца ритмичные, на верхушке легкий систолический шум. ЧСС 120 в 1 мин, АД110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 18 в 1 мин. Язык густо покрыт творожистым налетом, такой же налет имеется на слизистой оболочке щек, задней стенке глотки, снимается шпателем. Живот привздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, околопупочной области. Пальпируются плотная печень на 3 см ниже края реберной дуги, край селезенки. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное. Стул 3-4 раза за сутки, жидкий.

В общем анализе крови гемоглобин 96 г/л, тромбоциты 110Х109/л, эритроциты 3,8х1012/л, лейкоциты 3,6 Х109/л, СОЭ 55 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. В биохимическом анализе крови АлАТ 84 Ед/мл, АсАТ, 76 Ед/мл, щелочная фосфатаза 720 Ед/мл, другие показатели в норме. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки очагово-инфильтративных теней не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: УЗИ-признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени, спленомегалии; в воротах печени увеличенные до 16-20 мм лимфатические узлы.

1. Сформулируйте диагноз ВИЧ-инфекции.
2. Укажите, о каких оппортунистических заболеваниях можно думать с учетом клинико-эпидемиологических данных.
3. Укажите, какие дополнительные исследования необходимо провести данному больному.

***Тема:* Поражения органов и систем при ВИЧ/СПИДе.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), курация больного*

**Вопросы входного контроля**

* + 1. **вариант**
    2. Перечислить методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции
    3. Принципы антиретровирусной терапии
    4. Основные направления профилактики ВИЧ-инфекции

**2 вариант**

* + - 1. Порядок обследования пациента на ВИЧ-инфекцию
      2. Цели антиретровирусной терапии
      3. Группы препаратов для антиретровирусной терапии

