Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Инфекционные болезни

по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016

Оренбург

1. **Методические рекомендации к лекционному курсу**

Лекции читаются с применением ДОТ, с использованием программы TrueConf. По окончании каждой лекции, с целью контроля усвоения лекционного материала, студенты проходят онлайн-тестирование.

**Модуль №1 Общие вопросы инфекционной патологии**

**Лекция №1.**

**Тема**: Понятие об инфекционном процессе. Общие принципы диагностики и лечения инфекционных и паразитарных заболеваний. Актуальные проблемы инфекционной патологии.

**Цель:** Сформировать у студентов представление о сущности и особенностях инфекционного процесса, общих клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения инфекционных и паразитарных заболеваний.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается сущность инфекционного процесса; дается понятие об основных клинических симптомах и синдромах при инфекционных и паразитарных заболеваниях и механизмах их возникновения; характеристика современным методам клинического, лабораторного, инструментального обследования инфекционных больных и больных с паразитарной патологией, их диагностические возможности. В ходе лекции формируется представление об этиотропной, патогенетической, симптоматической терапии при инфекционных заболеваниях; принципах выбора направлений в лечении больных инфекционной патологии. Основные рассматриваемые вопросы: Общие вопросы инфекционной и паразитарной патологии. Роль макроорганизма, возбудителя и внешней среды в возникновении инфекционной болезни. Роль отечественных ученых в развитии науки об инфекционных и паразитарных болезнях. Инфекция, инфекционный процесс, инфекционная болезнь. Течение инфекционной болезни и ее циклы. Сущность и особенности инфекционной болезни. Формы инфекционного процесса. Иннаппарантная форма. Типичная манифестная инфекция. Стертая инфекция. Латентная инфекция. Микс-инфекция. Классификация инфекционных болезней. Методы диагностики инфекционных болезней. Правила выписки инфекционных больных из стационара. Основные принципы лечения инфекционных и паразитарных больных. Химиотерапия инфекционных больных и больных с паразитарной патологией. Дезинтоксикационная терапия инфекционных больных. Воздействие на реактивность организма при лечении инфекционных больных. Антибиотикотерапия инфекционных больных. Гормонотерапия инфекционных больных. Регидратационная терапия при инфекционных болезнях. Противопротозойные и противогельминтные препараты. Общие принципы и методы лабораторной диагностики инфекционных и паразитарных заболеваний. Режим и диета при инфекционных и некоторых паразитарных заболеваниях. Общие клинические проявления инфекционных и паразитарных заболеваний. Оценка клинических симптомов при инфекционных и паразитарных заболеваниях. Мероприятия в очаге инфекции.

**Форма организации лекции:** вводная, традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Модуль №2. Кишечные инфекции.**

**Лекция №1.**

**Тема**: Брюшной тиф

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии и эпидемиологии брюшного тифа, его патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается актуальность брюшного тифа в современных условиях; даются понятия об основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, осложнениях, принципах диагностики и лечения больных брюшным тифом. Рассматриваются следующие вопросы: Эпидемиологические особенности брюшного тифа на современном этапе Определение. Характеристика возбудителя, антигенная структура, устойчивость в окружающей среде. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Патогенез брюшного тифа. Морфологические изменения в тонкой кошке на разных стадиях болезни. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Стадии болезни, клинические проявления. Особенности течения классического и современного брюшного тифа. Осложнения. Прогноз. Методы лабораторной диагностики, их значение, правила забора материала для исследований. Дифференциальный диагноз. Этиотропная терапия, выбор антибактериальных препаратов, длительность применения. Патогенетическое лечение. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке, перфорации кишечника, кишечном кровотечении. Правила выписки. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №2.**

**Тема**: Энтеровирусные инфекции

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии и эпидемиологии энтеровирусных инфекций (ЭВИ), патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается актуальность энтеровирусных инфекций в современных условиях; даются понятия о многообразии клинических форм, об основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, осложнениях, принципах диагностики и лечения ЭВИ. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность ЭВИ на современном этапе Определение. Коды по МКБ-10. Характеристика возбудителя, устойчивость в окружающей среде. Вирусы Коксаки, ЭСНО. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Серозный менингит. Герпангина. Эпидемическая миалгия. Энтеровирусная экзантема. Атипичные формы. Осложнения. Прогноз. Методы лабораторной диагностики, их значение, правила забора материала для исследований. Дифференциальный диагноз. Патогенетическое лечение. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке, отеке-набухании головного мозга. Правила выписки. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №3.**

**Тема**: Холера

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии и эпидемиологии холеры, ее патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается актуальность холеры в современных условиях; даются понятия об основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения больных холерой. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность холеры на современном этапе. Холера как карантинная инфекция. Определение. Характеристика классического вибриона, вибриона Эль-Тор. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Эпидемии и пандемии холеры. Особенности эпидемии холеры Эль-Тор. Патогенез диарейного синдрома, водно-электролитных расстройств и гиповолемического шока. Клиника. Инкубационный период. Степени обезвоживания. Характеристика клинических проявлений. Особенности течения современной холеры. Осложнения. Прогноз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Патогенетическое лечение. Неотложная помощь при гиповолемическом шоке. Этиотропная терапия. Правила выписки. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №4.**

**Тема**: Пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, эпидемиологии пищевых токсикоинфекций, сальмонеллеза, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается актуальность кишечных инфекций в современных условиях; дается понятие об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения больных пищевыми токсикоинфекциями, сальмонеллезом.

Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность кишечных инфекций в современных условиях. Пищевые токсикоинфекции. Определение. Этиология пищевых токсикоинфекций. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Патогенез. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Осложнения. Прогноз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Патогенетическая терапия. Регидратационная, дезинтоксикационная терапия. Сальмонеллез. Определение. Этиологическая структура сальмонеллезной инфекции на современном этапе. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Патогенез. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Осложнения. Прогноз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Патогенетическая терапия. Регидратационная, дезинтоксикационная терапия. Порядок выписки, диспансеризация. Основные направления профилактики.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №5.**

**Тема**: Дизентерия

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, эпидемиологии дизентерии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции дается понятие об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения больных дизентерией. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность шигеллезов в современных условиях. Дизентерия (шигеллезы). Определение. Этиологическая структура шигеллезов на современном этапе. Особенности свойств шигелл различных видов (устойчивость, вирулентность). Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Теория соответствия путей передачи шигелл свойствам возбудителей В. И. Покровского, Ю. П. Солодовникова. Патогенез дизентерии. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Осложнения. Прогноз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Регидратационная, дезинтоксикационная терапия. Порядок выписки, диспансеризация. Основные направления профилактики.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (пр*езентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №6.**

**Тема**: Ботулизм

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при ботулизме.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции дается понятие об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных ботулизмом. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология ботулизма. Характеристика основных свойств возбудителя. Эпидемиология. Источник инфекции, факторы передачи. Роль отдельных пищевых продуктов в распространении возбудителей ботулизма. Патогенез. Решающее значение ботулотоксина в развитии болезни. Клиника ботулизма. Инкубационный период. Основные синдромы в период разгара болезни. Осложнения. Лабораторная диагностика. Биологическая проба. Неотложная помощь. Лечение в стационаре. Правила введения противоботулинической сыворотки. Профилактика.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №7.**

**Тема**: Иерсиниозы (Псевдотуберкулез. Кишечный иерсиниоз)

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, эпидемиологии иерсиниозов, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции дается понятие об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения больных кишечным иерсиниозом, псевдотуберкулезом. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность иерсиниозов в современных условиях. Классификация. Псевдотуберкулез. Кишечный иерсиниоз. Определение. Этиология. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Патогенез. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Псевдотуберкулез. Определение. Этиология. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Патогенез. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Осложнения, исходы иерсиниозов. Диагностика, дифференциальный диагноз. Этиотропная терапия. Патогенетическая терапия. Основные направления профилактики иерсиниозов.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №8.**

**Тема**: Вирусные гастроэнтериты

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии и эпидемиологии вирусных гастроэнтеритах (ротавирусной инфекции, норовирусной инфекции), патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции раскрывается актуальность вирусных гастроэнтеритов в современных условиях; дается понятие о многообразии клинических форм, об основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, осложнениях, принципах диагностики и лечения ротавирусной, норовирусной инфйекций. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность вирусных гастроэнтеритов.на современном этапе. Определение. Ротавирусная инфекция. Норовирусная инфекция. Коды по МКБ-10. Характеристика возбудителя, устойчивость в окружающей среде. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Клинические особенности ротавирусной и норовирусной инфекции. Осложнения. Прогноз. Методы лабораторной диагностики, их значение, правила забора материала для исследований. Дифференциальный диагноз. Патогенетическое лечение. Правила выписки. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

**Форма организации лекции:** традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Модуль №3. Природно-очаговые и антропургические инфекции**

**Лекция №1.**

**Тема**: Бешенство. Столбняк

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, специфической профилактики при бешенстве и столбняке.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, специфической профилактике бешенства и столбняка. Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность проблемы. История борьбы с бешенством и столбняком. Этиология бешенства. Характеристика возбудителя. Эпидемиология: резервуары вируса в природе. Роль диких и домашних животных в распространении вируса бешенства. Механизм заражения и пути распространения инфекции. Патогенез: внедрение и распространение вируса. Укусы опасной локализации. Поражение центральной нервной системы. Тельца Бабеша-Негри. Клиника: инкубационный период, стадии течения (предвестников, возбуждения, параличей). Атипичные формы болезни. Осложнения. Прогноз. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение и уход за больными бешенством. Первая помощь при укусах и ослюнении животными. Специфическая профилактика бешенства. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика Лечение и уход за больным столбняком. Специфическая профилактика столбняка.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №2.**

**Тема**: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при ГЛПС.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции дается понятие понятие об этиологии, эпидемиологии, основных патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных ГЛПС. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология. Характеристика природных очагов ГЛПC. Эпидемиология ГЛПС. Источники инфекции, пути передачи: воздушно-пылевой, алиментарный, контактный. Сезонность. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия ГЛПС. Клиника: инкубационный период, лихорадка, период геморрагических проявлений, олигоанурия, полиурия и реконвалесценция. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика и ее перспективы. Лечение ГЛПС в зависимости от степени тяжести. Показании к этиотропной терапии, тактика при развитии ОПН, ДВС-синдрома. Прогноз. Профилактика ГЛПС.

 **Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №3.**

**Тема**: Сибирская язва

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при сибирской язве.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных сибирской язвой. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология сибирской язвы. Устойчивость возбудителя в окружающей среде. Эпидемиология сибирской язвы. Источники инфекции, роль сельскохозяйственных животных. Пути передачи: контактный, воздушно - пылевой, алиментарный, трансмиссивный. Сезонность. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия сибирской язвы. Клиника сибирской язвы. Клиническая классификация. Кожная форма. Генерализованная форма. Варианты генерализованной формы. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика сибирской язвы. Лечение сибирской язвы. Значение этиотропной терапии. Профилактика сибирской язвы.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №4.**

**Тема**: Контагиозные вирусные геморрагические лихорадки

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике, тактике врача при выявлении больного с подозрением на контагиозные геморрагические лихорадки.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике, тактике врача при выявлении больного с подозрением на контагиозные геморрагические лихорадки (КГЛ). Рассматриваются следующие вопросы: Актуальность КГЛ для мирового сообщества в современных условиях. Общая характеристика и классификация геморрагических лихорадок. Геморрагическая лихорадка Ласса. История возникновения и распространения. Этиология. Эпидемиология. Природный резервуар. Роль человека как источника инфекции. География распространения. Особенности патогенеза. Клинические проявления. Синдром Ласса. Методы лабораторной диагностики. Алгоритм клинической, эпидемиологической, лабораторной диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Основные принципы профилактики. Геморрагическая лихорадка Марбург. История возникновения и распространения. Этиология. Эпидемиология. Природный резервуар. Роль человека как источника инфекции. География распространения. Основные клинические синдромы. Методы лабораторной диагностики. Алгоритм клинической, эпидемиологической, лабораторной диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Основные принципы профилактики. Геморрагическая лихорадка Эбола. История возникновения и распространения. Этиология. Эпидемиология. Природный резервуар. Роль человека как источника инфекции. Факторы, способствующие распространению. География распространения. Особенности патогенеза. Клинические проявления. Методы лабораторной диагностики. Алгоритм клинической, эпидемиологической, лабораторной диагностики. Принципы лечения. Прогноз. Основные принципы профилактики. Тактика медицинского работника, выявившего больного с подозрением на КГЛ. Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинской службы при выявлении больных КГЛ. Разбор клинического случая: лихорадка Эбола.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №5.**

**Тема**: Чума

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при чуме, тактике медицинского персонала при выявлении больного с подозрением на чуму.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных чумой. Рассматриваются следующие вопросы: Чума как карантинная, особо-опасная инфекция. Этиология чумы Устойчивость возбудителя в окружающей среде. Эпидемиология чумы. Источники инфекции, роль разных видов животных. Пути передачи: контактный, воздушно - капельный, алиментарный. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия чумы. Клиника чумы. Клиническая классификация. Кожная форма. Генерализованнаые, диссеменированные формы. Бубонная форма. Первично- легочная, вторично-легочная, первично-септическая, вторично-септическая, кишечная формы. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика чумы. Лечение чумы. Значение этиотропной терапии. Тактика медицинского персонала при выявлении больного с подозрением на чуму. Первичные противоэпидемические мероприятия. Профилактика чумы.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические ((*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №6.**

**Тема**: Туляремия

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при туляремии.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных туляремией. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология туляремии Устойчивость возбудителя в окружающей среде. Эпидемиология туляремии. Источники инфекции, роль разных видов животных. Пути передачи: контактный, воздушно - пылевой, алиментарный, трансмиссивный. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия туляремии. Клиника туляремии. Клиническая классификация. Клинические проявления при различных формах туляремии. Связь клинических форм с путями заражения и способом проникновения возбудителя. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика туляремии. Лечение туляремии. Значение этиотропной терапии туляремии. Профилактика туляремии

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические ((*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №7.**

**Тема**: Малярия

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при малярии.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных малярией. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология малярии. Географическое распространение различных видов малярийного плазмодия. Классификация малярии в зависимости от вида плазмодия: трехдневная, четырехдневная, тропическая, овале-малярия. Эпидемиология малярии Источники инфекции, роль комаров как переносчиков плазмодия. Пути передачи. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия малярии. Цикл развития малярийного плазмодия. Клиника малярии. Клиническая классификация. Клинические проявления, особенности течения трехдневной и тропической малярии. Малярийный пароксизм. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика малярии Показания для обследования. Лечение малярии. Виды терапии: купирующая, радикальная. Группы препаратов: гематошизотропные, гистошизотропные, гамотропные. Профилактика малярии Химиопрофилактика.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические ((*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №8.**

**Тема**: Бруцеллез

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, принципах терапии, неотложной помощи при бруцеллезе.

**Аннотация лекции** В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии, основных звеньях патогенеза, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения, неотложной помощи у больных бруцеллезом. Рассматриваются следующие вопросы: Этиология бруцеллеза. Виды бруцелл, устойчивость во внешней среде. Эпидемиология бруцеллеза Источники инфекции. Пути передачи. Группы риска профессионального заражения. Восприимчивость и иммунитет. Патогенез и патологическая анатомия бруцеллеза. Клиника бруцеллеза. Клиническая классификация. Клинические проявления, в зависимости от формы болезни. Возможные осложнения. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике. Лабораторная диагностика бруцеллеза Значение бактериологического, серологического, методов диагностики, ПЦР-метода, кожно-аллергической пробы. Лечение бруцеллеза. Этиотропная, патогенетическая, симптоматическая терапия. Восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение при хронической и резидуальной формах. Профилактика бруцеллеза.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические ((*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Модуль №4. Воздушно-капельные инфекции**

**Лекция №1.**

**Тема**: Острые респираторные заболевания. Грипп

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике гриппа и других ОРВИ.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике гриппа и ОРВИ. Рассматриваются следующие вопросы: актуальность ОРВИ в современных условиях. Этиология гриппа и ОРВИ. Характеристика вирусов, вызывающих 0P3: гриппа, парагриппа, аденовирусов и др. Антигенная структура вирусов гриппа, циркулирующих на современном этапе. Общие признаки ОРЗ. Эпидемиология гриппа и ОРВИ. Источники инфекции, механизм и пути передачи. Эпидемии и пандемии гриппа. Восприимчивость населения. Иммунитет. Патогенез гриппа: внедрение, репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия дыхательного тракта. Вирусемия и токсемия. Токсико-аллергические реакции. Значение вторичной инфекции. Исходы болезни. Клиника гриппа. Ведущие синдромы и симптомы. Осложнения, дифференциальная диагностика. Клиника других острых респираторных инфекций (риновирусной инфекции, парагриппа, аденовирусной инфекции, респираторно-синцитиальной инфекции): признаки токсикоза и ведущие синдромы поражения дыхательного тракта. Осложнения, дифференциальная диагностика. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения: специфическое лечение гриппа, патогенетическая и симптоматическая терапия. Противовирусные препараты, механизм действия. Показания к назначению антибиотиков, гормональных препаратов. Неотложные мероприятия при шоке, отеке легких, отеке-набухании мозга. Профилактика гриппа и ОРЗ.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция №2.**

 **Тема**: Менингококковая инфекция

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике менингококковой инфекции.