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Клиника характерных поражений различных систем организма больного при ВИЧ-инфекции/СПИДе
2. *Поражение кожных покровов.* Поражение кожных покровов, характерное на стадии ВИЧ и СПИДа, выраженный полиморфизм. Характер поражения (транзиентная макулорозеолезная сыпь, себорейный дерматит, фолликулит, васкулит, гнездная алопеция, витилиго, кожная порфирия, псориаз, атопический дерматит). Этиология и клинические проявления оппортунистических инфекций (дерматофитоз, кандидоз, чесотка, герпес симплекс и зостер, цитомегаловирус, контагиозный моллюск, кондиломы, ассоциированные с папилломавирусом, гистоплазмоз, криптококкоз, микобактериоз, трихоспоридиоз, бациллярный ангиоматоз, синдром Рейтера, саркома Калоши, карцинома). Увеличение лимфатических узлов может сопровождать ВИЧ-инфекцию на разных стадиях заболевания, на субклинической стадии оно является единственным клиническим проявлением болезни. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией обычно эластичные, безболезненные при пальпации, не спаяны с окружающими тканями.
3. *Поражение дыхательной системы.* Патогенетические механизмы, лежащие в основе поражения дыхательного тракта при ВИЧ-инфекции (особенности поражения альвеолярных макрофагов). Корреляционная связь различных поражений дыхательного тракта со стадией заболевания (уровнем СД4+ Т-лимфоцитов). Маркерные поражения дыхательного тракта для ВИЧ-инфекции (пневмоцистная пневмония, рецидивирующая бактериальная пневмония, атипичный микобактериоз, интерстициальные пневмонии, легочный туберкулез, цитомегаловирусное поражение легких, саркома Капоши, лимфома, криптококкоз, грибковые поражения). Этиологический спектр бактериальных бронхитов и пневмоний. Особенности поражения дыхательного тракта на стадии СПИДа. Особенности течения и диагностики туберкулезной инфекции на различных стадиях заболевания. Алгоритм диагностического поиска у пациентов с ВИЧ-инфекцией и поражением дыхательного тракта. Предупреждение развития тяжелых поражений дыхательного тракта на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.
4. *Поражение гастроинтестинального тракта.* Особенности поражения ротовой полости, этиология (кандидоз, волосистая лейкоплакия языка, вирус простого герпеса, афтозный стоматит, некрозирующий гингивит, саркома Капоши). Поражение пищевода, ведущий клинический симптом - одинофагия, этиология (кандидоз, инфекция цитомегаловирусная и вирусом простого герпеса, афтозные изъязвления слизистой оболочки). Характерное поражение желудка: ахлоргидрия, оппортунистические инфекции, этиология (см. поражение пищевода), саркома Капоши. Ведущие клинические симптомы поражения тонкого и толстого кишечника - хроническая диарея, синдром малабсорбции, СПИД-ассоциированная энтеропатия. Этиология (криптоспоридиоз, изоспоридиоз, микроспоридиоз, микобактериоз, цитомегаловирусные поражения, сальмонеллез). Патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Особенности питания пациентов с поражением пищеварительного тракта. Прямая кишка и анус, характер поражения, этиология (вирус простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция), клинико-лабораторная диагностика. Характер поражения гепатобилиарной системы. Частота и характер поражения печени, особенности течения вирусных гепатитов В и С, цитомегаловирусный гепатит и гепатит, вызванный вирусом простого герпеса, токсический, лекарственный гепатит, этиология (нуклеозидные аналоги, изониазид, рифампицин). Стойкий холестатический синдром, этиология (туберкулез, гистоплазмоз, лимфома). Холангиопатии с билиарной обструкцией, этиология (криптоспоридиоз, цитомегаловирусная инфекция, микроспоридиоз, лимфома, саркома Капоши). Характер и показания к хирургическому вмешательству (перфорации, обструктивные процессы и т.д.).
5. *Гематологические и онкологические проявления ВИЧ-инфекции*. Цитопения, тромбоцитопения, нейтропения, анемия. Этиология и патогенез: аутоиммунный характер поражения; ассоциированны; с оппортунистическими инфекциями (микобактериоз, криптококкоз, гистоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция), ассоциированный с онкопоражениями (В-лимфома, Ходжкинская лимфома, саркома Капоши; проявление лекарственной болезни (антиретровирусной терапии, антимикробных препаратов). Смешанный характер поражения. Онкологическая манифестация инфекции ВИЧ (capкома Капоши, В-клеточная лимфома, не-Ходжкинская лимфома, анальный и перианальный рак, paк шейки матки у женщин, редко встречаемые формь онкологических поражений). Принципы лечения.
6. *Почечные, кардиальные, эндокринные и ревматологические проявления ВИЧ-инфекции*. Поражение почек (электролитные, кислотно-щелочные нарушения). Острая почечная недостаточность. Этиология патогенез. ВИЧ-ассоциированная нефропатия. Определение, патогенез, клиническая картина, лечение. Кардиоваскулярные поражения (желудочковая недостаточность, миокардит, перикардит, эндокардит, аритмии). Этиология, клинические проявления Диагностика и лечение. Эндокринные расстройств; (дисфункция коры надпочечников, гипогонадизм поражение щитовидной железы). Метаболический синдром. Этиология, патогенез, многообразие клинических проявлений. Ревматологические заболевания, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией: аутоиммунные проявления (криоглобулинемия, антитела к кардиолипину, нейтрофилам, тромбоцитам лимфоцитам, ревматоидный фактор). Патогенез. Клинические проявления. Дерматологические проявления (дерматомиозит, псориаз). Поражение суставов (артралгии, артриты, ВИЧ-ассоциированные артропатии, псориатические артриты, реактивные артропатии, синдром Рейтера, септические артриты, люпус-эритематозный-синдром). Поражение мышц (инфекционный септический миозит, миальгии идиопатические и зидовудин-ассоциированные. некротизирующие нсвоспалительные миопатии, полиомиозиты, пиомиозиты). Васкулиты (ангиит центральной нервной системы, эозинофильный васкулит, пурпура Шенлейн-Геноха, узелковый периартериит, неспецифический васкулит).