**Аннотация лекции**. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике менингококковой инфекции. Рассматриваются следующие вопросы: актуальность менингкокковой инфекции в современных условиях. Определение. Характеристика заболеваемости в РФ и Оренбургской области. Этиология менингококковой инфекции. Свойства возбудителя: устойчивость, серологические типы менингококка. Эпидемиология менингококковой инфекции. Источники инфекции. Роль носителей в распространении болезни. Механизм заражения. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет. Патогенез: внедрение, назофарингит, менингококкцемия, преодоление гематоэнцефалического барьера, менингит. Роль аллергии в патогенезе шока. Патогенез церебральной гипертензии. Клиника менингококковой инфекции. Клиническая классификация. Менингококковый назофарингит. Менингококкемия. Менингит, менингоэнцефалит. Редкие формы болезни. Клинические синдромы и симптомы. Осложнения. Инфекционно-токсический шок, отек-набухание головного мозга. Дифференциальная диагностика. Методы лабораторной диагностики. Показания к спинномозговой пункции. Оценка полученных результатов исследования. Дифференциальная диагностика. Бактериоскопическое, бактериологическое исследования. ПЦР. Лечение: этиотропная, патогенетическая терапия. Принципы и тактика антибиотикотерапии. Неотложные мероприятия при инфекционно-токсическом шоке, судорожном синдроме, отеке-набухании головного мозга. Профилактика менингококковой инфекции.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические ((ДОТ, программа TrueConf*))*

**Лекция №3.**

 **Тема**: Герпетические инфекции

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике герпетической инфекции.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, профилактике при герпетической инфекции. Рассматриваются следующие вопросы: актуальность герпетической инфекции на современном этапе. Этиология герпетической инфекции. Значение вирусов герпеса 1 - 8 типов в патологии человека. Основные звенья патогенеза ветряной оспы, опоясывающего лишая, цитомегаловирусной инфекции. Клиника ветряной оспы, опоясывающего лишая, инфекционного мононуклеоза, цитомегаловирусной инфекции, инфекций, вызванных вирусами 6,7,8 типов. Особенности течения у лиц с иммунодефицитом. Дифференциальная диагнос­тика герпетической инфекции. Осложнения при ветряной оспе. Исходы заболевания. Методы лабораторной диагностики герпесвирусных инфекций. Серологический метод, диагностическое значение антител к вирусам герпетической группы; возможности молекулярно-генетических методов диагностики. Лечение герпесвирусных инфекций: противовирусная, патогенетическая, симптоматическая терапия. Специфическая профилактика ветряной оспы.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf*)*

**Лекция 4.**

 **Тема**: Дифтерия

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике дифтерии.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике дифтерии. Рассматриваются следующие вопросы: актуальность дифтерии в современных условиях. Определение. Характеристика заболеваемости в РФ и Оренбургской области. Этиология дифтерии. Краткая характеристика возбудителей, и их особенности: токсигенность, устойчивость во внешней среде, способность расти на питательных средах. Эпидемиология дифтерии. Источники инфекции и пути передачи возбудителя. Основные особенности эпидемии дифтерии 90–х годов. Восприимчивость. Патогенез дифтерии. Основные звенья. Роль дифтерийного экзотоксина. Клиника дифтерии. Клиническая классификация дифтерии по локализации процесса и тяжести. Характеристика дифтерии ротоглотки, дыхательных путей, редких локализаций (глаз, носа, кожи, половых путей). Дифференциальная диагнос­тика дифтерии. Осложнения при дифтерии. Методы лабораторной диагностики. Лечение дифтерии: противодифтерийная сыворотка, дезинтоксикационная терапия, антибиотики. Неотложная терапия при острой дыхательной недостаточности, геморрагическом синдроме. Правила выписки реконвалесцентов из стационара, наблюдение. Санация бактерионосителей. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии. Значение специфической профилактики.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**Модуль 5. Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция**

**Лекция №1.**

 **Тема**: Острые вирусные гепатиты

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике острых вирусных гепатитов

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии, неотложной помощи, профилактике при острых вирусных гепатитах (гепатитах А, Е, В, С, Д). Рассматриваются следующие вопросы: этиология вирусных гепатитов. Характеристика возбудителей, антигенная структура вируса гепатита В. Устойчивость в окружающей среде. Эпидемиология острых вирусных гепатитов с фекально-оральным механизмом передачи и парентеральным механизмом. Патогенетические основы острых вирусных гепатитов. Классификация вирусных гепатитов по течению, клинические формы острых вирусных гепатитов. Критерии степени тяжести. Основные патогенетические, клинические и лабораторные синдромы при острых вирусных гепатитах. Пигментный обмен в норме и при различных видах желтух. Клиника острых вирусных гепатитов. Цикличность течения. Варианты и особенности преджелтушного периода при острых аирусных гепатита А, В, С. Клиника в периоде разгара. Клинико-эпидемиологические особенности вирусного гепатита Е. Исходы в зависимости от этиологии гепатита. Осложнения острых вирусных гепатитов. Методы лабораторной диагностики острых вирусных гепатитов. Серологический метод, диагностическое значение выявления антител; возможности молекулярно-генетических методов диагностики. Принципы лечения острых вирусных гепатитов. Базисная терапия. Режим, диета при вирусных гепатитах. Патогенетическая терапия. Помощь при неотложных состояниях, принципы терапии острой печеночной энцефалопатии. Профилактика острых вирусных гепатитов. Возможности специфической профилактики. Показания для вакцинации. Форма организации лекции – традиционная

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**Лекция №2.**

 **Тема**: Хронические вирусные гепатиты

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии хронических вирусных гепатитов.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, патогенетических механизмах, клинических проявлениях, методах диагностики, дифференциальной диагностике, принципах терапии хронических вирусных гепатитов. Рассматриваются следующие вопросы: актуальность хронических вирусных гепатитов на современном этапе. Определение хронического вирусного гепатита В, гепатита С. Характеристика заболеваемости хроническими гепатитами В, С в РФ и Оренбургской области. Классификация хронических гепатитов. Этиология хронических вирусных гепатитов. Частота хронизации при вирусном гепатите В, при вирусном гепатите С. Патогенез хронических вирусных гепатитов, основные звенья, иммунный ответ. Внепеченочная локализация вирусов. Морфология при хронических вирусных гепатитах. Механизмы развития портальной гипертензии. Клиника хронических вирусных гепатитов. Фазы хронического процесса при вирусном гепатите В. «Бессимптомное» носительство вируса гепатита В. Особенности клинических проявлений при хроническом гепатите С. Степени активности гепатита. Исходы хронических вирусных гепатитов. Цирроз печени. Клиника, классификация по Child–Turcotte–Pugh для оценки тяжести состояния больных циррозом печени. Синдром портальной гипертензии. Асцит. Синдром гиперспленизма. Гепаторенальный синдром. Печеночная энцефалопатия. Гепатоцеллюлярная карцинома. Методы лабораторной и инструментальной диагностики хронических вирусных гепатитов. Биохимические показатели. Серологические маркеры хронических вирусных гепатитов В, С. ПЦР-диагностика, вирусная нагрузка. Морфологическая (гистологическая) диагностика хронических гепатитов. Неинвазивные методы исследования фиброза.Принципы лечения хронических вирусных гепатитов и цирроза печени. Патогенетическая терапия. Помощь при неотложных состояниях.Возможности применения современных противовирусных препаратов. Показания, противопоказания к назначению, предикторы ответа. Интерферонотерапия, пегилированные интерфероны. Нуклеози(ти)дные аналоги. Ингибиторы протеазы. Ненуклеозиеным ингибиторы. Комбинированная терапия. Схемы лечения хронического гепатита В, хронического гепатита С. Контроль эффективности.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**Лекция №3.**

 **Тема**: ВИЧ-инфекция.

**Цель:** Сформировать у студентов представление об этиологии, особенностях эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе, основных патогенетических механизмах развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе, клинических проявлениях ВИЧ-инфекции, принципах диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об этиологии, эпидемиологии ВИЧ-инфекции, основных патогенетических механизмах развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе, клинических проявлениях ВИЧ-инфекции, принципах диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рассматриваются следующие вопросы: история возникновения и развития пандемии ВИЧ –инфекции. Распространение ВИЧ – инфекции в мире, РФ, Оренбургской области. Социально-биологические, социально-экономические, социально-психологические последствия распространения ВИЧ – инфекции. Этапы развития эпидемии, стадии эпидемии: начальная, концентрированная, генерализованная. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России. Этиология ВИЧ-инфекции. Характеристика возбудителя. Строение вируса. Устойчивость в окружающей среде. Изменчивость. Эпидемиология ВИЧ-инфекции (источники инфекции, пути и факторы передачи, восприимчивость). Эпидемиологическая значимость различных путей передачи. Приоритетная роль полового пути передачи на современном этапе. Основные патогенетические механизмы развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе. Тропность вируса к клеткам, имеющим рецепторы СД4, репликация вируса (проникновение вируса в клетку, обратная транскрипция, роль ферментов обратной транскриптазы, интегразы, протеазы). Образование синцития, аутоиммунные механизмы, роль цитотоксических клеток, провоспалительных цитокинов. Развитие вторичных заболеваний. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции в соответствии с приказом Минздравсоцразвития №166 от 2006 г. Стадия инкубации (первичное серонегативное окно), сроки появления антител. Стадия первичных проявлений, варианты (бессимптомное течение, острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний, острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями, субклиническая стадия, стадия вторичных заболеваний, критерии стадий 4А, 4Б, 4В, фазы прогрессирования и ремиссии, терминальная стадия). Диагностика ВИЧ-инфекции. Скрининговые и подтверждающие этапы. Выявление антител к белкам ВИЧ и антигена р24. ИФА, иммуноблотинг, экспресс-тесты. Возможности ПЦР. Интерпретация результатов. Условия проведения тестирования на ВИЧ. До- и послетестовое консультирование. Показания для обследования на ВИЧ. Добровольное информированное согласие. Принципы АРВТ. Цели, задачи АРВТ, лечение как профилактика. Добровольность, непрерывность, адекватность. Комбинированная терапия. Группы препаратов (нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния, ингибиторы хемокиновых корецепторов). Приверженность терапии. Профилактика ВИЧ-инфекции. Основные направления. Нормативные документы, регламентирующие профилактические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**Лекция №4.**

 **Тема**: Оппортунистических инфекции при ВИЧ/СПИДе.

**Цель:** Сформировать у студентов представление об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе,

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе. Рассматриваются следующие вопросы: Понятие об оппортунистических и СПИД-индикаторных болезнях. Бактериальные инфекции (туберкулез, атипичный микобактериоз), вирусные инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, ВЭБ-ассоциированные заболевания, саркома Капоши, папилломовирусные инфекции), грибковые (криптококковая инфеция, кандидоз, пневмоцистоз), протозойные болезни (токсоплазмоз, криптоспоридиоз). Основные клинические проявления, диагностика, лечение.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**Модуль 6. «Гельминтозы»**

**Лекция №1.**

**Тема**: Актуальные гельминтозы

**Цель:** Сформировать у студентов представление о наиболее актуальных глистных инвазиях, их клинических проявлениях, методах диагностики, лечения и профилактики.

**Аннотация лекции.** Объем лекции – 2 часа. В лекции даются понятия оглистных инвазиях, принципах диагностики, лечения, профилактики. Рассматриваются следующие вопросы: актуальные гельминтозы, особенности эпидемического процесса на современном этапе. Влияние гельминтов на организм человека. Механическое повреждение тканей и органов, аллергизирующее воздействие, влияние на физическое и психическое развитие детей, иммуносупрессия, роль в канцерогенезе. Классификация гельминтов и гельминтозов. Типы, классы гельминтов, патогенных для человека. Нематодоз. Трематодозы. Цестодозы. Биогельминтозы. Геогельминтозы. Контактные гельминтозы. Нематодозы. Аскаридоз. Энтеробиоз. Цикл развития. Этиология, эпидемиология. Клиническая характеристика, методы лабораторной диагностики, принципы лечения и профилактики. Цестодозы. Тениоз. Тениаринхоз. Цикл развития. Этиология, эпидемиология. Клиническая характеристика, методы лабораторной диагностики, принципы лечения и профилактики. Трематодозы. Описторхоз. Цикл развития. Этиология, эпидемиология. Клиническая характеристика, методы лабораторной диагностики, принципы лечения и профилактики.

**Методы обучения, применяемые на лекции:** активные

**Средства обучения**:

- дидактические (*презентация)*

 -материально-технические (ДОТ, программа TrueConf)

**2. Методические рекомендации по проведению практических занятий.**

**Модуль1**. **Общие вопросы инфекционной патологии**

**Тема: Актуальные проблемы инфекционной патологии. Понятие об инфекционном процессе. Общие клинические проявления инфекционных заболеваний.** **Ведение медицинской документации.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Изучить со студентами сущность и особенности инфекционных болезней. Ознакомить обучающихся с устройством и санитарно-эпидемиологическим режимом инфекционного стационара,

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент*** 1. Объявление темы, цели занятия.
	2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)
	3. Обсуждение вопросов, возникающих у студентов при подготовке к занятию
 |
| 2 | **Входной контроль (***письменный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала3.2. Знакомство со структурными подразделениями инфекционного стационара |
| 4 | **Заключительная часть занятия:**- подведение итогов занятия;- выставление текущих оценок в учебный журнал |

 **Средства обучения:**

**1.Дидактические** (наглядные пособия)

**2.Материально-технические (**мел, доска/ДОТ, программа Zoom)

***Входной контроль знаний студентов***

***1 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционный процесс».

2. Перечислите периоды развития инфекционных болезней.

3. Перечислите 4 группы инфекционных болезней.

***2 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционная болезнь».

2. Перечислите формы инфекционного процесса.

3. Перечислить клинические формы инфекционных болезней

**Вопросы для устного опроса**

1. Общие вопросы инфекционной и паразитарной патологии. Роль макроорганизма, возбудителя и внешней среды в возникновении инфекционной болезни.
2. Инфекция, инфекционный процесс, инфекционная болезнь. Течение инфекционной болезни и ее циклы.
3. Сущность и особенности инфекционной болезни.
4. Формы инфекционного процесса. Иннаппарантная форма. Типичная манифестная инфекция. Стертая инфекция. Латентная инфекциия. Микс-инфекция.
5. Классификация инфекционных болезней.
6. Методы диагностики инфекционных болезней. Значение бактериоскопического, бактериологического, серологического, молекулярно-генетического методов в диагностике инфекционных болезней.
7. Общие клинические проявления инфекционных и паразитарных заболеваний. Оценка клинических симптомов при инфекционных и паразитарных заболеваниях.
8. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

**Знакомство со структурными подразделениями инфекционного стационара.** Студенты знакомятся с особенностями работы отделений, предназначенных для больных с различными нозологическими формами, противоэпидемическим режимом, устройством мельцеровских боксов.

**Модуль 2. Кишечные инфекции**

**Тема 1. Брюшной тиф. Паратифы А и В.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с брюшным тифом, паратифами А и В.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3.Вопросы для подготовки студентов к занятиям 1.4. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (***письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентаций по темам* *«Паратиф А», «Паратиф В», «Сыпной тиф» )*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно-ситуационных задач)* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**1.Дидактические:**

- Раздаточный материал: «Брюшной тиф»

- Учебный фильм «Брюшной тиф»

**2.Материально-технические:**

- Мел, доска

- Ноутбук

- Телевизор

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы для устного опроса**

1. Возбудитель брюшного тифа: биологические свойства, антигенная структура.
2. Механизм и пути передачи.
3. Патогенез брюшного тифа. Связь между фазами патогенеза и клиническими стадиями болезни.
4. Патологоанатомические изменения в тонкой кишке при брюшном тифе, их цикличность и соответствие клиническим стадиям болезни.
5. Клиника брюшного тифа. Типичные и атипичные клинические формы брюшного тифа.
6. Рецидивы и обострения при брюшном тифе.
7. Специфические и неспецифические осложнения брюшного тифа.
8. Лабораторная диагностика брюшного тифа.
9. Дифференциальный диагноз брюшного тифа.
10. Этиотропная терапия брюшного тифа.
11. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
12. Лечение специфических осложнений брюшного тифа (кровотечение, перфорация тонкой кишки, ИТШ).
13. Правила выписки больных брюшным тифом из стационара.

**Ситуационная задача №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 уд.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.Какая должна быть тактика врача?

3.Какие недочеты в работе участкового врача допущены по данному случаю?

4.Перечислите мероприятия в отношении общавшихся с данной больной лиц (в домашнем очаге и школе).

**Ситуационная задача №2**

Больной Н., 36 лет, коммерсант. Обратился к терапевту с жалобами на высокую температуру, слабость, головную боль, отсутствие аппетита, тошноту, расстройство стула. Заболел остро 5 дней назад: появилось плохое самочувствие, ночью температура поднялась до 38,6°С, знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость нарастали, на следующий день температура поднялась до 39°С. За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию. При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 68 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и тактику ведения больного.

**Тема: Пищевые токсикоинфекции. Сальмонеллез.**

 **Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с пищевыми токсикоинфекциями и сальмонеллезом.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3Вопросы для подготовки студентов к занятиям. 1.4. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (**письменный *опрос/устный блиц-опрос)*  |
| 3 | **Основная часть учебного занятия** 3.1. Закрепление теоретического материал *(устный опрос)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно-ситуационных задач)* 3.3. Практическая подготовка на клинической базе: *(курация больных в 3 отделении ГБУЗ «ООКИБ») – при наличии возможности, в зависимости от эпидемиологической ситуации* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**1. Дидактические:**

- Таблица «Этиология пищевых токсикоинфекций»

- Таблица «Классификация пищевых токсикоинфекций»

- Таблица «Осложнения ПТИ»

- Таблица «Состав регидратационных растворов для возмещения потерь при ОКИ»

- Таблица «Строение возбудителя сальмонеллеза»

- Таблица «Классификация сальмонеллеза»

- Раздаточный материал «Пищевые токсикоинфекции», «Сальмонеллез»

**2.Материально-технические:**

- Мел, доска; телевизор

- Ноутбук

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология и эпидемиология ПТИ
2. Основные звенья патогенеза заболевания
3. Морфологические изменения характерные для ПТИ
4. Классификация ПТИ
5. Клинические синдромы характерные для ПТИ
6. Особенности клинического течения ПТИ, вызванных стафилококковым, протейным токсином и клостридиями
7. Осложнения ПТИ
8. Основные методы лабораторной диагностики ПТИ
9. Принципы терапии и показания к госпитализации
10. Сальмонеллез. Определение.
11. Этиологическая структура сальмонеллезной инфекции на современном этапе.
12. Источники инфекции. Механизм заражения. Пути распространения и факторы передачи.
13. Основные звенья патогенеза сальмонеллеза.
14. Клиника. Инкубационный период. Классификация клинических форм. Характеристика клинических форм. Осложнения.
15. Диагностика, дифференциальный диагноз. Патогенетическая терапия. Регидратационная, дезинтоксикационная терапия.
16. Порядок выписки, диспансеризация.
17. Основные направления профилактики.

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1.Механизм диарейного синдрома при холере

2.Клиника обезвоживания 3 степени

3.Основной путь передачи холеры

**Вариант 2**

1.Клиническая классификация холеры

2.Клиника обезвоживания 2 степени

3.Препараты для оральной регидротации

**Вариант 3**

1.Характер стула при холере

2.Клиника обезвоживания 1 степени

3.Лабораторная диагностика холеры

**Ситуационная задача №1**

16.08 к больному А., 45 лет, был приглашен участковый врач. Больной жаловался на повышение температуры тела до 38,8°С, головную боль, слабость, сухость во рту, тошноту, интенсивные схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул с примесью слизи и прожилками крови, отсутствие аппетита.

 Анамнез заболевания: Болен 4-й день. Болезнь началась с повышения температуры тела, затем появилась тошнота, повторная рвота, приносящая кратковременное облегчение, стул вначале был кащицеобразным, затем стал водянистым, обильным, зеленого цвета (в виде «болотной тины»), зловонным, до 8-10 раз в сутки. Сегодня стул стал скудным, появились слизь и кровь в виде прожилок. Самостоятельно промывал желудок двумя стаканами воды, но без эффекта. С 15.08 уменьшилось количество мочи, сегодня были судороги в икроножных мышцах.

Эпидемиологический анамнез: 12.08 пил молоко, купленное на рынке, ел жареные пирожки с мясом, яичницу-глазунью. В семье все здоровы. А., работает слесарем на заводе, жена работает продавцом молочных продуктов на рынке.

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 13Х109/л, СОЭ 16 мм/ч; индекс гематокрита 48%. В копрограмме лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроциты 20-30 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.

**Ситуационная задача №2**

Больная Д., 40 лет, доставлена в инфекционное отделение машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. Больна 2-й день. Жалобы на выраженную слабость, головокружение, тошноту. Заболела остро: температура до 38,5ºС, затем появилась многократная рвота и жидкий стул, схваткообразные боли в околопупочной области, жажда, болезненные судороги икроножных мышц. Заболевание связывает с употреблением в пищу до заболевания недоброкачественной колбасы.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5ºС. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейк.-13,2\*109/л, Эр – 5,1\*1012/л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1030, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130ммоль/л.

Вопросы:

1.Укажите наиболее вероятный диагноз.

2.Определите степень обезвоживания.

3.Составьте план лечения (вес больной 70 кг).

**При наличии возможности, в зависимости от эпидемиологической** **ситуации,** проводится **курация** больных с пищевыми токсикоинфекциями, сальмонеллезом в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза, лечения.

**Тема: Холера. Эшерихиозы.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** изучить со студентами особенности этиологии, эпидемиологии, патогенеза холеры, эшерихиозов. Освоить клинико-эпидемиологическую диагностику, дифференциальный диагноз; познакомиться с основами лечения и профилактики заболеваний.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентации по теме «Эшерихиозы»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**1. Дидактические:**

- Тесты для заключительного контроля;

- Учебные ситуационные задачи;

- Таблица: «Патогенез холеры»;

 - Таблица: «Классификация холеры»;

 - Таблица: «Растворы, применяемые для лечения больных холерой»;

 - Рисунок: «Внешний вид больного холерой»;

 - Тесты для заключительного контроля.

- Раздаточный материал «Холера»

1. **Материально-технические:**

- Мел, доска

- Ноутбук

- Телевизор

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Механизм диарейного синдрома при холере
2. Клиника обезвоживания 3 степени
3. Основной путь передачи холеры

**Вариант 2**

1. Клиническая классификация холеры
2. Клиника обезвоживания 2 степени
3. Препараты для оральной регидратации

**Вариант 3**

1. Характер стула при холере
2. Клиника обезвоживания 1 степени
3. Лабораторная диагностика холеры

**Вопросы для устного опроса**

 - Возбудитель холеры и его биологические свойства.

 - Механизм и пути передачи холеры.

 - Патогенез холеры.

 - Патологоанатомические изменения в кишечнике при холере.

 - Клиническая классификация холеры.

 - Клиника дегидратации различной степени.

 - Методы лабораторной диагностики холеры.

 - Лабораторные методы, отражающие степень дегидратации при холере.

 - Этиотропная терапия холеры.

 - Регидратационная терапия холеры.

 - Оральная регидратация при холере.

 - Инфузионные растворы, применяемые для лечения больных холерой.

 - Правила выписки больных холерой.

 - Возбудители эшерихиозов и их биологические свойства.

 - Механизм и пути передачи.

 - Патогенез эшерихиозов.

- Клиническая классификацияэшерихиозов.

 - Методы лабораторной диагностики эшерихиозов.

 - Этиотропная терапия.

**Ситуационная задача №1**

Больная Ц. 46 лет, работница рыбоконсервного комбината, поступила в стационар 16 августа в 10 час. 40 мин. В тяжелом состоянии. В эпиданамнезе – указание на использование для питья и хозяйственных нужд воды из реки. Заболела остро (среди полного здоровья в 5.00 час. 16 августа появился частый, жидкий, а затем водянистый стул до 10 раз, скоро присоединилась пятикратная рвота и чувство тяжести в эпигастрии), быстро развились симптомы обезвоживания (через 5 часов с момента заболевания появились судороги икроножных мышц, заострились черты лица, «запали» глаза, снизился тургор кожи, появились сухость слизистых и сиплый голос). Объективно: температура тела – 35,7 °С, резкая заторможенность, цианоз всей кожи, пульс отсутствует, А.Д. не определяется, язык сухой, обложенный, живот умеренно вздут, безболезненный. Непроизвольный, обильный водянистый стул, анурия. Лейкоцитоз (16 х 109), нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ – 14 мм/час, увеличение удельного веса плазмы (1032), гипокалиемия до 3 мэкв/л, гипонатриемия. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика врача при поступлении больной в стационар? Лечение? Диагноз подтвержден бактериологически 11-кратным выделением из фекалий вибриона Эль-Тор, тип Инаба. Стул нормализовался на 6-е сутки болезни. Исход: выздоровление. Выписана в хорошем состоянии на 20-й день болезни, с отрицательными посевами испражнений на холеру.

 Сколько времени, где и как будет наблюдаться после выписки? Какие мероприятия должны были проводиться в семейно-квартирном очаге после госпитализации больной? С участием каких учреждений и специалистов? Надо ли обеззараживать воду в реке? Как это сделать?

**Ситуационная задача №2**

Больной Б., 48 лет, прессовщик лесопильно-мебельного комбината, в стационар поступил 3 августа в 14.00. Заболел остро, среди полного здоровья 3 августа в 8.00 появилось урчание в животе, жидкий водянистый обильный стул через каждые 8 – 10 минут, рвота съеденной пищей. Через 6 часов от начала болезни появились симптомы обезвоживания: периодические судороги в икроножных мышцах, несколько запавшие глаза, умеренное снижение тургора кожи. В эпиданамнезе указание на пользование воды из пруда для питья и хозяйственных нужд. Объективно: температура 36,6 °С, бледность кожных покровов, легкий акроцианоз, обложенный коричневым налетом язык, живот урчащий, безболезненный, обильный водянистый с хлопьями стул, обильная рвота прозрачной жидкостью. Анурия. Диагноз? Лечение? Стул нормализовался через двое суток. Диагноз подтвержден бактериологически четырехкратным выделением из фекалий вибриона Эль-Тор серотипа Инаба. Исход: выздоровление. Как должны дезинфицироваться выделения больного, предметы ухода?

**Ситуационная задача №3**

У больного Г., 25 лет, внезапно появился жидкий частый стул с примесями слизи и обильной примесью крови, повышение температуры до 38 – 38,5⁰С, неинтенсивные периодически возникающие боли в нижней части живота. При пальпации живота нащупывалась умеренно болезненная спазмированная сигмовидная кишка в виде плотного тяжа. Госпитализирована в отделение районной больницы с диагнозом «острая дизентерия». Проведен курс лечения фуразолидоном. Стул стал более оформленным, но по-прежнему частый с обильными примесями крови и слизи. Оставалась лихорадка с повышением температуры в отдельные дня до 39⁰С. У больного отмечались бледность и сухость кожных покровов, боли в поясничной области, моча в виде «мясных помоев» Своё заболевание связывает с употреблением мясных полуфабрикатов.
ЗАДАНИЕ.

1. Совершите поэтапно дифференциально-диагностический поиск, придерживаясь алгоритма.

Обратите внимание на проявление внекишечных симптомов болезни, ее прогрессирующее течение.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Какие диагностические исследования необходимо провести для его подтверждения?

**Тема: Ботулизм**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с ботулизмом.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, просмотр учебного видеофильма «Ботулизм»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**1. Дидактические:**

- Таблица: «Ботулизм»

- Раздаточный материал: «Ботулизм»

- учебный видеофильм «Ботулизм»

**2.Материально-технические:**

- Мел, доска

- Ноутбук

- Телевизор

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1.**

1. Источник и пути передачи
2. Перечислить периоды болезни
3. Неотложная помощь при ботулизме

**Вариант 2.**

1. Напишите свойства возбудителя
2. Основные симптомы периода разгара
3. Какие меры профилактики проводят в очаге при ботулизме

**Вариант 3.**

1. Фазы патогенеза ботулизма
2. Лабораторная диагностика ботулизма
3. Осложнения ботулизма

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Этиология ботулизма.
	2. Факторы передачи при пищевом ботулизме.
	3. Токсико-инфекционный патогенез заболевания.
	4. Характеристика симптомов и синдромов ботулизма на разных этапах заболевания.
	5. Принципы лабораторной диагностики.
	6. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
	7. Принципы лечения больного в стационаре.
	8. Профилактика ботулизма

**Ситуационная задача №1**

Больной Е., жалуется на двоение в глазах, затруднение глотания, тошноту, слабость.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: больной почувствовал резкую слабость, «одеревенелость» головы, помутнение, а затем двоение глазах. На следующий день присоединилось затруднение при глотании. В клинику больной поступил на четвертый день болезни.

 При осмотре кожа и слизистые оболочки бледные. Со стороны внутренних органов отклонений не выявлено. Температура 37,2 С. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения. АД 120/95 мм.рт.ст. Язык плохо поворачивается, высовывается с трудом. Утром вторых суток пребывания в клинике температура – 36,7 С, пульс - 68 ударов в минуту, дыхание – 20 в минуту. В 17 часов температура 37, 2 С.

 В 20 часов состояние тяжелое. Жалуется на головную боль, резкое понижение зрения, двоение в глазах, затруднение дыхания.

 Больной получил специфическую терапию.

Осмотрен неврологом: зрачки средней величины, правый больше левого, неравномерность выражена резко. Реакция зрачков на свет выражена, на аккомодацию реакция справа живая, слева – вялая. Имеется расходящееся косоглазие, глазные яблоки в стороны отводит недостаточно, особенно влево.

Рот открывает не полностью. Мягкое небо поднимается плохо, глотание почти невозможно; при глотании жидкой пищи больной поперхивается. Говорит в нос. Лежа на спине, не может поднять головы. Сидя, не может удержать голову: она либо запрокидывается, либо падает на плечо.

Язык высовывается с трудом.

На 5-ые сутки лечения в стационаре отмечено постепенное улучшение: больной начал глотать, голос стал яснее, но глазные симптомы сохранялись в том же объеме. Восстановление проходило медленно. Через 20 дней еще сохранялись некоторые глазные симптомы (расходящееся косоглазие, птоз), ощущение слабости в ногах. С этими явлениями выписан домой.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Что необходимо уточнить в эпидемиологическом анамнезе пациента?
3. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную инфекцию
4. Составьте план обследования больного
5. Составьте план лечения

**Ситуационная задача №2**

Больной С., 35 лет, доставлен в больницу скорой помощи на 2-й день.

Заболевание началось остро с чувства тошноты, переполнения желудка, вздутия живота. Одновременно появились головная боль, сухость во рту, чувство «царапанья» за грудиной. Пытался искусственно вызвать рвоту, так как накануне заболевания был в гостях, где употреблял различные закуски и грибы домашнего консервирования. Однократная рвота облегчения не принесла. У больного появилось стеснение в груди, чувство «комка» в горле, появилась «сетка» перед глазами, не мог читать обычный шрифт. На следующий день температура тела оставалась нормальной, стула не было. Отмечалось ухудшение зрения, затруднение глотания, сильная сухость во рту. При попытке выпить воду она выливалась через нос.

При осмотре состояние тяжелое, сознание сохранено. Речь гнусавая. Выраженный двусторонний птоз, анизокория, зрачки расширены, реакция зрачков на свет отсутствует. Небная занавеска неподвижная. Менингеальных симптомов нет. Язык сухой. Живот вздут, пальпация безболезненна.

Предварительный диагноз?

План обследования и лечения?

**Ситуационная задача №3**

Больная М., 22 лет, поступила в клинику 25 ноября. Жалоб предъявлять не может (разговаривает с трудом, голос осиплый). Заболела 24 ноября вечером, когда появилось затруднение дыхания, резкая слабость, сухость во рту. Утром 25 ноября – головные боли, головокружение, спутанная речь, двоение предметов, с трудом передвигалась по комнате. Была вызвана «скорая помощь» и больная доставлена в стационар. Из эпиданамнеза выяснено, что утром 24.11 в буфете выпила стакан томатного сока. Объективно: состояние тяжелое, разговаривает с трудом (резкая осиплость голоса). Зрачки широкие. Двусторонний офтальмопарез, птоз. Парез мягкого неба, нарушение глотания. АД 130/110 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Стула не было, не мочилась. Через 14 часов при явлениях расстройства дыхания больная умерла.

 Какое заболевание вызвало смерть? Возможно ли было спасение больной?

Каковы принципы терапии?

Как поступить в отношении других лиц, употреблявших сок?

**Тема: Дизентерия. Амебиаз.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с бактериальной дизентерией.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентации по теме «Амебиаз»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач: курация больных – при наличии возможности при благоприятной эпидемиологической ситуации)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:** Раздаточный материал «Дизентерия», «Амебиаз»
2. **Материально-технические:** - ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Какая из палочек образует шигитоксин (экзотоксин)?

2. Источник возбудителя шигеллёза

3. Наиболее часто встречающийся клинический вариант дизентерии, его характеристика

**Вариант 2**

1. Укажите 2 наиболее часто встречающихся вида шигелл на современном этапе

2. Наиболее достоверный метод лабораторной диагностики шигеллёза

3. Этиотропная терапия острой дизентерии средней тяжести

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология дизентерии. Виды шигелл, принадлежность к различным сероварам, свойства: вирулентность, устойчивость во внешней среде. Различия свойств шигелл, относящихся к разным видам.

2. Эпидемиология шигеллезов. Характеристика источника, механизма и путей передачи шигелл. Теория эпидемиологической избирательности главных путей передачи для различных этиологических форм дизентерии (В.И. Покровский и Ю.П. Солодовников).

1. Патогенез острой и хронической дизентерии. Различия основных звеньев патогенеза при шигеллезах Зонне и Григорьева-Шига.

4. Клиническая классификация дизентерии (формы, варианты, степень тяжести).

5. Клиническая характеристика колитического варианта острой дизентерии.

6. Особенности гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического вариантов.

1. Критерии тяжести острой дизентерии.

8. Субклиническая форма дизентерии. Бактерионосительство при шигеллезах.

9. Методы лабораторной диагностики. Бактериологический, серологический. Копрограмма при дизентерии.

10. Инструментальные методы. Показания к проведению ректороманоскопии. Интерпретация результатов.

1. Осложнения при дизентерии.
2. Дифференциальная диагностика острой дизентерии.
3. Принципы лечения больных дизентерией. Показания к госпитализации. Этиотропная терапия. Показания к назначению антибиотиков.
4. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Энтеросорбенты. Регидратационная терапия. Коррекция дисбактериоза.
5. Особенности течения тяжелых форм.
6. Терапия хронической дизентерии.
7. Исходы при дизентерии. Порядок выписки из стационара.

**Ситуационная задача №1**

Больная М., 38 лет, жалуется на слабость, повышение температуры тела, головную боль, схваткообразные боли внизу живота, больше слева, учащенный жидкий стул со слизью и кровью, ложные позывы на дефекацию. Больной себя считает со вчерашнего дня, когда почувствовала озноб, слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота. Через несколько часов появился жидкий стул со слизью, 5-6 раз за вечер и ночь. Температуру тела не измеряла. Самостоятельно принимала левомицетин. Сегодня с утра температура тела 37,9оС, боли в животе стали более выраженными, локализуются преимущественно слева. Появились ложные позывы. Объем испражнений уменьшился, появилась примесь крови. Частота стула за прошедшие сутки около 15 раз. Данные осмотра больной: состояние средней тяжести, температура 38,4оС. Кожа обычной окраски, горячая, сухая. Тургор ее не снижен. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен у корня. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижнем отделе, больше слева. Пальпируется болезненная, спазмированная сигмовидная кишка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Осмотр испражнений: скудные, бескаловые, в виде слизи с прожилками крови.

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

**Ситуационная задача №2**

Больной Н., 29 лет, студент, обратился к участковому врачу с жалобами на тошноту, постоянные боли вокруг пупка и внизу живота, частый жидкий стул со слизью и кровью, слабость, озноб, сухость во рту, жажду. Заболел накануне утром, когда почувствовал недомогание, головную боль. Связал эти проявления с бессонной ночью (готовился к экзаменам). Поехал в институт, но вынужден был вернуться из-за возобновления тошноты и позывов на рвоту. Дома была многократная рвота (около 10 раз). Появились сильные боли вокруг пупка. Через час начался жидкий стул, обильный, водянистый. В момент осмотра рвоты нет, сохраняются боли в животе, преимущественно в нижнем отделе. Они стали более выраженными и усиливаются при дефекации. Стул 10 раз за сутки, водянистый. Контакт с людьми, у которых отмечались желудочно-кишечные расстройства, отрицает. При осмотре: температура 39,0оС, бледен, отмечается цианоз кистей рук, тургор кожи снижен. В легких – без изменений. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд/мин, АД 100/55 мм. ст. рт. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации вокруг пупка и в нижних отделах живота. С левой стороны живота болезненность выражена значительнее. Сигмовидная кишка резко болезненна, спазмирована. Слепая кишка урчит при пальпации. Каловые массы осмотрены врачом: обильные, жидко-кашицеобразной консистенции с незначительной примесью слизи и крови на поверхности.

Вопросы:

1.Предположительный диагноз?

2.Какие особенности терапевтической тактики вытекают из характера болезни?

3.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**Ситуационная задача №3**

Больная С, 38 лет. Проживает в г.Оренбурге, временно не работает.

Жалобы при поступлении: общая слабость, умеренно выраженные боли в животе, больше в правой подвздошной области, стул полуоформленный 4-5 раз в сутки с большим количеством слизи, крови.

Анамнез заболевания. Больна около месяца. Периодически беспокоят умеренно выраженные боли в животе, больше в правой половине. Стул в первые дни заболевания был жидкий с примесью слизи, в последнее время кашицеобразный с большим количеством слизи, окрашенной в розовый цвет. Температура за весь период болезни в течение нескольких дней была субфебрильная. Больная к врачу не обращалась, лечилась домашними средствами.

Анамнез болезни. В прошлом болела дизентерией (10 лет тому назад), но после перенесенной дизентерии кишечные расстройства не беспокоили. Перенесла воспаление легких, несколько раз болела ангинами, гриппом. Месячные регулярные. Заболевания со стороны половых органов отрицает.

Эпидемиологический анамнез. Больная живет в частном доме. В семье больных желудочно-кишечными заболеваниями нет. За 2 месяца до начала заболевания ездила к родственникам в Ташкент.

Объективно: состояние удовлетворительное. Удовлетворительного питания. При внешнем осмотре кожа обычного цвета, сыпи на теле нет. Со стороны сердца и легких без особенностей. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, не вздут, болезненный в области слепой и сигмовидной кишки. Сигмовидная кишка уплотнена, утолщена, болезненная.

Ректороманоскопия. Слизистая видимого отрезка кишечника не изменена. На фоне неизмененной слизистой много глубоких язв с преподнятыми краями.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

**Практическая подготовка на клинической базе: курация больных в 3 отделении ГБУЗ «ООКИБ**» (при наличии возможности, в зависимости от эпидемиологической ситуации)**.**

Студенческая группа делится на 3-4 подгруппы, проводится курация больных с кишечной инфекцией: сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация.

Уже на этапе сбора анамнеза студенты могут сделать вывод о преобладающем синдроме: колитическом, гастроэнтеритическом или гастроэнтероколитическом.

При осмотре больного надо обратить внимание на такие симптомы, как сухость во рту, обложенность языка, форма живота.

При пальпации необходимо строго соблюдать методику глубокой, бимануальной скользящей пальпации. Необходимо сделать вывод о наличии или отсутствии симптомов колита: болезненность и урчание сигмовидной кишки, или только урчание и боль по ходу толстой кишки.

В учебной комнате студенты, следуя алгоритму диагностики, письменно обосновывают предварительный диагноз и формулируют его согласно классификации вариантов острой дизентерии.

Варианты формулировки диагноза:

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести;
2. Острая дизентерия, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение;
3. Острая дизентерия, гастроэнтеритический вариант. Обезвоживание 2ст.

При составлении плана обследования студенты должны использовать как общеклинические (анализы крови, мочи, биохимический анализ), так и специальные лабораторные методы подтверждения диагноза: бактериологический метод, серологические исследования и др.

План лечения должен быть составлен по общепринятой схеме: диета, режим, этиологическое лечение, патогенетическая и симптоматическая терапия.

При назначении патогенетических средств лечения студенты должны учесть преобладание синдромов интоксикации или обезвоживания

**Тема: Иерсиниозы (псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз)**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с иерсиниозами.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* рубежный контроль;
* подведение итогов модуля
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:** (*таблицы «Классификация иерсиниозов», «Экзантема при иерсиниозах), раздаточный материал )*
2. **Материально-технические:** *мел, доска/ ДОТ, программа Zoom*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

* 1. Характеристика возбудителей иерсиниозов
	2. Клинические формы иерсиниозов
	3. Лабораторная диагностика иерсиниозов

**Вариант 2**

1. Источники инфекции и пути передачи кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза
2. Основные клинические синдромы при иерсиниозах
3. Этиотропная терапия иерсиниозов

**Вопросы для устного опроса**

 1. Особенности возбудителей иерсиниоза: сапронозы, психрофильность, устойчивость во внешней среде, разнообразие антигенной структуры; способность выделять энтеротоксины; инвазивные свойства

2. Источник инфекции, механизм передачи, факторы передачи (овощи и корнеплоды, молочные продукты, сухофрукты, хлебобулочные изделия). Роль человека.

3. Основные патогенетические особенности патогенеза, развитие местных и общих симптомов болезни: под влиянием энтеротоксинов возникает секреторная диарея вследствие активации аденилатциклазной системы и накоплением циклических нуклеотидов в эпителии кишечника.

4. Лабораторная диагностика.

5. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

6. Профилактика иерсиниозов

**Ситуационная задача №1**

Больной Р., 16 лет, поступил в хирургическое отделение 26 мая, на 9-й день болезни. Заболел 18 мая: повысилась температура тела до 38,50 С, появились насморк, по всему телу пятнисто-папулезная сыпь, которая держалась 2 дня и была расценена как аллергический дерматит. Лечился на дому. Через 5 дней появились боли в животе, непостоянные, периодически сильные.

 Направлен в хирургическое отделение с подозрением на аппендицит. При поступлении жаловался на боли в правой подвздошной области, головную боль, повышение температуры тела до 37,8 0С.

 При осмотре бледен, отмечается умеренная болезненность в правой половине живота, больше в подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

27 мая произведена аппендэктомия. Имеется умеренная гиперемия кишечника и червеобразного отростка. В области илеоцекального угла определяется конгломерат крупных плотных мезентериальных лимфоузлов. Произведена биопсия двух лимфоузлов для гистологического исследования. В плане дифференциального диагноза были поставлены туберкулезный мезааденит, неспецифический лимфаденит и лимфогранулематоз. Диагноз туберкулеза был отвергнут на основании отрицательной туберкулиновой пробы Манту.

 Был исключен и гранулематоз.

 Диагноз?

 План лабораторного обследования?

**Ситуационная задача №2**

Больная Х., 15 лет, поступила в клинику 14 февраля, на 3-й день болезни. Заболела остро, температура тела повысилась до 38,4 0С, болела голова, тошнило. На 2-й день появилась одутловатость лица, отмечались боли в коленных и голеностопных суставах, на боковых поверхностях грудной клетки и вокруг коленных суставов появилась полиморфная сыпь.

При поступлении состояние тяжелое. Отмечается озноб, температура тела 39,10С. Лицо гиперемировано, одутловатое, склеры инъецированы, конъюнктива век гиперемирована. Язык обложен налетом, у кончика малинового цвета. При осмотре зева отмечается разлитая гиперемия слизистых оболочек небных дужек, твердого неба, задней стенки глотки. Кожа кистей рук и ног отечная, синюшная, положительные симптомы «перчаток», «носков». Имеется отечность коленных и голеностопных суставов обеих ног. Вокруг коленных суставов полиморфная пятнистая и уртикарная сыпь. Движения этих суставов ограничены из-за резкой болезненности. На коже боковой поверхности грудной клетки и верхней части груди мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны приглушены, учащены, пульс 108 ударов 1 минуту. АД 98/65 мм рт.ст. В легких без патологических изменений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стула не было в течение 2-х суток.

Повышенная температура тела была 6 дней, сыпь – 4 дня. К 8-му дню болезни исчезли артралгические явления.

На 10 день болезни вновь повысилась температура тела до 38,80С, появились жалобы на головную боль, боли в суставах, животе. На коже передних поверхностей голеней и тыльных поверхностей стоп имелись эритемные пятна диаметром 1,5-2 см, которые сохранялись 6 дней, затем наступила их пигментация. Жаловалась на боли в сердце, отмечалось расширение границ влево на 1,5 см в течение 2-х недель, приглушенность тонов, систолический шум, акцент второго тона на легочной артерии. На ЭКГ определялось снижение вольтажа, синусовая тахикардия. Был установлен миокардит. Изменений со стороны легких не выявлено. Печень выступала на 2 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии, мягкая, безболезненная.

В ОАК: эр.-4026000, Нв- 72 г/л, л-18600, э-6%, п/я-16%, с/я-56%, лимф.-19%, мон-3%, СОЭ-26 мм/ч

Диагноз?

Что необходимо уточнить в эпидемиологическом анамнезе?

План обследования?

**Вопросы рубежного тестового контроля**

**1. Укажите сочетание симптомов, характерное для холеры**

а) обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе и тошноты

б) тошнота, рвота

в) водянистый зловонный стул

г) жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе

**2. Укажите симптом, не являющийся признаком декомпенсированного обезвоживания**

а) гипотермия

б) генерализованные судороги

в) гипертермия

г) анурия

**3. Каков процент потери массы тела при алгидной форме холеры**

а) 3%

б) 6%

в) 9%

г) 10% и более

**4. Укажите препарат, используемый для лечения больного холерой 3 степени обезвоживания**

а) регидрон

б) цитроглюкосолан

в) 5% раствор глюкозы

г) «Трисоль»

 **5. Укажите патогенетические механизмы развития диареи при холере**

а) проникновение вибриона в энтероциты

б) слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки

в) поражение вегетативной иннервации тонкой кишки

г) воздействие токсических субстанций на ферментные системы энтероцитов

**6. Укажите характер стула при холере**

а) обильный, водянистый, зловонный

б) обильный, водянистый, без калового запаха и окраски

в) обильный, водянистый, зеленоватой окраски

г) водянистый, с примесью крови

**7. Какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры**

а) интоксикация

б) изотоническая дегидратация

в) инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

г) генерализация инфекционного процесса

**8. В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры?**

а) кровь

б) моча

в) кал

г) слюна

**9. Укажите препараты для лечения больных холерой I степени обезвоживания**

а) трисоль

б) дисоль

в) хлосоль

г) регидрон

**10. Патогенетические механизмы ботулизма**

а) нарушение синтеза холинацетилтрансферазы

б) снижение уровня ацетилхолина в нервных синапсах

в) развитие параличей и парезов

г) воздействие токсина на парасимпатическую нервную систему

д) все перечисленное

**11.Проявлениями гастроэнтеритического варианта начального периода ботулизма является все, кроме**

а) схваткообразных болей в эпигастральной области

б) однократной или двукратной рвотой съеденной пищей, послабления стула

в) сухости слизистых оболочек рта

г) затруднения прохождения пищи по пищеводу («комок в горле»)

д) высокой температуры с ознобом

**12.Проявлениями глазного варианта начального периода ботулизма является все, кроме**

а) «острая дальнозоркость»

б) сужение зрачков, близорукость

в) диплопия

г) мидриаз

д) анизокория

**13Лабораторная диагностика ботулизма**

а) бактерилогическое исследование кала

б) выделение гемокультуры

в) биологическая проба (реакция нейтрализации токсина) на белых

 мышах

г) РНГА

д) клинический анализ крови

**14. Лечение больных ботулизмом:**

а) промывание желудка

б) пнтибиотики широкого спектра действия внутрь

в) дезинтоксикационная терапия

г) введение лечебной противоботулинической сыворотки

д) все перечисленное

**15. Каков основой механизм передачи иерсиниозов**

а) аэрозольный

б) фекально-оральный

в) трансмиссивный

г) контактный

**16. Патогенетические механизмы гастроинтестинальной формы иерсиниозов**

а) секреторная диарея

б) воспалительный процесс в кишечнике

в) токсико-аллергические реакции

г) эндотоксемия

д) все вышеперечисленное верно

**17. Для генерализованной формы иерсиниозов характерно**

а) длительная лихорадка

б) миалгия и артралгия

в) гепатолиенальный синдром

г) экзантема

д) все вышеперечисленное верно

е) все вышеперечисленное неверно

**18. Укажите клинические формы иерсиниозов**

а) абдоминальная

б) катаральная

в) гастроинтестинальная

г) вторично-очаговая

д) верны ответы 2, 3, 4

**е**) верны ответы 1, 3, 4

**19. Для этиотропной терапии иерсиниозов используют**

а) фторхинолоны

б) аминогликозиды

в) цефалоспорины III поколения

г) все вышеперечисленное верно

д) все вышеперечисленное неверно

**20.Основными проявлениями патогенеза брюшного тифа является все, кроме**

а) бактериемии

б) интоксикации

в) сенсибилизации лимфатического аппарата тонкой кишки

г) стадийного образования язв в стенке кишки: мозговидное набухание – некроз – формирование язв – период чистых язв – заживление.

д) секреторной диареи

**21.Механизм образования некроза пейеровых бляшек и солитарных фолликулов**

а) сенсибилизация лимфатических образований, развитие реакции гиперчувствительности замедленного типа

б) токсическое воздействие желчи при заболевании

в) активизация и воздействие условно – патогенной флоры

г) отсутствие щадящей диеты на 1-й недели заболевания

д) усиленная перистальтика кишечника

**22. Характерными признаками начального периода брюшного тифа является все, кроме**

а) лихорадки

б) скудной петехиальной сыпи

в) слабости, вялости, адинамии

г) гепатолиенального синдрома

д) отечного языка со свободными от налета краями и кончиком

**23. Период разгара брюшного тифа характеризуют сочетание симптомов**

а) высокая температура тела, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия, выраженная интоксикация с преобладанием заторможенности

б) выраженная интоксикация с преобладанием возбуждения, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия

в) экзантема, тахикардия, гепатоспленомегалия, запор

**24. Сыпь при брюшном тифе**

а) скудная, петехиальная с преимущественной локализацией на нижних конечностях

б) скудная, розеолезная , с преимущественной локализацией в области живота и груди

в) пятнисто-папулезная, равномерно покрывающая все тело

 **25. Преобладающий патогенетический механизм диареи при колитическом варианте дизентерии**

 а) гиперсекреторный

 б) экссудативный

 в) гиперкинетический

 г) гиперосмолярный

**26. Наиболее часто при типичном течении шигеллезов поражаются:**

 а) тонкая кишка

 б) терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка

 в) правые отделы толстой кишки

г) сигмовидная и прямая кишки

 д) аппендикулярная область

 **27. Стул при дизентерии:**

 а) частый, жидкий, обильный

 б) водянистый с неприятным запахом

 в) кашицеобразный с примесями слизи, алой крови и гноя

 г) обильный, водянистый, белесоватый, без примесей и запаха

 д) скудный, слизисто-кровянистый, бескаловый

**28.При установлении диагноза ПТИ больного**

 а) не госпитализируют

 б) госпитализируют всегда

 в) госпитализируют по клиническим показаниям и эпидемиологическим показаниям

**29. Для гастроэнтеритического варианта ПТИ характерно все, кроме**

а) острое начало с симптомов интоксикации

 б) тошнота, рвота

 в) жидкий обильный водянистый стул без примесей

 г) скудный стул с примесью кровью

 д) схваткообразные боли в животе

**30. Для лабораторной диагностики ПТИ используют все, кроме:**

а) бактериологическое исследование рвотных масс и промывных вод желудка

б) бактериологическое исследование кала

в) бактериологическое исследование крови

г) серологические реакции с аутоштаммом

**Модуль 3. «Природно-очаговые и антропургические заболевания»**

**Тема: Малярия**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с малярией

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков**  *(письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**1. Дидактические:**

**-** Таблица: «Циклы развития малярийного плазмодия»;

**-** Рисунок: «Температурная кривая при разных видах малярии»;

**-** Рисунок: «Методы лабораторной диагностики малярии»;

**-** Мазки крови больных малярией;

**-** Таблица: «Виды терапии больных малярией».

- Раздаточный материал по теме «Малярия».

1. **Материально-технические:**
* Доска, мел
* Ноутбук
* Телевизор
* ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Виды малярийного плазмодия
2. Фазы малярийного пароксизма
3. Группы препаратов для лечения малярии

**Вариант 2**

1. Источник и пути передачи возбудителя малярии
2. Триада симптомов, характерных для малярии
3. Методы лабораторной диагностики малярии

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология малярии. Классификация малярии в зависимости от вида плазмодия: трехдневная, четырехдневная, тропическая, овале-малярия.
2. Эпидемиология малярии Источники инфекции, роль комаров как переносчиков плазмодия. Пути передачи. Восприимчивость и иммунитет.
3. Патогенез и патологическая анатомия малярии. Цикл развития малярийного плазмодия.
4. Клиника малярии. Клинические проявления, особенности течения трехдневной и тропической малярии. Малярийный пароксизм. Возможные осложнения.
5. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике.
6. Лабораторная диагностика малярии. Показания для обследования.
7. Лечение малярии. Виды терапии: купирующая, радикальная. Группы препаратов: гематошизотропные, гистошизотропные, гамотропные.
8. Профилактика малярии Химиопрофилактика

**Ситуационная задача №1**

К больному С, 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 39°С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,5°С, обильно потел, но к вечеру температура вновь повысилась до 40,5°С, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможенность, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром. Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать перестал.

1 .Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Чем обусловлена тяжесть, состояния больного?

З.Как подтвердить диагноз.

4.Какой должна быть тактика врача, к которому обращается больной,

недавно прибывший из стран тропическим климатом.

**Ситуационная задача №2**

Больная Ж., 48 лет, жительница Подмосковья, 4 августа обратилась к врачу по поводу высокой температуры на 4-й день болезни. Беспокоила головная боль, жар, озноб, потливость после понижения температуры. Диагностирован «грипп» рекомендована симптоматическая терапия. На 5-й день болезни состояние удовлетворительное, температура нормальная. Однако, на следующий день температура вновь с ознобом повысилась до 39°С. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3°С. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контактов с лихорадящими больными не имела, выезжала на отдых в Индию, вернулась за неделю до начала болезни. От госпитализации отказалась.

1 .Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования.

**Тема: Бруцеллез.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с бруцеллезом.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** *(тестовый контроль/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач; курация больных – рои наличии возможности)*  |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:** раздаточный материал по теме «Бруцеллез»
2. **Материально-технические:** мел, доска, ноутбук/ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Ведущие патогенетические механизмы бруцеллеза:

1. бактериемия, эндотоксинемия

2. незавершенный фагоцитоз

3. сенсибилизация организма

4. формирование очагов продуктивно-деструктивного воспаления в органах и тканях

5. иммунопатологические процессы

2. Воспалительные очаговые поражения развиваются на стадиях:

1. острого бруцеллеза

2. подострого бруцеллеза

3. хронического бруцеллеза

4. резидуального бруцеллеза

5. на всех стадиях

3. При бруцеллезе возможны очаговые поражения:

1. опорно-двигательного аппарата

2. периферической нервной системы

3. центральной нервной системы

4. мочеполовой системы

5. комплексные органные поражения

4. Клиническая картина при бруцеллезе:

1. полиморфизм клинических проявлений

2. отсутствие строгой цикличности клинического процесса

3. склонность к затяжному и хроническому течению

4. соответствие эпизодов лихорадки развитию новых воспалительных очагов

5. возможность длительного латентного течения

5. При остром бруцеллезе наблюдают:

1. длительную лихорадку с относительно хорошей переносимостью

2. ознобы, потливость

3. миалгии и артралгии

4. полилимфаденопатия

5. гепатолиенальный синдром

6. При подостром бруцеллезе наблюдают:

1. сокращение периодов лихорадки и удлинение эпизодов нормальной температуры

2. лимфаденопатию

3. гепатолиенальный синдром

4.клинические проявления очаговых органных поражений, фиброзитов и целлюлитов

5. рубцово-склеротические изменения

**7**. Хроническому бруцеллезу свойственны:

1. развитие спустя 4 мес. От начала заболевания

2. слабые или умеренные проявления интоксикации

3. длительные ремиссии

4. преобладание очаговых поражений различных органов и систем

5. развитие стойкого лимфостаза и слоновости

8. Для лабораторной диагностики бруцеллеза используют методы:

1. бактериологические (в специализированных лабораториях)

2. аллергологические

3. серологические

4. бактериоскопические

5. иммунологические (поиск антигенов бруцелл)

9. Принципы терапии острого бруцеллеза:

1. этиотропное лечение с учетом активности процесса

2. дезинтоксикационная терапия

3. использование антигистаминных препаратов

4. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

5. физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение

10. При этиотропной терапии бруцеллеза необходимо:

1. назначать антибактериальные препараты в периоды обострения

2. проводить повторные курсы антибиотикотерапии в периоды ремиссий

3. одновременно использовать два различных этиотропных препарата

4. назначать длительные курсы лечения

5. проводить несколько последовательных курсов лечения

**Ответы на тесты входного контроля:**

1. - 1, 2, 3, 4, 5

2. - 2, 3

3. - 1, 2, 3, 4, 5

4. - 1, 2, 3, 4, 5

5. - 1, 2, 3, 4, 5

6.- 1, 2, 3, 4

7. - 1, 2, 3, 4

8. - 1, 2, 3, 5

9.- 1, 2, 3, 4

10.- 1, 3, 4, 5

**Вопросы для устного опроса**

 1. Свойства возбудителей бруцеллеза, их устойчивость во внешней среде.

2. Классификация бруцелл и их патогенность для человека.

3. Источники инфекции, пути передачи.

4. Звенья патогенеза.

5. Клиническая характеристика острого, острого рецидивирующего, хронического и резидуального бруцеллеза.

6. Дифференциальная диагностика с лихорадочными заболеваниями (тифы, сепсис, ревматизм, пневмония) и артритами другой этиологии.

7. Лабораторная диагностика.

8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

9. Профилактика острого бруцеллеза и рецидивов болезни при диспансеризации.

 При наличии больных бруцеллезом в клинике проводится **курация** пациента: студенты собирают анамнез болезни, эпидемиологический анамнез и обследуют его физикальными методами. Особенно следует обратить внимание на профессиональный анамнез и употребление некипяченого молока и продуктов, приготовленных из непастеризованного молока.

 Если в клинике больных бруцеллезом нет, или при неблагополучной эпидемиологической ситуации, проводится **решение проблемно-ситуационных задач**: каждый студент получает 2 задачи, в которых изложены анамнез и объективные данные и предлагается обосновать предварительный диагноз, сформулировав его по классификации Н. Н. Островского и соавт., составить план обследования, продумать лечение.

При разборе обоснования диагноза необходимо обратить внимание студентов, что при остром бруцеллезе отсутствуют очаговые поражения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, а имеет место лихорадка, сопровождаемая ознобом и потом, «функциональные» изменения сердечно-сосудистой системы, астеновегетативный синдром, увеличение лимфоузлов (микрополиаденит), печени и селезенки.

 При остром рецидивирующем бруцеллезе может быть та же клиника, но число волн лихорадки более 2-3-х или появляются свежие очаговые поражения в виде бурситов, моноартритов или невритов.

Хронический бруцеллез – это прежде всего полиартриты, тендовагиниты, фиброзиты и целлюлиты, поражение урогенитальной и нервной систем.

Для активного хронического бруцеллеза свойственны лихорадка и прогрессирование воспалительных поражений.

Неактивный хронический бруцеллез можно представить как затухающий процесс, а резидуальный – как клинику последствий перенесенного бруцеллеза.

При составлении плана обследования студенты должны следовать принципам лабораторной диагностики: обнаружение возбудителя в материале от больного и выявление реакции организма больного на жизнедеятельность внедрившегося в него микроба. Для бактериологического исследования можно использовать кровь, пунктат костного мозга или лимфоузла. В других биологических субстратах (моча, желчь, испражнения) возбудителя искать бесполезно.

Основное значение для подтверждения диагноза бруцеллеза имеют серологические реакции: Райта, Хеддельсона, непрямой гемагглютинации, иммунофлюоресцентного анализа и ПЦР.

 Современные методики (ИФА) позволяют выявить и класс иммуноглобулинов, что имеет значение в определении активности процесса.

Аллергологический метод (проба Бюрне) в настоящее время используется только в исключительных случаях (например, для решения вопроса о лечении бруцеллином), так как аллергизация среди населения в настоящее время высока и проба может провоцировать обострение аллергических болезней.

 При обсуждении плана лечения преподаватель должен обратить внимание студентов на тот факт, что бруцеллы чувствительны к тетрациклину, левомицетину, рифампицину, стрептомицину, аминогликозидам и фторхинолонам. Назначаются антибиотики при остром, подостром и активном хроническом бруцеллезе, курсы должны быть длительными (до 3-х недель) и лучше использовать комбинации синергидных средств.

 При бруцеллезе основным видом патогенетической терапии является противовоспалительная и десенсибилизирующая, поэтому надо обсудить показания к назначению НПВС в зависимости от преобладания экссудативной или пролиферативной фазы воспаления.

 При стихании активности процесса при резидуальном бруцеллезе можно использовать весь арсенал физиотерапии, магнитотерапии, ЛФК и стимуляции иммуногенеза.

 В заключение раздела лечения надо обсудить показания к курортному лечению.