Поражение центральной нервной системы. Поражение центральной системы на ранних этапах ВИЧ-инфекции, до появления оппортунистических инфекций и сероконверсии: мононейропатии и полинейропатия (черепно-мозговые и периферические), синдром Гийенна-Барре, хроническая идиопатическая демиелинизирующая полинейропатия. Аутоиммунный характер поражения на этой стадии. Ведущая роль исследования ликвора для постановки предположительного диагноза инфекции ВИЧ на этом этапе. Подходы к терапии. Особенности поражения центральной нервной системы на поздних этапах ВИЧ-инфекции. Патофизиологические процессы, определяющие характер поражения ЦНС на этой стадии. Оппортунистические инфекции (церебральный токсоплазмоз, криптококковый менингит, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, цитомегалови-русный энцефалит и полирадикулит). Неопластические процессы (первичная лимфома центральной нервной системы, метастатическая лимфома). Состояния, обусловленные воздействием вируса ВИЧ на клетки нервной системы (СПИД-ассоциированная деменция, асептический менингит, сенсорная полинейропатия). Метаболические и сосудистые расстройства в результате нарушения мозгового кровообращения (сепсис-ассоциированная энцефалопатия, коагулопатии, небактериальный тромботический эндокардит). Психические расстройства (психозы, депрессия, деменция). Токсическое поражение, ассоциированное с лекарственной антиретровирусной терапией (миопатия, нейропатия). Нейроанатомическая классификация поздних проявлений ВИЧ-инфекции (менингиты различной этиологии, диффузные и очаговые поражения головного мозга, миелопатии, периферические нейропатии, миопатии).

**Темы презентаций**

* + - * 1. ВИЧ-ассоциированные лимфомы

***Тема :* Современные подходы к антиретровирусной терапии. Национальные клинические рекомендации. Проблемы лечения и пути их преодоления.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для письменного опроса (входной контроль), устного опроса (вопросы для подготовки к занятиям), курация больного*

***Вопросы для подготовки к практическим занятиям***

1. Антиретровирусная терапия. Приверженность к лечению.
2. Цели и задачи лечения.
3. Принципы АРВТ Показания к лечению.
4. Применение отдельных схем антиретровирусной терапии.
5. Лекарственная резистентность.
6. Основные группы препаратов (нуклеозидные аналоги, ингибиторы протеазы, ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния, ингибиторы хемокиновых корецепторов ). Механизм действия.
7. Побочные эффекты. Токсичность.
8. Профилактика оппортунистических инфекций.
9. Особенности лечения больных с туберкулезом, гепатитами, беременных.
10. Приверженность терапии.

Проводится **курация** ВИЧ-инфицированных больных с оппортунистическими заболеваниями в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов антиретровирусной терапии.

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится по 30-ти бальной системе в форме зачета:

1. Тестирование (30 баллов).

Промежуточная аттестация считается успешно пройденной, если обучающийся набирает 15 и более баллов (таблица 3.1).

Правила расчета дисциплинарного рейтинга, на основании которого выставляется оценка в зачетную книжку, определены версией №3 Положения П004.03-2020 “О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся” (Приказ № 479 от 03.03.2020 г.; таблица 3.2). Правила расчета дисциплинарного рейтинга при повторной промежуточной аттестации также определены версией №3 Положения П004.03-2020 “О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся” (Приказ № 479 от 03.03.2020 г.; таблица 3.2).