Следует отметить, что термин «хронический бруцеллез» не означает пожизненный диагноз. И в этой фазе патологического процесса может быть обратное развитие и благоприятный исход.

**Ситуационная задача №1**

 Больная Д., 27 лет, доярка. В течение последнего года периодически беспокоили боли в мышцах, крупных суставах, слабость, быстрая утомляемость, потливость. Иногда отмечалось познабливание, температура постоянно 37,2-37,30С. К врачу обратилась в связи с усилением болей в суставах, появлением болей в пояснице, повышением температуры до 380С.

 При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормального цвета, сыпи нет. Полимикролимфаденит, лимфоузлы плотноваты, безболезненны, не спаяны между собой. Видимых изменений со стороны суставов нет. Отмечается болезненность в местах выхода поясничных корешков. Изменений со стороны грудной клетки нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см., средней плотности. При исследовании гемограммы отмечается лейкопения, эозинопения, относительный лимфоцитоз.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз и его обоснование?

2.Лабораторная диагностика?

**Ситуационная задача №2**

Больная Н., 32 лет, поступила в инфекционную больницу 15.08.1974 г. с жалобами на высокую температуру, слабость, потливость, боли в суставах нижних и верхних конечностей.

 Анамнез заболевания: 7 месяцев тому назад лечилась в инфекционной больнице антибиотиками по поводу острого бруцеллеза. Выписана в удовлетворительном состоянии. Примерно 07.08.1974 г. почувствовала повышение температуры (при измерении 380С), небольшую головную боль, усилилась потливость, появились боли в левом локтевом суставе. В последующие дни держалась температура тела в пределах 38-38,50С, беспокоила головная боль, потливость, в области левого локтевого сустава заметила припухлость, присоединились боли в левом лучезапястном суставе, в обоих тазобедренных суставах. 15 августа госпитализирована.

 Анамнез жизни: В прошлом, кроме бруцеллеза, ничем не болела.

 Эпидемиологический анамнез: Живет в сельской местности, работает дояркой. Среди животных в последний год были случаи заболевания бруцеллезом.

 Объективно: Состояние средней тяжести, самочувствие удовлетворительное. Кожа и слизистые несколько бледны. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Ограничены движения в левом локтевом суставе, левом лучезапястном суставе из-за болезненности. Внешне суставы не изменены, кроме левого локтевого. В области левого локтевого сустава кожа обычной окраски, отмечается припухлость (бурсит). В поясничной области пальпируются плотные болезненные образования величиной с лесной орех. Зев не гиперемирован. Тоны приглушены. Пульс 76 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Печень пальпируется на 2-2,5 см., безболезненная. Селезенка у края подреберья. Сон нарушен из-за болей в суставах. Больная раздражительна, отмечается выраженная потливость. Черепно-мозговых знаков и менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План лечения?

**Тема: Бешенство**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с бешенством и пациентам при укусе или ослюнении кожи или слизистых оболочек животными.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, просмотр и обсуждение учебного фильма «Бешенство»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(разбор истории болезни пациента с диагнозом «Бешенство»)* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:** таблица «Вид больного бешенством», учебный видеофильм «Бешенство»
2. **Материально-технические:** доска, мел, телевизор, ноутбук/ ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Инкубационный период при бешенстве
2. Периоды болезни при гидрофобии
3. Первая помощь при укусе человека животным

**Вариант 2**

1. Укусы «опасной локализации»
2. Клиника бешенства
3. Препараты для профилактики бешенства при укусе животным

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология бешенства. Характеристика возбудителя.
2. Эпидемиология: резервуары вируса в природе. Роль диких и домашних животных в распространении вируса бешенства. Механизм заражения и пути распространения инфекции.
3. Патогенез: внедрение и распространение вируса.
4. Укусы опасной локализации.
5. Поражение центральной нервной системы. Тельца Бабеша-Негри.
6. Клиника: инкубационный период, стадии течения (предвестников, возбуждения, параличей). Атипичные формы болезни. Осложнения. Прогноз.
7. Диагностика, дифференциальный диагноз.
8. Лечение и уход за больными бешенством.
9. Первая помощь при укусах и ослюнении животными. Специфическая профилактика бешенства.

Отработка практических умений и навыков проводится в виде **разбора истории болезни пациента** с диагнозом «Бешенство», лечившегося в ООКИБ. Обращается внимание студентов на особенности клинических проявлений болезни, эпидемиологического анамнеза, обсуждаются причины неэффективности проведенной специфической профилактики.

**Тема: Сибирская язва.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с подозрением на сибирскую язву.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** *(письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос)* 3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:**

**-** Раздаточные материалы «Сибирская язва»

- Учебный фильм «Сибирская язва»

1. **Материально-технические:**

**-** ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного тестового контроля**

**Вариант 1.**

1. Этиология сибирской язвы
2. Клиника сибиреязвенного карбункула
3. Принципы лечения сибирской язвы

**Вариант 2.**

1. Эпидемиология сибирской язвы
2. Классификация сибирской язвы
3. Методы диагностики сибирской язвы

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология сибирской язвы;
2. Эпидемиология сибирской язвы;
3. Классификация сибирской язвы;
4. Клиника кожной формы болезни;
5. Клиника кишечного и легочного вариантов генерализованной формы сибирской язвы;
6. Дифференциальный диагноз сибирской язвы с заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной;
7. Лабораторная диагностика сибирской язвы;
8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии сибирской язвы;
9. Исходы сибирской язвы (при разных ее формах);
10. Профилактика специфическая и неспецифическая

**Ситуационная задача №1**

 В приемный покой инфекционной больницы 03.10.97 г. поступил больной К., 37 лет. Больной жаловался на повышение температуры до 380С, головную боль, отечность правого предплечья и кисти. За 4 дня до госпитализации больной заметил красное пятнышко на наружной поверхности правого предплечья, которое быстро приобрело вид пузырька с темноватым содержимым. К концу первых суток на месте пузырька появилась черная корка. Затем появился резкий отек предплечья и кисти, температура повысилась до 380С, присоединилась головная боль. Эти явления отмечались вплоть до госпитализации.

 Эпидемиологический анамнез. Больной проживает в сельской местности, по профессии ветеринарный фельдшер. Примерно за 7 дней до болезни в хозяйстве заболела овца, которая пала. Фельдшер оказывал ей лечебную помощь.

 Объективно: состояние средней тяжести. Температура 38,50С. Кожа и слизистые обычной окраски. Зев не гиперемирован. Язык обложен, влажный. Тоны сердца приглушены. Пульс 90 уд. в мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД 100/60. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

 Локальный статус. Правое предплечье и кисть отечны, кожа в месте отека обычной окраски. В нижней части предплечья на наружной поверхности имеется корочка черного цвета, которая окружена пузырьками с желтоватым содержимым, затем красным валиком. Покалывание в области элемента и отека безболезненно. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены до 2 см., умеренно болезненные, подвижные.

1. Предполагаемый диагноз?

2. План обследования?

3. Лечение?

**Ситуационная задача №2**

 Больной К., 19 лет. Поступил в хирургическую клинику с диагнозом «флегмона левого предплечья». Приглашенный на консультацию инфекционист заподозрил кожную форму сибирской язвы. Основание: острое начало заболевания, резко выраженные явления интоксикации, наличие пустулы на внутренней поверхности средней трети левого предплечья, анестезия и отечность тканей вокруг пораженного участка, лимфаденит регионарных лимфоузлов.

1.Дифференциальный диагноз?

2.Лабораторное подтверждение? В мазке из отделяемого пустулы найдены бациллы сибирской язвы.

3.Какие данные эпиданамнеза могли бы свидетельствовать в пользу сибирской язвы?

4.Лечение?

5.Опасен ли больной для окружающих?

6.Какие мероприятия необходимо провести по месту жительства больного? Исполнители?

**Тема: Чума. Туляремия.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с туляремией и с подозрением на чуму.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** *(письменный/устный опрос )* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, просмотр и обсуждение учебного видеофильма «Тактика медицинскогог персонала при выявлении больного с подозрением на чуму»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**Дидактические:** Таблицы («Патогенез чумы», «Клинические формы чумы», «Патогенез туляремии», « Клинические формы туляремии»), учебный видеофильм «Тактика медицинскогог персонала при выявлении больного с подозрением на чуму».

1. **Материально-технические:** доска, мел, ноутбук, проектор/ ДОТ, программа Zoom

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности возбудителя чумы: его устойчивость при низких температурах, высокая скорость размножения, способность выделять очень сильный токсин и вызывать в организме человека и животных серозно-геморрагическое воспаление.
2. Эпидемиология чумы: типы очагов (городская и «дикая» чума); роль животных в сохранении чумной инфекции в природе; роль переносчиков (блохи) при передаче возбудителя здоровому человеку и животным; основные пути передачи; последовательность развития эпизоотий и эпидемии бубонной и легочной чумы.
3. Стадии патогенеза чумы по Н.Н. Жукову-Вережникову и особенности патогенеза легочной чумы.
4. Клиническая классификация чумы по Г.П. Рудневу.
5. Этиология туляремии;
6. Эпидемиология туляремии;
7. Звенья патогенеза с обращением внимания на факторы. Приводящие к длительному течению болезни, возникновению рецидивов;
8. Классификация клинических форм туляремии (см. Приложение);
9. Клиническая характеристика бубонной, язвенно-бубонной, ангинозно-бубонной, глазо-бубонной, абдоминальной, легочной и генерализованной форм туляремии;
10. Дифференциальная диагностика различных клинических форм туляремии с заболеваниями, протекающими со сходной клиникой;
11. Лабораторная диагностика;
12. Принципы этиотропной и патогенетической терапии туляремии;
13. Профилактика туляремии.

**Ситуационная задача №1**

Больной К., 46 лет, заболел остро. Появилась головная боль, боли в груди, возбуждение, шаткая походка, гиперемия лица, кашель со слизистой мокротой. Язык покрыт белым («меловым») налетом. В легких прослушиваются влажные хрипы. Живот мягкий.

1.О каком заболевании следует подумать?

2.Лабораторное обследование и лечение?

3.Какие требуются уточнения в эпиданамнезе

**Ситуационная задача №2**

 Больной Т., 42 года, жалуется на головную боль, чувство жара с периодическими ознобами, кашель с кровавой мокротой, рвоту.

 Анамнез заболевания: заболел внезапно 2 дня назад. Заболевание началось с потрясающего озноба, который сменился высокой температурой (38оС). Ознобы повторялись несколько раз в течение суток, а температура уже на второй день достигла высоких цифр (39,5 – 40оС). Появилась сильнейшая головная боль, кашель в начале сухой, затем с кровянистой мокротой. Изредка беспокоила рвота.

 При объективном исследовании: Состояние больного тяжелое, в поведении его отмечается беспокойство, суетливость. Кожа лица гиперемированная, с цианотичным оттенком. Выражена гиперемия конъюнктив. В легких незначительное укорочение перкуторного звука по аксиллярным линиям. При аускультации – единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 160 уд/мин, слабого наполнения. АД 70/30 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом («меловой язык»). Живот мягкий, при пальпации болезненный. Нижняя граница печени определяется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме.

 Эпидемиологический анамнез: незадолго до болезни вернулся из командировки вне пределов России.

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования и лечения?

**Ситуационная задача №3**

Больной К., 42 лет, проживает в г. Орске, работает на заводе слесарем. Жалобы при поступлении: головная боль, общая разбитость, боли в икроножных мышцах, пояснице, головокружение, рвота.

 Анамнез заболевания.Заболел 10 апреля остро. Повысилась температура до 39оС, начала беспокоить головная боль, выраженная слабость, появились боли в мышцах и особенно в икроножных, боли в пояснице. На 2-ой день присоединилась тошнота и рвота. Больной обратился к врачу, был госпитализирован. В стационаре на 3-й день болезни в левой подмышечной области появилась припухлость, болезненность. Ткань над увеличенными лимфатическими узлами не изменена. Все 3-4 дня температура держалась в пределах 38-38,5-39оС.

 Анамнез жизни. В прошлом был здоров. В семье все здоровы.

Эпидемиологический анамнез**.** Больной живет в благоустроенной квартире, систематически занимается охотой на водяных крыс ондатр. За 5 дней до заболевания снимал шкурку с водяной крысы. Контакт с лихорадящими больными отрицает. Кроме охоты никуда из страны не выезжал.

 Объективно.При поступлении состояние больного среднетяжелое, сознание ясное. В зеве гиперемия. Отмечена гиперемия конъюнктив, сыпи нет. В левой подмышечной области пакет увеличенных лимфоузлов, умеренно болезненный, не спаянный с окружающей тканью, явления периаденита не выражены, кожа над ними обычной окраски. В крови умеренный нейтрофилез, сдвиг влево, незначительно ускоренное РОЭ. В моче изменений нет. Тоны сердца приглушены, пульс 80 ударов в мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД – 110/75 мм. рт. ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края, в положении больного на правом боку пальпируется селезенка. Со стороны нервного статуса изменений нет.

1.Диагноз?

2.План обследования?

3.Лечение?

**Тема: Болезни, передающиеся клещами. Клещевой энцефалит. Клещевые иксодовые боррелиозы.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с клещевым энцефалитом, клещевыми иксодовыми боррелиозами.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентации по темам «Везикулезный риккетсиоз», «Эрлихиоз»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

**Дидактические:**

- Таблица: «Классификация Лайм-боррелиоза»;

 - Раздаточный материал по теме «Клещевой энцефалит», «Клещевые иксодовые боррелиозы».

1. **Материально-технические:**
* Доска, мел
* Ноутбук
* Телевизор
* ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Эпидемиология клещевого энцефалита
2. Основные клинические проявления полиомиелитической формы клещевого энцефалита
3. Этиотропное лечение клещевого энцефалита

**Вариант 2**

1. Опишите этиологию клещевого энцефалита
2. Основные клинические проявления менингеальной формы клещевого энцефалита
3. Лабораторная диагностика клещевого энцефалита

**Вариант 3**

1. Что включает специфическая профилактика?
2. Классификация клещевого энцефалита
3. С какими группами заболеваний (их пример) необходимо дифференцировать клещевой энцефалит?

**Вопросы для устного опроса**

1. Возбудители клещевого энцефалита, генотипы, антигенное строение;

1. Механизм и пути передачи;
2. Основные звенья патогенеза клещевого энцефалита;
3. Клиническая классификация;
4. Особенности клинических вариантов клещевого энцефалита;
5. Лабораторная диагностика;
6. Дифференциальный диагноз;
7. Этиотропная терапия;
8. Экстренная профилактика клещевого энцефалита;
9. Тактика врача при обращении пациентов с присасыванием клеща;
10. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими клещевой энцефалит.
11. Возбудители иксодовых клещевых боррелиозов, генотипы, антигенное строение;
12. Механизм и пути передачи иксодовых клещевых боррелиозов;
13. Патогенез Лайм-боррелиоза;
14. Клиническая классификация Лайм-боррелиоза;
15. Клиника КМЭ.
16. Безэритемные формы Лайм-боррелиозов;
17. Лабораторная диагностика Лайм-боррелиозов;
18. Дифференциальный диагноз Лайм-боррелиозов;
19. Этиотропная терапия Лайм-боррелиозов;
20. Экстренная химиопрофилактика болезни Лайма.

**Ситуационная задача №1**

Больная Д., 42 лет, 1 июня поступила в приемно-диагностическое отделение на 2-ой день заболевания с жалобами на головную боль, лихорадку до 39°С, ломоту в мышцах, общую слабость. Из анамнеза: заболела остро 29 мая, когда появился озноб, тянущие боли в мышцах. Температура тела повысилась до 37,7°С. Вечером того же дня состояние ухудшилось – появились головные боли, лихорадка до 40,0°С. Из эпидемиологического анамнеза: 24 мая была в лесу, сняла с себя 5 клещей, экстренная специфическая профилактика не проводилась, клещи не исследовались. При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Сознание ясное. Кожные покровы горячие, гиперемированные, температура тела - 39,4°С. ЧСС - 88/мин., АД - 40/100 мм рт.ст. Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков нет.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

2. Какие специфические методы исследования необходимо провести?

3. Назначьте специфическое лечение.

4. Укажите возбудитель заболевания.

5. Можно ли было избежать развития заболевания в данном случае?

**Ситуационная задача №2**

Больной М., 25 лет, заболел остро 2 дня назад. Появились головная боль, тошнота, выраженная слабость, особенно в нижних конечностях. На следующий день отмечалась многократная рвота, головные боли локализовались преимущественно в лобно-височных областях, отметил снижение силы в правой руке. К вечеру повысилась температура тела до 38,5°С. Самостоятельно принимал жаропонижающие, анальгетики – без эффекта. Машиной «скорой помощи» доставлен в стационар. Из эпидемиологического анамнеза: за 10 дней до начала заболевания отмечал укус клеща в левую руку, спустя 2 дня после укуса клеща с целью экстренной профилактики введен противоклещевой иммуноглобулин. При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, адекватен. Температура тела 38,2°С, ЧСС - 70/мин. В неврологическом статусе: равномерный мидриаз, парез правого лицевого и подъязычного нервов по центральному типу. Движения в конечностях в полном объеме, сила в правой руке значительно снижена. Сухожильные рефлексы снижены. Симптомы Бабинского и Оппенгейма справа. Ригидность мышц затылка 3,0 см., симптом Кернига 160° с обеих сторон.

 1. Ваш предположительный диагноз, его диагностические критерии.

 2. Как подтвердить диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования возможно провести данному пациенту?

4. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №3**

Больной А., 30 лет, поступил в инфекционный стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,8-38,0°С. Из анамнеза: повышение температуры тела появилось 5 дней назад, самостоятельно принимал жаропонижающие – с кратковременным эффектом. Однако состояние не улучшилось. Машиной «скорой помощи» с диагнозом: Лихорадка неясного генеза доставлен в инфекционный стационар. Из эпидемиологического анамнеза: за 2 недели до заболевания пребывал в лесной зоне, однако укус клеща отрицает. При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено, в неврологическом статусе без особенностей. На 10-е сутки заболевания в сыворотке крови при нРИФ выявлены IgM в титре 1:1200 и IgG в титре 1:800 к ВКЭ.

1. Ваш диагноз, его обоснование.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

 3. Составьте план лечения больного.

4. Назначьте специфическую профилактику заболевания в плане микст-инфекции.

 5. Укажите путь передачи инфекции при данном заболевании.

**Ситуационная задача №4**

Больной И., 32 лет обратился к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость, появление сыпи на теле. Заболел остро 26.08. был сильный озноб, повышение температуры до 38,6°С. Появились головная боль, головокружение, нарушился сон, были устрашающие сновидения. Принимал аспирин, парацетамол, однако облегчения не наступало, усилилась головная боль, болели мышцы и суставы, на 4-й день болезни, 29.08, на теле появилась сыпь. При осмотре врача: состояние средней тяжести, температура тела 38,8°С., лицо гиперемировано, одутловато, конъюнктивы инъецированы, склерит, небольшой цианоз губ. На коже туловища и конечностей - обильная розеолезно-папулезная сыпь, единичные петехии на боковых поверхностях грудной клетки, ладонные и подошвенные поверхности свободны от сыпи. В области правого предплечья – возвышающийся над поверхностью кожи небольшой инфильтрат с некрозом в центре, покрытый темной корочкой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс 72 удара в минуту, АД 90/60 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Сознание ясное, больной эйфоричен, несколько возбужден. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. Из эпиданамнеза известно: геодезист, 20.08 вернулся из командировки из Иркутской области, где работа была связана с пребыванием в лесной местности. Был случай присасывания клеща. Госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на менингококковую инфекцию.

**Задание:**

1. Какие симптомы противоречат предполагаемому диагнозу?

2. Установите и обоснуйте диагноз.

3. Какова тактика лечения больного?

**Тема: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с ГЛПС.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков** *(тестовый контроль)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентаций по темам «Лихорадка денге», «Лихорадка Западного Нила», «Лихорадка Чикунгунья», «Крымская-Конго лихорадка»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)* 3.3. Практическая подготовка на клинической базе: курация больных в 1 отделении ГБУЗ «ООКИБ» - при благоприятной эпидемиологической ситуации |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление оценок в учебный журнал
* рубежный контроль;
* подведение итогов модуля
 |

**Средства обучения:**

**1. Дидактические:**

- Таблица «Клинические периоды ГЛПС»

- Таблица «Осложнения ГЛПС»

- Рисунок: «Вид больного ГЛПС»

- Раздаточный материал «ГЛПС».

**2.Материально-технические:**

- Мел, доска

- Ноутбук

- Телевизор

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Источник инфекции при ГЛПС:

 а) Домашние животные

 б) Дикие мышевидные грызуны

 в) Больной ГЛПС и вирусоноситель

 г) Домовые мыши и крысы

1. Пути заражения при ГЛПС:

 а) Пищевой

 б) Парентеральный

 в) Контактный

 г) Половой

 д) Воздушно-пылевой

1. Клинические периоды геморрагической лихорадки с почечным синдромом:

 а) Лихорадочный

 б) Олигоанурический

 в) Полиурический

 г) Реконвалесценции

1. Симптомы геморрагического синдрома при ГЛПС:

 а) Кровоизлияния в склеру

 б) Геморрагическая экзантема (петехии, экхимозы)

 в) Увеличение селезенки

 г) Различные кровотечения

 д) Кровоизлияния в различные органы (гипофиз, надпочечники,

 сердце, мозг и т.д.)

1. В разгаре ГЛПС в общем анализе мочи выявляются:

 а) Снижение относительной плотности мочи

 б) Повышение относительной плотности мочи

 в) Появление сахара

 г) Увеличение количества белка

 д) Свежие эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры в осадке

 е) Повышенное количество лейкоцитов в осадке

6. Чем объясняется синдром менингоэнцефалита при ГЛПС?

 а) Воспалением оболочек мозга

 б) Энцефалитом

 в) Токсическим отеком мозга

 г) Ишемией головного мозга

7. Что не характерно при ГЛПС в общем анализе мочи?

 а) Протеинурия

 б) Гипостенурия

 в) Гемоглобинурия

 г) Гематурия

 д) Цилиндрурия

8. Какое осложнение чаще всего приводит к летальному исходу ГЛПС?

 а) Отек легких

 б) Острая почечная недостаточность

 в) Инфекционно-токсический шок

 г) Разрыв почки

 д) Токсический отек мозга

 е) Геморрагический синдром

9. Какой противовирусный препарат рекомендуется использовать для

 лечения ГЛПС?

 а) Фоскарнет

 б) Рибавирин

 в) Ремантадин

 г) Ламивудин

 д) Оксолин

10. Какой метод используется для профилактики ГЛПС?

 а) Дезинсекция

 б) Дератизация

 в) Дезинфекция

 г) Дегазация

**Ответы на тесты входного контроля**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | б, г  | **6** | в |
| **2** | а, в, д  | **7** | в |
| **3** | а, б, в, г  | **8** | в |
| **4** | а, б, г, д  | **9** | б |
| **5** | а, г, д  | **10** | б |

**Вопросы для устного опроса**

1. Эпидемиология ГЛПС.
2. Клинические периоды болезни и их характеристика.
3. Основные синдромы при ГЛПС и их патогенетическое объяснение.
4. Дифференциальный диагноз ГЛПС с заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной.
5. Критерии оценки тяжести ГЛПС.
6. Осложнения при ГЛПС.
7. Лабораторная диагностика ГЛПС.
8. Принципы лечения ГЛПС.
9. Исходы ГЛПС.
10. Показания к выписке больных из стационара и их диспансеризация.
11. Профилактика ГЛПС

**Ситуационная задача №1**

Больной А., 32 лет, живет в сельской местности, работает на разных работах. Жалобы при поступлении: сильная головная боль, выраженные боли в пояснице, задержка мочеиспускания, тошнота, рвота (очень часто).

Болен 4-й день. Заболевание началось остро, среди полного здоровья. Повысилась температура до 39,40С, сильная головная боль, сильная слабость, боли в суставах, мышцах. Больной был вынужден лечь в постель. На 3-й день присоединились тошнота и рвота, с 3-го дня появились сильные боли в пояснице, боли в животе, задержка мочеиспускания. Беспокоила сухость во рту, сильная жажда. Было носовое кровотечение. Обратился за помощью к участковому врачу. С диагнозом грипп направлен на госпитализацию.

Эпидемиологический анамнез. Заболел в декабре. Селение, где живет больной, расположено недалеко от леса. Больной отмечает, что в этом году стало больше мышей. Контакт с лихорадящими больными отрицает. Питается только дома. За пределы своего села за последний месяц не выезжал.

Настоящее состояние. Состояние тяжелое. Т–39,20С. Лицо гиперемировано. Инъекция конъюнктивальных сосудов. На туловище и верхних конечностях геморрагическая сыпь, больше в подмышечных областях. Костно-суставная система без видимой патологии. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны приглушены. Пульс ритмичный удовлетворительного наполнения 60 уд. в мин. АД – 110/70 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот болезненный справа и слева от пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого резко положительный с обеих сторон. Больной вялый. Менингеальных симптомов нет.

 Диагноз?

 План обследования?

 Лечение?

**Ситуационная задача №2**

Больной Ш., 47 лет, доставлен в приемный покой инфекционной больницы 20/Х–2007 года с диагнозом ГЛПС?

Жалуется на высокую температуру, боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, общее недомогание.

Заболел остро 15/Х–07г. с озноба, повышения температуры до 38,70С, тяжести, а затем болей в поясничной области. Появилось учащенное, с резями мочеиспускание.

По рекомендации участкового врача получал парацетамол, фурадонин, но улучшения не было: сохранялись повышенная температура особенно в вечернее время (38-390С), ознобы, боли в пояснице, учащенное, с резями мочеиспускание, слабость, недомогание.

В общем анализе мочи выявлены: белок 0,099%0, уд. вес 1008, эпителий 1-2, лейкоциты 60-80, эритроциты 3-5 в поле зрения.

В общем анализе крови лейкоциты 13,1, СОЭ-42мм/час.

20/Х–07 доставлен в больницу.

Объективно:

Состояние средней тяжести. Т–38,20С. В сознании, в контакт вступает хорошо, во всем ориентирован.

Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Сердечные тоны ритмичные, пульс 92 уд. в мин, АД – 140/90 мм. рт. ст.

Дыхание везикулярное.

Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный.

Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное.

Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез.

Житель г. Оренбурга, квартира благоустроенная в многоквартирном доме. Работает инженером не заводе «Радиатор».

Имеет дачу в районе Аэропорта, обрабатывает её вместе с женой.

В сентябре – октябре кроме поездок на дачу, был несколько раз на рыбалке в Илекском районе, последняя поездка 13/Х–07г.

Задание

1. Были ли основания у участкового врача заподозрить ГЛПС у

 данного больного? Конкретно какие?

1. Какие симптомы, характерны для ГЛПС, отсутствуют у данного

 больного?

1. Какие симптомы не характерны для ГЛПС у данного больного?
2. Есть ли показания для госпитализации больного в инфекционный

 стационар?

**Курация больного** (при наличии возможности, в зависимости от эпидемиологической ситуации). Группа делится на 3-4 подгруппы. Каждая подгруппа получает схему истории болезни.

 Студентам предлагается самостоятельно выяснить анамнез болезни, эпидемиологический анамнез, анамнез жизни, осмотреть больного и поставить предварительный диагноз у больных ГЛПС, а также у больных с синдромально сходными заболеваниями (например, лептоспирозом, пиелонефритом и пр.)

 **В случае отсутствия больных** **ГЛПС в стационаре или неблагоприятной эпидемиологической ситуации** студентам предлагается провести анализ истории болезни (учебной или из архива) по заранее подготовленному вопроснику.

 Перед курацией преподаватель должен предупредить студентов об особенностях работы с больными ГЛПС (соблюдение строгого постельного режима, особенности проверки симптома Пастернацкого и т.д.)

 Преподаватель контролирует работу студентов, не нарушая при этом принцип самостоятельности.

Затем кураторы в присутствии группы докладывают все паспортные, анамнестические и объективные данные курируемых больных. У постели больного эти сведения уточняются.

Затем занятие проводится в учебной комнате.

Студенты-кураторы обосновывают предварительный диагноз на основании характерных признаков ГЛПС: острое начало, высокая, длительностью 5-7 дней лихорадка, сильная головная боль в области лба и висков, разбитость, головокружение, бессонница, появление таких характерных симптомов, как сухость во рту, патологическая жажда, нарушение остроты зрения, присоединение в последующие дни абдоминального, почечного, геморрагического, а у некоторых больных и менингоэнцефалитического синдромов.

Специально следует остановиться на особенностях почечного синдрома при ГЛПС, что позволяет дифференцировать геморрагическую лихорадку от других болезней почек (отсутствие отеков, гипотония у большинства больных, отсутствие дизурических явлений, а также характерное для ГЛПС осложнение, как разрыв почки).

Преподаватель обращает внимание на строгую цикличность болезни, на ухудшение самочувствия и состояния больных после снижения температуры.

Для подтверждения диагноза дается оценка выявленным объективным симптомам, таким как гиперемия кожи лица, шеи, плечевого пояса, инъекция конъюнктивальных сосудов, наличие геморрагических элементов от петехий до крупных кровоизлияний на коже и слизистых оболочках, брадикардия, гипотония, обложенность языка, болезненность при пальпации живота, положительный симптом Пастернацкого в сочетании с нарушением суточного диуреза.

Здесь уместно преподавателю отметить, что очень полиморфная клиника ГЛПС зависит от вазотропного действия хантавирусов, от универсального поражения микроциркуляторного русла при данном заболевании.

При постановке диагноза ГЛПС важное значение имеет правильно собранный эпиданамнез.

Нужно обратить внимание студентов на место жительства больного, выезд больных в эндемичные по ГЛПС регионы и районы (например, в Илекский, Ташлинский, северные и северо-западные районы нашей области, в Башкортостан и др.), на профессию больного (геологи, работники лесхозов, с/х рабочие, занятые на заготовке кормов, уборке урожая и т.д.), на увлечения больных (охота, рыбалка), а так как ГЛПС – типичная зоонозная инфекция, то выясняем наличие у конкретных больных дач и огородов, наличие грызунов в дачных домиках, подсобных помещениях и т.д.

 Уместно уточнить, что возбудителями ГЛПС являются хантавирусы – Сеул, собственно Хантаан, Пуумала, Белград/Дубрава, но вирусологический метод диагностики в практическом здравоохранении не используется.

Говоря об общем анализе крови, следует подчеркнуть, что периферическая кровь ведет себя в соответствии с периодами болезни: лейкопения, лимфоцитоз, низкая СОЭ, сгущение крови в I периоде, во II периоде болезни сменяется лейкоцитозом, резким сдвигом влево в лейкоформуле, тромбоцитопенией, ускорением СОЭ, появлением плазматических клеток.

Для общего анализа мочи характерны лабильная и массивная протеинурия, гипостенурия, микро-, реже макрогематурия, цилиндрурия за счет гиалиновых, зернистых и фибринных цилиндров, наличие клеток оставшегося почечного эпителия.

В биохимическом анализе крови наблюдается повышение уровня азотистых шлаков (мочевина, креатинин) в соответствии с тяжестью болезни, в ионограмме особенно при частой рвоте имеется снижение уровня натрия и хлоридов, уровня калия в связи с некрозом, распадом белков в очагах кровоизлияний нормальный или с тенденцией к повышению; падает щелочной резерв крови.

В период полиурии проба по Зимницкому характеризуется гипоизостенурией.

Проводится УЗИ почек.

Диагноз ГЛПС следует подтверждать и современными специфическими методами диагностики:

-метод ПЦР для обнаружения РНК хантавирусов,

-метод парных сывороток с нарастанием титра специфических антител

не менее чем в 4 раза в РПГА, МФА, РИФ и РНИФ, ИФА.

Из истории болезни курируемых больных демонстрируются имеющиеся лабораторные и инструментальные исследования и приводится их оценка.

Студенты-кураторы формулируют окончательный диагноз, оценивают тяжесть болезни согласно классификации ГЛПС на легкие, средней тяжести т тяжелые формы.

После постановки окончательного диагноза на основании материалов из истории болезни необходимо решить были ли у данных больных осложнения, характерные для ГЛПС, такие как ИТШ, ОНМ, ДВС-синдром, ОПН и др.

Закончив разбор больных, следует остановиться на алгоритме диагноза.

* 1. Алгоритм диагноза ГЛПС

Преподавателю следует отметить, что ГЛПС относится к числу поздно диагностируемых заболеваний, и диагноз устанавливается в олигоанурическом периоде, когда уже имеется развернутая клиническая картина с типичными синдромами:

 – Синдром интоксикации с высокой, но короткой лихорадкой (в среднем 5-6 дней); ухудшение состояния после снижения температуры. Раннее появление жалоб на патологическую жажду и нарушение зрения.

 – Геморрагический синдром с 3-5 дня болезни с кровоизлияниями на коже, слизистых, различные кровотечения.

 – Абдоминальный синдром (тошнота, рвота, у тяжелых больных в сочетании с икотой, боли в животе, запоры или поносы, возможно с примесью крови).

 – Почечный синдром с олигоанурией, болями в пояснице.

 – Менингоэнцефалитический синдром (редко) с неврологическими расстройствами вследствие токсического отека мозга.

 – Характерный эпидемиологический анамнез (пребывание больного в природном очаге ГЛПС).

 – Характерные изменения в общем анализе мочи (гипостенурия, протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия).

 – Изменения в биохимическом анализе крови (повышение уровня азотистых шлаков)

 – Изменения ионограммы (снижение уровня натрия, хлоридов, повышение калия).

 – Нарастание титра антител не менее чем в 4 раза в парных сыворотках в РПГА, МФА, РИФ и РНИФ, ИФА.

 – Обнаружение РНК хантавирусов в ПЦР в трудных для диагностики случаях.

 – Данные УЗИ почек.

После постановки окончательного диагноза на основании материалов из истории болезни необходимо решить были ли у данных больных осложнения, характерные для ГЛПС, такие как ИТШ, ОНМ, ДВС-синдром, ОПН и др.

Студентам предлагается провести дифференциальный диагноз на ранних этапах болезни с гриппом, а в олигоанурическом периоде с лептоспирозом, пиелонефритом и др. заболеваниями почек, острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, капилляротоксикозами, геморрагической лихорадкой Крым-Конго, регистрируемой в южных регионах России.

Кстати, больные лептоспирозом, пиелонефритами могут находиться в клинике, и дифференциальный диагноз хорошо провести на конкретных больных.

Затем разбираются принципы лечения ГЛПС. Здесь следует отметить важную роль строгого постельного режима, щадящей диеты №4, называются средства специфической терапии (рибавирин, рибамил), перечисляются методы патогенетической и симптоматической терапии. Необходимо сказать об особенностях инфузионной терапии при ГЛПС, показаниях к назначению ГКС, ингибиторов протеаз, антиоагулянтов, гемостатиков, мочегонных средств, блокаторов Н2-рецепторов, допамина, нейролептаналгезии, сеансов плазмофереза и гемодиализа.

Преподавателю следует подчеркнуть, что на современном этапе для снижения летальности при ГЛПС лечение больных с тяжелыми формами болезни должно быть упреждающим развитие таких грозных осложнений, как ИТШ, ДВС-синдром, ОПН и др.

Необходимо остановиться на правилах выписки из стационара после ГЛПС: полное исчезновение всех клинических симптомов болезни и нормальные показатели лабораторных исследований. Следует подчеркнуть, что реконвалесцентам необходим домашний режим от 10 до 30 и более дней в зависимости от тяжести перенесенной ГЛПС, в дальнейшем освобождение от тяжелого физического труда на 3-6 месяцев.

Диспансеризация реконвалесцентов длится не менее 1 года (у детей более длительно, 3-5 лет) для профилактики латентно протекающего пиелонефрита. Здесь преподавателю следует сказать, что период реконвалесценции у подавляющего большинства больных протекает гладко и лишь изредка могут наблюдаться синдром постинфекционной астении, синдром постинфекционной миокардиодистрофии, синдром эндокринных и неврологических расстройств (алопеция, импотенция, диэнцефальные явления и т.д.) и почечный синдром (боли в пояснице, отеки, повышение АД, полиурия и др.), что требует наблюдения и лечения у соответствующих специалистов.

В разделе «Профилактика ГЛПС» констатируем отсутствие отечественных вакцин против ГЛПС. Вся борьба с этим заболеванием носит неспецифический характер и направлена на борьбу с грызунами и просвещение населения о правилах поведения на природе.

**Вопросы рубежного тестового контроля**

# - тесты с одним правильным ответом

**\*-** тесты с несколькими правильными ответами

# Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:

 лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота

боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век

кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения

снижение диуреза, упорная бессоница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков

все перечисленное

 # В фазе олигурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают:

изогипостенурию, протеинурию:

эритроциты и лейкоциты

клетки почечного эпителия, зернистые, фибриновые цилиндры

все перечисленные изменения

все указанное не соответствует истине

# Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют следующие:

агглютинации (Райта)

непрямой гемагглютинации (РНГА)

Хеддльсона

Кумбса

все перечисленные

# К основным клиническим симптомам при туляремии относятся все перечисленные, кроме:

лихорадки, головной боли, потливости

лимфаденопатии, полиморфной сыпи

гепатолиенального синдрома

болей в мышцах ног, спины, поясницы

анурии

# Вариантами исхода бубона при туляремии могут быть:

нагноение

изъязвление

рубцевание и склеротизация

полное рассасывание

все перечисленное

# Для диагностики туляремии применяют:

серологические реакции

кожно-аллергическую пробу

биологический метод

все указанные методы

все перечисленное не соответствует истине

# Для лечения туляремии применяют:

рифампицин

гентамицин

тетрациклин

левомицетин

все перечисленное

# При чуме имеют место все пути передачи, кроме:

трансмиссивного

контактного

парентерального

алиментарного

воздушно-капельного

# В патогенезе локализованной чумы имеют значение:

внедрение возбудителя через кожу и слизистые оболочки

возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумной карбункул

поражение лимфатических желез с образованием бубона

поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации сосудистых стенок

все перечисленное

# По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:

кожную

бубонную

легочную

септическую

все перечисленное

#Для кожной формы чумы характерны все изменения, кроме:

последовательных изменений в виде розеолы, папулы, везикулы, пустулы

изъязвления пустулы с появлением темного струпа

образования фликтены

выраженной гиперестезии

# При бубонной форме чумы могут быть выявлены все следующие изменения, кроме:

воспаленный лимфоузел, регионарный к месту внедрения возбудителя

наличие периаденита, болезненного при пальпации

сглаженность контуров бубона

вынужденное положение больных

развитие лимфангоита

# Наиболее частыми осложнениями бубонной формы чумы являются:

септицемия

пневмония

менингит

флегмона

рожа

# Легочная форма туляремии в отличие от чумы:

протекает более легко, по типу мелкоочаговой пневмонии, бронхита

имеет благоприятный прогноз

отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн

все ответы правильные

# Для антибактериального лечения чумы применяют:

стрептомицин

тетрациклины

левомицетин

гентамицин

все перечисленное

# Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат:

выделения больных животных и их трупы

пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных

почва, вода, воздух, обсемененные сибиреязвенными спорами

предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья: головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и т.д.