Таблица 3.1 - Критерии оценки тестирования обучающихся по 30-ти бальной системе

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | **Критерии** |
| 30-26 | При тестировании -  количество правильных ответов 91 и более процентов  30 баллов – 99-100%  29 баллов – 97-98%  28 баллов – 95-96%  27 баллов – 93-94%  26 баллов – 91-92% |
| 25-21 | При тестировании -  количество правильных ответов от 81 до 90 процентов  25 баллов – 89-90%  24 балла – 87-88%  23 балла – 85-86%  22 балл – 83-84%  21 баллов – 81-82% |
| 20-15 | При тестировании -  количество правильных ответов от 70 до 80 процентов  20 баллов – 79-80%  19 баллов – 77-78%  18 баллов – 75-76%  17 баллов – 73-74%  16 баллов – 71-72%  15 баллов – 70% |
| 14-10 | При тестировании -  количество правильных ответов от 50 до 69 процентов  14 баллов-65-69%  13 баллов –60-64%  12 баллов-55-59%  11 баллов-50-54%  10 баллов- 45-49% |
| 1-9 | При тестировании -  количество правильных ответов менее 45 процентов  9 баллов-40-44%  8 баллов-35-39%  7 баллов-30-34%  6 баллов-25-29%  5 баллов- 20-24%  4 балла- 15-19%  3 балла- 10-14%  2 балла-5-9%  1 балл-1-4% |
| 0 | Ответ отсутствует либо фиксируется отказ обучающегося от ответа |

Таблица 3.2 - Расчет дисциплинарного рейтинга (итоговой оценки) по дисциплине\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дисциплинарный рейтинг по дисциплине | оценка по дисциплине | |
| экзамен, дифференцированный зачет | зачет |
| 86 - 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 - 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50 -69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |
|  |  |  |

\* - правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему (Приложение 4 Положения П004.03-2020).

Таблица 3.3 - Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рейтинг экзаменационный / зачетный | Рейтинг дисциплинарный | Оценка |
| 15 | 50 | удовлетворительно |
| 16 | 54 | удовлетворительно |
| 17 | 59 | удовлетворительно |
| 18 | 64 | удовлетворительно |
| 19 | 69 | удовлетворительно |
| 20 | 70 | хорошо |
| 21 | 74 | хорошо |
| 22 | 78 | хорошо |
| 23 | 82 | хорошо |
| 24 | 85 | хорошо |
| 25 | 86 | отлично |
| 26 | 89 | отлично |
| 27 | 92 | отлично |
| 28 | 95 | отлично |
| 29 | 98 | отлично |
| 20 | 100 | отлично |

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов. Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях или в информационной системе.

**Вопросы к тестовому заданию для промежуточной аттестации**

**(укажите один или несколько правильных ответов)**

**1.Выявление источников ВИЧ - инфекции проводится с целью:**

1. изоляции ВИЧ - инфицированных

2. ограничения профессиональной деятельности

3. привлечения к уголовной ответственности

4. вакцинации контактных лиц

5. вовлечения в профилактические мероприятия

**2. При обследовании пациента стационара на ВИЧ – инфекцию врач должен:**

1. поставить в известность пациента в устной форме

2. провести до-тестовое консультирование, получить письменное согласие больного на обследование

3. согласовать с инфекционистом центра СПИД

4. поставить в известность заведующего отделением

5. поставить в известность госпитального эпидемиолога

**3. Диагноз ВИЧ - инфекции имеет право поставить:**

1. врач хирургического стационара

2. врач общей практики в поликлинике

3. врач-эпидемиолог территориального управления Роспотребнадзора

4. врач-инфекционист центра профилактики и борьбы со СПИДом

5. врач - дерматовенеролог

**4. При необходимости обследования пациента на ВИЧ-инфекцию необходимо:**

1. провести до-тестовое консультирование пациента

2. получить согласие заведующего отделением

3. согласовать с госпитальным эпидемиологом

4. не сообщать больному о намерении провести лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию

5. согласовать с врачом-эпидемиологом центра профилактики и борьбы со СПИДом

**5. До-тестовое и после-тестовое консультирование врачом-терапевтом не предусматривает:**

1. определения факторов риска заражения

2. предоставления информации о ВИЧ – инфекции и тестировании на ВИЧ

3. поддержки в преодолении стресса

4. принятия осознанного решения о прохождении обследования на антитела к ВИЧ

5. сообщения о диагнозе ВИЧ-инфекция

**6. При наличии клинических показаний для обследования больного на ВИЧ-инфекцию до-тестовое консультирование, как правило, проводит:**

1. госпитальный эпидемиолог

2. заведующий отделением

3. лечащий врач

4. врач-инфекционист

5. психотерапевт

**7. В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя норовирусной инфекции?**

1. кровь

2. моча

3. кал

4. слюна

**8. Окончательный диагноз ротавирусной инфекции ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований:**

1. бактериоскопических

2. бактериологических

3. молекулярно-генетических

45. биохимических

**9. Розеолезная сыпь характерна для:**

1. менингококковой инфекции

2. туляремии

3. рожи

4. брюшного тифа

**10. Генерализованная лимфоаденопатия характерна для:**

1. ВИЧ-инфекции

2. туляремии

3. инфекционного мононуклеоза

4. рожи

**11. Укажите методы лабораторной диагностики для выявления антител при гепатите С:**

1. бактериологический

2. бактериоскопический

3. ИФА

4. иммунный блоттинг

5. РСК

6. ПЦР

**12. Иммунологический (серологический) метод диагностики ВИЧ-инфекции позволяет выявлять:**

1. антитела к ВИЧ

2. уровень СД4+лимфоцитов

3. ДНК или РНК вируса

4. вирусную нагрузку

**13. Укажите сочетание симптомов, характерное для ротавирусной инфекции**

1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты

2. тошнота, рвота

3. водянистый, зловонный стул

4. жидкий, зеленоватый окраски стул, диффузные боли в животе

**14. Укажите характерную сыпь при острой менингококкемии**

1. пятнистая

2. нодозная

3. папулезная

4. геморрагическая с некрозом

**15. Укажите биохимические тесты, отражающие цитолиз печеночных клеток при вирусных гепатитах:**

1. уровень холестерина

2. уровень общего белка и белковые фракции крови

3. уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы

4. тимоловая проба

**16. Укажите, какой вирусный гепатит чаще сопровождается хронизацией патологического процесса с исходом в цирроз:**

1. вирусный гепатит А

2. вирусный гепатит В

3. вирусный гепатит С

4. вирусный гепатит Е

**17. Укажите, какой лабораторный тест наиболее достоверно подтверждает диагноз ВИЧ-инфекции:**

1. клинический анализ крови

2. ИФА

3. соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров

4. иммуноблотинг

**18. Показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются:**

1. туберкулез

2. мононуклеозоподобный синдром

3. кандидоз слизистой оболочки полости рта при длительном приеме антибиотиков

4. саркома Капоши у пациента моложе 60 лет

**19. Клинические признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции**

1.Оральный кандидоз, "волосистая лейкоплакия"

2.Герпетическая инфекция

3.Лихорадка, недомогание

4.Диарея, потеря веса

5.Все вышеперечисленное

**20. При ВИЧ-энцефалопатии в терминальной стадии ВИЧ наблюдается все перечисленное, кроме**

1. Деменции, полного отсутствия интеллекта

2. Акинетического мутизма

3. Грубой очаговой симптоматики, парезов, параличей

4. Гидроцефалии

5**.** Децеребрационной ригидности, тазовых расстройств

**21. Наличие везикул на коже может свидетельствовать о**

1. кори

2. краснухе

3. ветряной оспе

4. брюшном тифе

**22. При остром ретровирусном синдроме сыпь чаще носит характер**

1. пятнисто-папулезной

2. геморрагический

3. розеолезной

4. мелкоточечной

**23. Укажите, при каких заболеваниях сыпь на коже может носить характер мелкоточечной**

1. скарлатина, брюшной тиф

2. рожа, скаратина

3. корь, краснуха

4. скарлатина, псевдотуберкулез

**24. При лечении хронического вирусного гепатита С интерферонсодержащими схемами ранний вирусологический ответ определяют**