все перечисленное

# Типичными симптомами сибиреязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:

наличия язвы с темным дном

выраженного воспалительного отека по краям язвы

обильного отделения серозной или геморрагической жидкости

появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы

наличие болезненности в зоне некроза

# Возможны следующие осложнения и исходы при кожной форме сибирской язвы:

выздоровление

летальный исход

вторичная септицемия

токсико-инфекционный шок

все перечисленное

# Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:

банальным карбункулом

рожей

кожной формой чумы

язвенно-бубонной формой туляремии

стрептодермией

\* Указать препараты, используемые для индивидуальной химиопрофилактики малярии:

хлорохин

мефлохин

доксициклин

азитромицин

# Заражение через кровососущих членистоногих может происходить при:

брюшном тифе

малярии

иерсиниозе

геморрагической лихорадке с почечным синдромом

# Длительность эритроцитарной шизогонии при трехдневной малярии составляет:

24 часа

48 часов

72 часа

96 часов

# Тяжелое течение малярии с развитием комы ассоциируется с:

+Pl. Falciparum

Pl. Vivax

Pl. Ovale

Pl. malaria

\* Клиническая картина малярии характеризуется:

лихорадочными приступами

продолжительностью лихорадки от 48 до 72 часов

частыми развитиями рецидивов

стойкой спленомегалией

# Препарат, не используемый для купирования малярийного приступа:

артеметер

фансидар

мефлохин

примахин

# Укажите последовательность чередования фаз при малярийном пароксизме:

озноб, пот, жар

жар, пот, озноб

озноб, жар, пот

пот, озноб, жар

# Укажите триаду клинических проявлений, характерную для малярии:

лихорадка, анемия, гепатоспленомегалия

анемия, лихорадка, симптом Падалки

лихорадка, спленомегалия, лимфаденопатия

лихорадка, анемия, геморрагическая сыпь

\* Укажите заболевания, которые относятся к особо опасным инфекциям:

холера

дизентерия

чума

желтая лихорадка

лихорадка Эбола

# К вирусам, ответственным за возникновение геморрагических лихорадок, относятся все, кроме:

Эбола

Ласса

Марбург

Норфолк

# Укажите основные симптомы контагиозных геморрагических лихорадок в хронологической последовательности:

анемия, тромбоцитопения, интоксикация, геморрагический синдром

тромбоцитопения, интоксикация, анемия, геморрагический синдром

геморрагический синдром, анемия, тромбоцитопения, интоксикация,

интоксикация, тромбоцитопения, геморрагический синдром, анемия

# К контагиозным геморрагическим лихорадка относится:

лихорадка Зика

лихорадка Ласса

лихорадка Западного Нила

геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

# К зоонозным лихорадкам относится:

геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

лихорадка Эбола

лихорадка денге

лихорадка Зика

# Проба Бюрне для диагностики бруцеллеза считается положительной при:

отеке и гиперемии 1 см в диаметре

отеке и гиперемии 2 см в диаметре

отеке и гиперемии 3 см и более в диаметре

отеке и гиперемии 0,5 см в диаметре

отсутствии гиперемии и отека

# Бешенство относится к:

+зоонозам

сапронозам

антропонозам

сапрозоонозам

# Наиболее характерный симптом бешенства в стадии разгара:

гидрофобия, аэрофобия

положительные менингеальные знаки

лихорадка

очаговая неврологическая симптоматика

# Основными патоморфологическими изменениями при бешенстве являются:

гиперемия, полнокровие, точечные кровоизлияния во внутренних органах

гепатоспленомегалия

гнойный ”чепчик” на гемисферах головного мозга

наличие специфических цитоплазмических включений (тельца Бабеша – Негри) в нервных клетках

# Для лечения бруцеллеза используется:

пенициллин

тетрациклин

метронидазол

азитромицин

\* Основные симптомы у больного острой формой бруцеллеза:

длительная лихорадка

относительно удовлетворительное самочувствие

потливость

сильная головная боль

микролимфаденопатия

# Для диагностики бруцеллеза важное значение имеет все, кроме:

высокой лихорадки с ознобами и потами

фиброзитов и целлюлитов

гепатолиенального синдрома

везикулезной сыпи

# Укажите сочетание симптомов, характерное для бруцеллеза:

длительная лихорадка, увеличение печени, селезенки, сыпь

тошнота, рвота, жидкий стул, лихорадка

длительная лихорадка, увеличение печени, селезенки, поражение опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой. нервной, мочеполовой систем

лихорадка, очаговая неврологическая симптоматика, когнитивные нарушения

**Модуль 4**. **«Воздушно-капельные инфекции»**

**Тема: ОРВИ. Грипп. Новая коронавирусная инфекция (COVID - 19).**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с гриппом, новой коронавирусной инфекцией и другими острыми респираторными вирусными инфекциям.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (** *письменный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентаций по темам «Грипп у беременных», «Современные подходы к вакцинации гриппа», «Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:**
* Раздаточный материал «Грипп», «Респираторный дистресс-синдром», «Вакцинация против гриппа», «Дифференциальная диагностика ОРВИ»

 **2. Материально-техническое:**

* Доска, мел
* Ноутбук
* ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Общие свойства ОРВИ
2. Катаральный синдром при гриппе
3. Лечение ОРВИ в амбулаторных условиях
4. Определение вероятного случая новой коронавирусной инфекции

**Вариант 2**

1. Понятие антигенного дрейфа и антигенного шифта при гриппе
2. Клиника аденовирусной инфекции
3. Этиотропная терапия гриппа
4. Критерии среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Классификация вирусов, вызывающих ОРВИ (миксовирусы, аденовирусы, пикорнавирусы, коронавирусы и др.).
	2. Механизм и пути передачи ОРВИ.
	3. Клиника гриппа, парагриппа, аденовирусной, риновирусной, респираторно-синтициальной.
	4. Дифференциальная диагностика гриппа и ОРВИ.
	5. Осложнения гриппа, ОРВИ.
	6. Принципы лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ.
	7. Этиотропная терапия гриппа.
	8. Патогенетическая и симптоматическая терапия гриппа и ОРВИ.
	9. Лечение больных гриппом и ОРВИ в амбулаторных условиях, показания для госпитализации.
	10. Специфическая и неспецифическая профилактика гриппа, ОРВИ.
	11. Новая коронавирусная инфекции (НКВИ). Эпидемиологические особенности. Определение подозрительного, вероятного и подтвержденного случая. Клиническая классификация. Особенности клиники. Осложнения. Вирусная пневмония при НКВИ, ее особенности. Респираторный дистресс-синдром. Лабораторная и инструментальная диагностика НКВИ и ее осложнений. Лечение НКВИ. Показания для госпитализации. Этиотропная терапия на амбулаторном этапе и в стационаре. Патогенетическая терапия. Тактика при неотложных состояниях. Исходы. Профилактика.

**Ситуационная задача №1**

Больная Д., 20 лет. Жалобы на интенсивную головную боль, головокружение, сухой надсадный кашель, заложенность носа, слабость, отсутствие аппетита, боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания: Больна 2 дня. Заболела 5 декабря, почувствовала озноб, повысилась температура тела до 38,5ºС, появилась головная боль в области лба и глазных яблок. 6 декабря во второй половине дня появилась боль в горле, насморк, чувство першения и царапания за грудиной, сухой кашель, температура повысилась до 39ºС, головная боль усилилась.На дом был вызван врач поликлиники.

Анамнез жизни: В детстве болела корью, скарлатиной, ангиной.

Эпидемиологический анамнез: Работает в школе буфетчицей. Личную гигиену соблюдает. В контакте с лихорадящими больными не была.В городе регистрируется сезонный подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом. Известно, что среди циркулирующих штаммов преобладает A(H1N1)pdm09.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, гиперемировано. На коже сыпи нет. Носовое дыхание затруднено, из носа скудное отделяемое серозного характера.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторный звук над легкими ясный, легочный. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. Границы относительной сердечной тупости не смещены. АД – 110/70 мм. рт. ст. Пульс 108ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком небе гиперемия и «зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Менингеальных симптомов не выявлено.

1.Выделить основные синдромы.

2.Обосновать предварительный диагноз.

3.Написать план обследования.

4.Составить план лечения.

**Ситуационная задача №2**

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной.

 Анамнез заболевания: заболел 15 января в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°С, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°С, головная боль усилилась.

Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба. В лѐгких – жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.

4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

 5. Кто подлежит обязательной вакцинации против гриппа? Назовите современные вакцины для профилактики гриппа

**Ситуационная задача №3**

Больная С. 44 лет предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 39°С, сухой кашель, заложенность носа. Заболела накануне вечером.

Объективно: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъецированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В легких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Препараты какой фармакологической группы Вы бы рекомендовали пациентке в качестве этиотропной терапии?

5. Какие клинические проявления у пациентки свидетельствуют об эффективности этиотропной терапии.

**Ситуационная задача №4**

Вызов участкового врача на дом к больной А., 20 лет, проживающей в г. Оренбурге. Жалобы на повышение температуры тела до 37,3°С, слабость, умеренную головную боль, небольшой сухой кашель, насморк с незначительным серозным отделяемым из носа, отсутствие обоняния. Больна 3-й день. Заболела остро, когда почувствовала недомогание, повысилась температура тела до 37,8°С, появились насморк и кашель, сегодня перестала чувствовать запахи и вкус пищи. Лечилась парацетамолом. 7 дней назад была в гостях на дне рождения подруги, где присутствовало большое количество гостей. Объективно: состояние средней степени тяжести. Субфебрильно лихорадит. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В зеве умеренная гиперемия, дыхание через нос затруднено. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин., АД 120/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в 1 мин. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез достаточный. Стул оформленный.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите тактику ведения больной.
4. Назначьте лечение.
5. Определите первичные противоэпидемические мероприятия.

**Тема: Менингококковая инфекция.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с менингококковой инфекцией.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (***письменный/устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентации* по темам *«Отек-набухание головного мозга», «Инфекционно-токсический шок»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач, курация больных в 1 отделении ГБУЗ «ООКИБ»)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:**
* Слайд (таблица) «Классификация клинических форм МИ»
* Слайд (рисунок) Менингококцемия
* Слайд (рисунок) Менингит
* Слайд (рисунок) Техника выполнения спиномозговой пункции
* Слайд (таблица) Ликвор в норме и изменения при менингитах
* Слайд (таблица) Неотложная помощь при ОНМ
* Слайд (таблица) Неотложная помощь при ИТШ

**2.Материально-техническое:**

* Ноутбук
* ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

* Клиническая классификация менингококковой инфекции
* Клиника менингококкового менингита
* Антимикробные препараты для лечения менингококкцемии
* Этиология менингококковой инфекции
* Клиника менингококкцемии
* Патогенетическая терапия менингококковой инфекции
* Пути передачи менингококковой инфекции
* Источники инфекции при менингококковой инфекции
* Инкубационный период менингококковой инфекции
* Наиболее частое осложнение менингококкцемии
* Наиболее частое осложнение менингококковогоменингита
* Триада симптомов при менингите
* Кожные проявления при менингококкцемии
* Интоксикационный синдром при менингококкцемии
* Методы лабораторной диагностики менингококкцемии

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология менингококковой инфекции. Свойства возбудителя: устойчивость, серологические типы менингококка.
2. Эпидемиология менингококковой инфекции. Источники инфекции. Роль носителей в распространении болезни. Механизм заражения. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет.
3. Патогенез: внедрение, назофарингит, менингококкцемия, преодоление гематоэнцефалического барьера, менингит. Роль аллергии в патогенезе шока. Патогенез церебральной гипертензии.
4. Клиника менингококковой инфекции. Клиническая классификация. Менингококковый назофарингит. Менингококкемия. Менингит, менингоэнцефалит. Редкие формы болезни. Клинические синдромы и симптомы.
5. Осложнения. Инфекционно-токсический шок, отек-набухание головного мозга.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Методы лабораторной диагностики. Показания к спинномозговой пункции. Оценка полученных результатов исследования.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Бактериоскопическое, бактериологическое исследования. ПЦР.
10. Лечение: этиотропная, патогенетическая терапия. Принципы и тактика антибиотикотерапии. Неотложные мероприятия при инфекционно-токсическом шоке, судорожном синдроме, отеке-набухании головного мозга. Профилактика менингококковой инфекции.

**Ситуационная задача №1**

Больной Е., 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертермическая форма». Заболевание началось остро, на фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,20С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль.

При поступлении состояние тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тело повышена до 39,2°С. Резко выражена ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 ударов в мин, ритмичный, АД-130/90 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции СМЖ получена под высоким давлением мутная жидкость с высоким нейтрофильным (99%) плеоцитозом- 15400 кл /мл, белок- 2,64 г/л, реакция Панди (++++).

1.Предположите наиболее вероятный диагноз

2.Обоснуйте поставленный вами диагноз

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

4.Укажите план лечения данного пациента

**Ситуационная задача №2**

Больной К., 17 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов появилась тошнота, а затем - повторная рвота, повышение температуры тела до 39°С. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение. Из анамнеза: за 5 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в горле, сухой редкий кашель, повышение температуры тела до 37,5°С. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. При осмотре: больной стонет от головной боли. Пульс - 92/мин., ритмичный, АД - 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Резко выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон 160°. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского.

Вопросы:

1.Укажите предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

**Ситуационная задача №3**

Больной К., 22 лет, студент, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро: озноб, температура 39,5оС, сильная головная боль, рвота, мышечные боли. Дома не лечился. В контакте с инфекционными больными не был. В прошлом ничем не болел. При осмотре тяжелое. Гиперестезия кожи, ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Со стороны внутренних органов изменений нет. При спинномозговой пункции получена мутная жидкость, вытекающая частыми каплями.

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения

**Тема: Дифтерия. Стрептококковая инфекция. Скарлатина Рожа.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель занятия:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с дифтерией; стрептококковой инфекцией, включая рожу.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| )1 | **Организационный момент.** 1.1. Объявление темы, цели занятия.1.2. Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия)1.3. Обсуждение вопросов, возникших у студентов |
| 2 | **Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков (***устный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия**3.1. Закрепление теоретического материала *(устный опрос, представление презентации по теме «Скарлатина»)*3.2. Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно- ситуационных задач)*  |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
 |

**Средства обучения:**

1. **Дидактические:**
* раздаточные материалы по теме «Дифтерия», «Рожа»
1. **Материально-технические:**

- ноутбук

- ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

* Возбудитель дифтерии
* Лабораторная диагностика дифтерии
* Препараты для лечения рожи
* Классификация рожи
* Классификация дифтерии
* Симптомы токсической дифтерии 1 степени
* Симптомы токсической дифтерии 2 степени
* Симптомы токсической дифтерии 3 степени
* Симптомы субтоксической дифтерии
* Симптомы распространенной формы дифтерии
* Симптомы локализованной формы дифтерии
* Симптомы дифтерии гортани
* Местные симптомы эритематозной формы рожи
* Местные симптомы эритематозно-буллезной формы рожи
* Специфическая терапия дифтерии
* Специфическая профилактика дифтерии

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология дифтерии.
2. Краткая характеристика возбудителей, и их особенности: токсигенность, устойчивость во внешней среде, способность расти на питательных средах.
3. Эпидемиология дифтерии. Источники инфекции и пути передачи возбудителя. Восприимчивость.
4. Патогенез дифтерии. Основные звенья. Роль дифтерийного экзотоксина. Клиника дифтерии. Клиническая классификация дифтерии по локализации процесса и тяжести.
5. Характеристика дифтерии ротоглотки, дыхательных путей, редких локализаций (глаз, носа, кожи, половых путей).
6. Дифференциальная диагнос­тика дифтерии и стрептококкового тонзиллита.
7. Осложнения при дифтерии.
8. Методы лабораторной диагностики.
9. Лечение дифтерии: противодифтерийная сыворотка, дезинтоксикационная терапия, антибиотики. Неотложная терапия при острой дыхательной недостаточности, геморрагическом синдроме.
10. Правила выписки реконвалесцентов из стационара, наблюдение. Санация бактерионосителей.
11. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге дифтерии.
12. Значение специфической профилактики.
13. Этиология и эпидемиология рожи.
14. Патогенез рожи.
15. Клиническая классификация рожи.
16. Критерии тяжести рожи (по выраженности токсического синдрома и распространенности местного процесса).
17. Диагностические критерии рожи в типичных случаях.
18. Дифференциальный диагноз при роже.
19. Показания для обязательной госпитализации в инфекционную больницу и лечение рожи.
20. Показания для назначения бициллинопрофилактики.

**Ситуационная задача №1**

Больная Б, 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу жалоб на повышение температуры тела до 390С, озноб, слабость, головную боль, тошноту, мышечные боли, припухлость и чувство жжения в области правой щеки.

В области правой щеки имеется разлитая гиперемия кожи с неправильными контурами, возникшая впервые. На месте гиперемии имеется отек ткани. При пальпации пораженного участка умеренно-выраженная болезненность. Тоны сердца приглушены. Пульс – 94 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.

3.Составьте план обследования.

4.Составьте план лечения.

5.Какова тактика участкового врача-терапевта?

**Ситуационная задача №2**

Больная 3., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°С. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°С. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы, передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блестит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Укажите терапевтическую тактику.

**Ситуационная задача №3**

 Больной А., 29 лет, рабочий, доставлен в ЛОР-отделение в тяжелом состоянии с диагнозом «паратонзиллярный абсцесс». Заболел остро 3 дня тому назад. С ознобом повысилась температура тела до 38 0 С. Отметил сильную боль в горле, слабость. Занимался самолечением – употреблял спиртное, полоскал горло, принимал аспирин, анальгин. На 2-й день болезни температура тела стала еще выше – 39,50С, заметил увеличение шеи, верхняя пуговица на рубашке не застегивалась. Сегодня чувствует себя еще хуже, стало трудно глотать, появились выделения из носа, отек шеи увеличился, голос стал сдавленным. Сильно ослабел, не смог идти в поликлинику, вызвал врача, который направил его в ЛОР-отделение.

При осмотре: состояние тяжелое, температура – 39,10С. Выраженный отек шеи с обеих сторон, распространяется вверх к ушам, вниз – ниже ключицы. Слизистая ротоглотки резко отечна, миндалины почти смыкаются, полностью покрыты налетом серо-белого цвета, распространяющимся на небные дужки и язычок. Пограничная с налетом слизистая гиперемирована с цианотичным оттенком. Голос гнусавый. Из носа слизисто-гнойные выделения. Кожа области носовых ходов мацерирована, на носовой перегородке – пленка (осмотр ЛОР-врача). Одышка, ЧД – 26 в мин. АД – 180/100 мм.рт.ст.

 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

 2. Проведите дифференциальный диагноз.

 3. Ваши предложения по ведению больного?

 4. Как контролировать возникновение осложнений?

**Ситуационная задача №4**

 Больной У., 18 лет, военнослужащий. Обратился в санчасть с жалобами на небольшую боль в горле, плохое самочувствие, познабливание, слабость. Заболел вчера вечером. Сегодня боль в горле стала больше, в связи с чем решил обратиться к врачу. Осмотрен врачом санчасти, состояние средней тяжести, температура 38, 0 0С. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Пальпируются умеренно болезненные, подвижные подчелюстные лимфоузлы. На миндалинах с обеих сторон плотный налет беловатого цвета. В легких хрипов нет. Пульс 100 уд/мин удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 130/80 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Дизурический, менингеальных явлений нет. С диагнозом «лакунарная ангина» направлен в госпиталь.

1. Согласны ли Вы с диагнозом?
2. Поставьте диагноз и проведите дифференциальный диагноз
3. Какой должна быть тактика ведения больного?