1. через 2 недели

2. через 4 недели

3. через 12 недель

4. через 24 недели

**25. К методам неинвазивной оценке стадий фиброза печени не относится**

1. тест ФиброМетр

2. Фибротест

3. эластография печени

4. пункционная биопсия печени

**26. Токсокароз относится к**

1. биогельминтозам

2. геогельминтозам

3. контактным гедьминтозам

**27. О развитии висцерального токсокароза свидетельствуют титры**

1. 1:100

2. 1:200

3. 1:400

4. 1:800

**28. Укажите, какой гельминтоз может развиться при употреблении в пищу мяса кабана**

1. дирофиляриоз

2. токсокароз

3. трининеллез

4. описторхоз

**29. Укажите, сочетание каких симптомов характерно для трихинеллеза**

1. лихорадка, отек лица, мышечные боли

2. сыпь на коже, судороги, нарушение зрения

3. лихорадка, жидкий стул, дизурические явления

4. олигурия, боли в пояснице, лихорадка

**30. 3D терапия хронического гепатита С относится к**

1. безинтерфероновой схеме

2. схеме, включающей препараты прямого противовирусного действия+рибавирин

3. интерферонсодержащей схеме с рибавирином

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех модулей, входящих в дисциплину, и самостоятельной внеаудиторной работы (СВР).

Обучающемуся предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры в течение 1 месяца после проведенного цикла однократно.

**4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося**

Модульный рейтинг (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение:

* текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии по дисциплине;
* рубежного контроля модуля (РК);
* рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР).

**4.1.2 Правила формирования текущего рейтинга обучающегося на каждом практическом занятии**

Рейтинг за практическое занятие (от 0 до 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек.

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 4-х контрольных точек (КТ; входной контроль, устный ответ, доклад (с презентацией), решение ситуационных задач, самостоятельная работа на занятии, заключительный контроль (тестирование) и проч.), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Перечисленные КТ не являются обязательными на каждом занятии, однако, обязательно проведение хотя бы одной КТ с участием и оцениванием работы всех обучающихся учебной группы. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Форма контроля** | **Баллы** | **Критерии** |
| **Устный ответ** | 5 | Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, аргументировано, последовательно и не требуют дополнительных пояснений, отличаются глубиной и полнотой раскрытия темы.  Ответы показывают владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий.  Делаются обоснованные выводы и обобщения.  Соблюдаются нормы литературной речи, логичность и последовательность ответа. |
| 4 | Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, демонстрируют хорошие базовые знания основных вопросов изучаемого материла, глубину раскрытия темы, но в недостаточном объеме. Показывают умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Материал излагается уверенно. Допускается одна - две неточности в ответе.  Соблюдаются нормы литературной речи. |
| 3 | Допускаются нарушения в последовательности изложения. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи.  Ответы свидетельствуют в основном о знании изучаемого материала, отличающемся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| 2 | Материал излагается непоследовательно, сбивчиво. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями, не сформированы навыки анализа явлений, процессов. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. |
| 1 | Материал излагается скудно, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Обучающийся не может объяснить сказанное ранее. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. |
| 0 | Ответ отсутствует либо фиксируется отказ обучающегося от ответа. |
| **Собеседование** | 5 | Обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
| 4 | Обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| 3 | Обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| 2 | Обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| 1 | Материал излагается скудно. Обучающийся не может объяснить сказанное ранее. Не проводится анализ. Не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. |
| 0 | Ответ отсутствует либо фиксируется отказ обучающегося от ответа. |
| **Тестирование** | **5** | Количество правильных ответов 91 и более процентов |
| **4** | Количество правильных ответов от 81 до 90 процентов |
| **3** | Количество правильных ответов от 71 до 80 процентов |
| **2** | Количество правильных ответов от 51 до 70 процентов |
| **1** | Количество правильных ответов менее 50 процентов |
| **0** | Количество правильных ответов менее 35 процентов |
| **Решение**  **ситуационных**  **задач** | 5 | Задача решена правильно, объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями. Выводы обоснованы.  Отсутствуют ошибки в терминологии. Ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| 4 | Задача решена правильно, объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях. Ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. Отсутствуют ошибки в терминологии. |
| 3 | Задача решена верно, однако  объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях. Ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. Имеются несущественные ошибки в терминологии. |
| 2 | Задача решена неверно, объяснение хода ее решения дано неполное,  непоследовательное, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений или с большим количеством ошибок. Ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. Имеются существенные ошибки в терминологии |
| 1 | Задача решена неверно. Объяснение хода ее решения с грубыми ошибками или отсутствует  Выводы логически не обоснованы. Студент не ориентируется в терминологии. |
| 0 | Задача не решена |
| **Самостоятельная работа** | 5 | Самостоятельная работа представляет собой законченный труд. Соблюдены все требования к оформлению: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы обоснованные выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, требования к внешнему оформлению. Список литературы полон и содержит источники за последние 5 лет. Даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| 4 | Самостоятельная работа представляет собой труд, имеющий отдельные недочеты. Выполнены основные требования к оформлению. Ответы на поставленные задачи излагаются последовательно, но имеются неточности, нарушена логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем работы; имеются упущения в оформлении. Список литературы полон и содержит источники за последние 5 лет. На дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| 3 | Самостоятельная работа представляет собой труд, имеющий недочеты. Допущены существенные отступления от требований: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании. Ответы на поставленные задачи излагаются непоследовательно; во время защиты выводы нелогичны. Список литературы неполон и содержит источники за последние 5 лет. Ответ на дополнительные вопросы с грубыми ошибками. |
| 2 | Самостоятельная работа представляет собой труд, имеющий серьезные недочеты. Ответы на поставленные задачи излагаются непоследовательно, не раскрыта тема работы, обнаруживается существенное непонимание проблемы. Выводы (заключение) отсутствуют. Список литературы не соответствует требованиям. |
| 1 | Самостоятельная работа представляет собой незавершенный труд. Ответы на поставленные задачи отсутствуют. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Выводы (заключение) отсутствуют. Список литературы не соответствует требованиям. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. |
| 0 | Самостоятельная работа не представлена. |

Итоговое значение баллов за занятие рассчитывается как среднее арифметическое всех полученных баллов. При пропуске занятия независимо от причины в качестве итогового значения выставляется «0» баллов.

**4.1.3 Правила формирования рейтинга обучающегося на рубежном контроле модуля**

По окончании модуля дисциплины по решению преподавателя по изучаемой дисциплине проводится рубежный контроль (РК) в форме тестирования или решения ситуационных задач, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. В ином случае за РК обучающийся получает оценку равную среднему баллу за все занятия модуля.

**4.1.4 Правила формирования рейтинга обучающегося за выполнение самостоятельной внеаудиторной работы (СВР)**

За выполнение каждого задания (этапа) по внеаудиторной самостоятельной работе обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Итоговый рейтинг за СВР рассчитывается как среднее арифметическое значение всех балльных оценок, полученных за выполнение каждого задания (этапа).

**4.2 Правила формирования бонусных баллов**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество 5) определено п.8 и 9 Положения П004.03-2020 (таблица 4.2). Допускается “закрытие” пропущенных занятий после выполнения учебных  заданий, определенных преподавателем, ведущим данную дисциплину.

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерий** | **Количество баллов** |
| посещение обучающимися всех практических занятий | 2 |
| Результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине: | |
| 1 место | 3 |
| 2 место | 2 |
| 3 место | 1 |