**Тема:** **Герпетическая инфекция. Ветряная оспа. Опоясывающий лишай. Инфекционный мононуклеоз. Цитомегаловирусная инфекция. Практические вопросы воздушно-капельных инфекций.**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с герпетическими и другими воздушно-капельными инфекциями.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| №п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль**  *письменный опрос)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** Закрепление теоретического материала (*устный опрос, представление презентаций по темам «Цитомегаловирусная инфекция у иммунокомпетентных лиц», «Ветряная оспа», «Заболевания, вызванные вирусами герпеса 6, 7 типов»*)Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно-ситуационных задач; просмотр учебных фильмов с разбором представленных в них больных с инфекционным мононуклеозом, ветряной оспой, менингококковой инфекцией, стрептококковой инфекцией, рожей).* |
| 4 | **Выходной контроль (***тестирование)* |
| 5 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* рубежный контроль
* подведение итогов модуля
 |

**Средства обучения:**

Дидактические

- раздаточный материал по темам «Герпетическая инфекция», «Менингококковая инфекция», «Стрептококковая инфекция. Рожа»

- учебные фильмы по темам: «Инфекционный мононуклеоз», «Ветряная оспа», «Менингококковая инфекция», «Стрептококковая инфекция. Скарлатина»

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный комплекс, ноутбук/ДОТ, программа Zoom)

**Вопросы входного контроля**

***1 вариант***

1. Этиология герпетической инфекции.
2. Пути заражения вирусами герпетической группы
3. Клиника инфекционного мононуклеоза
4. ***вариант***
5. Методы лабораторной диагностики герпесвирусных инфекций.
6. Лечение герпесвирусных инфекций: противовирусная терапия.
7. Кожные проявления при опоясываюшем лишае

**Вопросы для устного опроса**

1. Актуальность герпетической инфекции на современном этапе.
2. Этиология герпетической инфекции.
3. Основные звенья патогенеза ветряной оспы, опоясывающего лишая, цитомегаловирусной инфекции.
4. Клиника опоясывающего лишая.
5. Клиника инфекционного мононуклеоза.
6. Дифференциальная диагнос­тика герпетической инфекции.
7. Методы лабораторной диагностики герпесвирусных инфекций. Серологический метод, диагностическое значение определения антител к вирусам герпетической группы.
8. Возможности молекулярно-генетических методов диагностики герпетических инфекций.
9. Лечение герпесвирусных инфекций: противовирусная, патогенетическая, симптоматическая терапия.
10. Специфическая профилактика некоторых герпесвирусных инфекций.

**Ситуационная задача №1**

Пациент В., 55-ти лет, осмотрен врачом «Скорой помощи», вызванной в связи с возникновением у больного накануне вечером резкой головной боли, разлитой боли в груди и спине. Больной госпитализирован. При поступлении в стационар состояние больного расценено как тяжелое. Температура тела 39,5°С. Сознание ясное. При осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность при пальпации по ходу межреберий, наличие пузырьковых высыпаний с серозным содержимым по ходу VI, VII, VIII ребер справа. Со слов пациента, высыпания появились 3 дня назад, их появление сопровождалось выраженной болезненностью в области грудной клетки справа. Симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского положительные. Тоны сердца ритмичный, ЧСС 100 ударов в минуту. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Что необходимо уточнить в анамнезе жизни пациента?
3. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную инфекцию
4. Составьте план обследования больного
5. Составьте план лечения

**Ситуационная задача № 2**

Больная Н., 58 лет обратилась к врачу по поводу сильных болей в правой половине головы. Диагностирована невралгия тройничного нерва, на­значены анальгетики и противовоспалительные препараты. На 5 день состоя­ние больной ухудшилось. Температура повысилась до 39,5°С, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На пра­вой щеке появился участок покраснения и отек. При осмотре состояние средней тяжести. Правая щека и веки отечны, на правой половине лба и щеке эритема с нечеткими границами, более яркая в центре, переходящая на боковую поверхность шеи. В центре эритемы кожа инфильтрирована, видны сгруппированные мелкие папулы и везикулы. Подчелюстные и околоушные лимфоузлы увеличены и умеренно болезненны. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения без патологии. Больная в сознании, адекватна. Умеренно выражена ригидность мышц затылка. Симптом Кернига слабоположительный. Очаговых симптомов нет. Выраженная болезненность при надавливании на точки выхода тройничного нерва.

1. Установите и обоснуйте диагноз
2. Каковы этиология и патогенез этого заболевания?

3. Назначьте и обоснуйте лечение больной.

Проводится просмотр учебных фильмов, снятых в отделениях ООКИБ, с разбором представленных в них больных с инфекционным мононуклеозом, ветряной оспой, менингококковой инфекцией, стрептококковой инфекцией, рожей (студенты должны установить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, предложить план обследования, провести анализ представленных результатов лабораторного исследования, составить и обосновать алгоритм лечения больного.)

**Вопросы рубежного тестового контроля**

**1.** Возбудитель гриппа относится к

 1. Ротавирусам

 2. Пикорна-вирусам

 3. Энтеровирусам

 4. Ортомиксовирусам

 5. Арбовирусам

2. Источником инфекции при гриппе является

 1. Больной человек

 2. Реконвалесцент

 3. Животные - резервуар вируса

 4. Птицы - резервуар вируса

 5. Все перечисленное

3. Механизм передачи гриппа

 1. Воздушно-капельный

 2. Контактный

 3. Фекально-оральный

 4. Птицы - резервуар вируса

 5. Все перечисленное

4. Основными звеньями патогенеза гриппа являются

 1. Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса

 2. Вирусемия, токсемия

 3. Поражение центральной и вегетативной нервной системы

 4. Снижение иммунологической реактивности организма и активизация

 эндогенной бактериальной флоры

 5. Все перечисленное

5. Основные клинические симптомы гриппа

 1.Лихорадка, гиперемия лица

 2.Катаральные явления

 3.Гиперемия слизистой ротоглотки, отечность и зернистость задней стенки глотки

 4.Озноб, недомогание, ломота, боли в мышцах

 5.Все перечисленное

6. Грипп может протекать в следующих клинических формах

 1.Легкая, бессимптомная

 2.Среднетяжелая

 3.Тяжелая

 4.Молниеносная (гипертоксическая)

 5.Все перечисленное

7. Тяжелые формы гриппа сопровождаются

 1.Носовыми кровотечениями

 2.Снижением артериального давления

 3.Высокой температурой

 4.Одышкой, кашлем

 5.Всем перечисленным

8. Для токсикоинфекционного шока при гриппе характерно все перечисленное, кроме

 1.Тошноты, рвоты, диареи

 2.Снижени артериального давления

 3.Одышки

 4.Анурии

 5.Тахикардии

9. Терапия тяжелого осложненного гриппа

 1. Противовирусная

 2.Антибактериальная

 3.Синдромальная

 4.Патогенетическая

 5.Все перечисленное

10. Сезонность заболевания при парагриппе

 1.Осенне-летняя

 2.Осенне-зимняя

 3.Весенне-зимняя

 4.Отсутствует

 5.Все ответы правильные

11. Наиболее частое осложнение парагриппа

 1.Миокардит

 2.Пиелонефрит

 3.Пневмония

 4.Отит

 5.Гайморит

12. Показаниями к применению антибактериальных препаратов при парагриппе являются

 1.Токсикоз

 2.Ложный круп

 3.Менингизм

 4.Ларингит

 5.Пневмония

13. Респираторно-синтициальная инфекция вызывается

 1.Ротавирусами

 2.Пикорна-вирусами

 3.Энтеровирусами

 4.Герпес-вирусами

 5.Миксовирусами

14. При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдается все перечисленное, кроме

 1.Более выражен полиаденит

 2.Часто встречается гепатолиенальный синдром

 3.Имеет место ангина

 4.Наличие в крови атипичных мононуклеаров

 5.Выражены катаральные явления

15. Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к

 1.Арбовирусам

 2.Энтеровирусам

 3.Герпетическим вирусам

 4.Ретровирусам

 5.Пиковирусам

16. Инкубационный период при ветряной оспе и опоясывающем лишае чаще

 1.От 5 до 10 дней

 2.От 10 до 17 дней

 3.От 18 до 23 дней

 4.От 24 до 30 дней

 5.Более 30 дней

17. Основными клиническими симптомами ветряной оспы являются все перечисленные, кроме

 1.Острого начала

 2.Лихорадки

 3.Полиморфных пятнисто-везикулезных высыпаний на коже и слизистых

 4.Увеличения печени и селезенки

 5.Интоксикации

18. Лихорадка при ветряной оспе характеризуется всем перечисленным, кроме

 1.Достигает 38-39 градусов

 2.Совпадает с появлением сыпи

 3.Постоянного типа

 4.Исчезает с окончанием высыпания

 5.Продолжительность лихорадки до 5-8 дней

19. При инфекционном мононуклеозе могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме

 1.Разрыва селезенки

 2.Острой печеночной недостаточности

 3.Менингоэнцефалита, полирадикулоневрита

 4.Активации вторичной микробной флоры - бронхит, отит, пневмония, синусит

 5.Геморрагического синдрома

20. К основным эпидемиологическим характеристикам герпетической инфекции относятся все перечисленные кроме

 1.Возбудитель-ДНК содержащий вирус типов ВПГ-1 и ВПГ-2

 2.Вирус инактивируется при Т более 50 градусов, спирт и эфирсодержащими

 веществами

 3.Источники инфекции - больные и вирусоносители

 4.Основной путь передачи парентеральный

 5.СПИД-ассоциированная инфекция

21. Основными очагами поражения при герпетической инфекции являются

 1.Кожа

 2.Слизистые оболочки

 3.Глаза

 4.Нервная система

 5.Все перечисленное

22. Для герпетической инфекции характерно все перечисленное, кроме

 1.Лихорадки

 2.Интоксикации

 3.Везикулезных высыпаний

 4.Поражения сердечно-сосудистой системы

23. Для герпетического гепатита характерны все следующие симптомы, кроме

 1.Острого течения

 2.Лихорадки

 3.Выраженной интоксикации

 4.ДВС-синдрома

 5.Холестаза

24. К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме

 1.Менингококцемии

 2.Менингококкового менингита

 3.Менингоэнцефалита

 4.Смешанного варианта менингококцемии с гнойным менингитом

 5.Менингококкового носительства

25. Для менингококцемии характерны следующие клинические симптомы

 1.Острое развитие заболевания

 2.Высокая лихорадка

 3.Головная боль, озноб, слабость

 4.В первые 2 дня на кожных покровах появляется геморрагическая сыпь

 5.Все перечисленное

26. Для менингококкового менингита характерны все перечисленные симптомы, кроме

 1.Болезнь начинается остро с повышения t до 39-40 градусов

 2.Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы

 3.Появление рвоты с 1-го дня болезни

 4.Появление геморрагической сыпи на коже нижних конечностей

 5.Появление менингеальных знаков

27. Для сверхострой формы менингококкового менингита характерны все перечисленные симптомы, кроме

 1.Острейшего начала с высокой t

 2.На фоне положительных менингеальных знаков - преобладание судорог

 и бессознательного состояния

 3.Гиперемии и одутловатости лица, частого глубокого дыхания

 4.Тахикардии с аритмией или же брадикардии, повышения АД

 5.Появления множественной геморрагический сыпи на коже

28. Характеристика ликвора при менингококковом менингите

 1.Скорость вытекания ликвора повышена

 2.Белесоватый или зеленоватый, мутный

 3.Цитоз - четырехзначный и выше, нейтрофильный

 4.Диссоциация клеточно-белковая

 5.Все перечисленное

26. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют

 1.Пенициллин

 2.Левомицетин

 3.Ампициллин

 4.Сульфамонометоксин

 5.Гентамицин

27. Для распространенной формы дифтерии ротоглотки характерно

 1.Фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация

 2.Налет на миндалинах, небных дужках, язычке

 3.Синюшная гиперемия и отек миндалин, небных дужек, язычка

 мягкого неба

 4.Увеличение углочелюстных лимфоузлов

 5.Все перечисленное

28. Для токсической дифтерии ротоглотки характерно

 1. Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка

 2. Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи

 3. Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки

 4.Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, отек подкожной

 клетчатки шеи

 5.Все перечисленное

29. Другие формы локализации дифтерии

 1.Дифтерия глаза, уха

 2.Дифтерия наружных половых органов

 3.Дифтерия кожи и ран

 4.Дифтерия слизистой оболочки полости рта и желудочно-кишечного тракта

 5.Все перечисленное

30. Укажите формы дифтерии, при которых применяют однократное введение сыворотки

 1.Локализованной дифтерии ротоглотки

 2.Распространенной дифтерии ротоглотки, токсической 1 ст.

 3.Дифтерии носа

 4.Дифтерии редких локализаций

 5.Всех перечисленных

**Модуль 5**. **«Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция»**

**Тема 1.** **Острые вирусные гепатиты**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с острыми вирусными гепатитами различной этиологии.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль** (устный блиц-опрос*)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** Закрепление теоретического материала (*устный опрос, представление презентаций по темам «Пигментный обмен в норме», «Острая печеночная энцефалопатия»)*Отработка практических умений и навыков *(решение ситуационных задач, оценка результатов лабораторных исследований с проведением дифференциальной диагностики желтух).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: раздаточный материалы «Вирусный гепатит А», «Вирусный гепатит В», «Вирусный гепатит С».

-материально-технические: ДОТ, программа Zoom

**Вопросы входного контроля**

* Перечислить гепатиты с фекально-оральным механизмомпередачи
* Инкубационный период при вирусном гепатите А
* Перечислить гепатиты с парентеральной передачей
* Инкубационный период при вирусном гепатите В
* Инкубационный период при вирусном гепатите С
* Перечислить клинические проявления при нарушении пигментного обмена
* Перечислить клинические проявления печеночно-клеточной недостаточности
* Перечислить клинические проявления холестаза
* Перечислить формы острого вирусного гепатита
* Периоды в течении острого вирусного гепатита
* Пути передачи парентеральных гепатитов
* Пути передачи при гепатитах с фекально-оральным механизмом передачи
* Основные клинические синдромы при острых вирусных гепатитах
* Биохимические показатели при остром вирусном гепатите
* Серологические маркеры гепатита В.
* Перечислить методы лабораторной диагностики для выявления специфических маркеров острых вирусных гепатитов.

**Вопросы для устного опроса**

1. Классификация вирусных гепатитов (ВГ).
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов A, B, C, D, E.
3. Основные патогенетические синдромы при острых вирусных гепатитах и критерии их лабораторной диагностики. Желтуха как клинический признак нарушения пигментного обмена. Характеристика 3-х типов нарушения пигментного обмена.
4. Серологическая и молекулярно-генетическая диагностика ВГ.
5. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов в желтушном периоде.
6. Принципы лечения вирусных гепатитов.
7. Исходы вирусных гепатитов.
8. Показания для выписки реконвалесцентов ВГ из стационара.
9. Мероприятия в очаге ВГ и профилактика.

**Ситуационная задача №1**

Больной Б., 18 лет, обратился в студенческую поликлинику 20.09.07г. Болен второй день. Жалуется на слабость, быструю утомляемость, небольшую головную боль. Сегодня появился небольшой кашель и насморк, тяжесть в эпигастрии, тошнота. Поставлен диагноз «ОРЗ», назначен антигриппин, капли в нос. Лечился в течение 2-х дней. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, появилась тяжесть в правом подреберье, исчез аппетит, температура тела повысилась до 380С, была однократная рвота. Сосед по комнате (больной живет в общежитии) вызвал «скорую», врач которой направил больного в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция».

В стационаре при осмотре больного выявлена небольшая желтушность кожи, слизистых полости рта, склер. Сыпи, расчесов нет. В легких дыхание везикулярное. Пульс 52 уд/мин., тоны сердца слегка приглушены. Живот мягкий, немного вздут. Край печени пальпируется на 2 см. ниже реберной дуги, мягко-эластической консистенции, слегка болезненный, пальпируется селезенка. Моча темного цвета. Стул был 2 дня назад, обычной окраски.

В общежитии, где живет больной, подобные симптомы заболевания отмечены еще у двух студентов.

1. Поставить предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз с пищевой токсикоинфекцией.
2. Назначить план обследования.

**Ситуационная задача № 2**

Больной К., 56 лет, водитель, обратился в поликлинику повторно 23.04.06г. с жалобами на тяжесть в правом подреберье, отсутствие аппетита, слабость. Заболел 2 недели тому назад, когда появилась слабость, снижение работоспособности, отметил боль в области крупных суставов. Обратился в поликлинику, принимал бруфен. Боль в суставах уменьшилась, но затем появилась вновь, обратил внимание на темный цвет мочи, а 19.04.06г. окружающие заметили желтушность склер. Самочувствие в это время ухудшилось, исчез аппетит, повысилась температура тела, дважды была рвота.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые умеренно желтушные, область суставов не изменена, язык обложен, печень пальпируется на 2-3 см. ниже края реберной дуги, при пальпации болезненная. Пальпируется селезенка. Пульс 56 уд./мин., тоны сердца приглушены. В легких хрипов нет. Моча имеет цвет крепко заваренного «чая», кал обесцвечен.

Эпиданамнез: в январе оперирован по поводу кисты правой почки. Алкоголь употребляет умеренно.

При биохимическом исследовании крови билирубин связанный – 80, свободный – 40 мкмоль/л., АлАТ – 2000 Ед./л., сулемовая проба – 1,7 мл. Протромбиновый индекс 65%.

При серологическом исследовании крови обнаружен HBsAg и антитела к HBcorAg IgM.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Дайте рекомендации по лечению больного.

**Оценка результатов лабораторных исследований**

АЛТ – 1500 Е/л

АСТ- 1100 Е/л

Билирубин общий – 224 мкмоль/л

Билирубин прямой – 140 мкмоль/л

Щелочная фосфотаза – 350 Е/л

Белое общий – 78 г/л

Альбумин – 45 г/л

ПТИ – 70%

* Укажите, какому виду желтухи могут соответствовать данные исследования

**Тема 2. Хронические вирусные гепатиты**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами различной этиологии.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль** (устный опрос*)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** *Закрепление теоретического материала (устный опрос, представление презентаций по теме «Исходы хронических вирусных гепатитов»)*Отработка практических умений и навыков *(решение ситуационных задач).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические: презентация «Печеночные и внепеченочные проявления хронических гепатитов»

-материально-технические: ДОТ, программа Zoom

***Вопросы входного контроля***

* Укажите частоту формирования хронического процесса при вирусном гепатите В
* Укажите частоту формирования хронического процесса при вирусном гепатите С
* Классификация хронических гепатитов
* Основные клинические проявления хронического вирусного гепатита
* Перечислить препараты для этиотропной терапии хронического гепатита В
* Перечислить препараты для этиотропной терапии хронического гепатита С
* Укажите специфические лабораторные маркеры хронического гепатита В
* Укажите специфические лабораторные маркеры хронического гепатита С
* Укажите возможные исходы хронических вирусных гепатитов
* Укажите возможные причины летального исхода при хронических вирусных гепатитах
* Перечислите методы инструментальной диагностики хронического гепатита
* Перечислите проявления синдрома портальной гипертензии
* Перечислите проявления синдрома гиперспленизма при хронических гепатитах
* Перечислите основные синдромы при циррозе печени

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Классификация хронических гепатитов
	2. Причины хронизации при вирусных гепатитах различной этиологии, частота формирования хронического процесса при вирусном гепатите В, С.
	3. Клинические проявления хронических вирусных гепатитов и цирроза печени в исходе хронического гепатита
	4. Методы лабораторной диагностики хронических вирусных гепатитов. Биохимические показатели; специфические маркеры.
	5. Этиотропная терапия хронических вирусных гепатитов и цирроза печени. Группы препаратов (интерфероны, препараты прямого противовирусного действия, их классификация). Современные подходы к выбору препаратов и схем лечения. Противопоказания для назначения, возможные побочяные действия. Критерии эффективности противовирусной терапии.
	6. Патогенетическая терапия хронических вирусных гепатитов.

**Ситуационная задача №1**

У больной Ш., 27 лет, беременной на сроке 12 недель, при обследовании в женской консультации обнаружены общие антитела к вирусу гепатита С. Предъявляла жалобы на незначительную усталость, слабость.

При осмотре: кожные покровы чистые, желтухи нет, печень не увеличена.

В биохимическом анализе крови: повышение АлАТ в 2 раза.

Из эпидемиологического анамнеза: 7 лет назад оперирована по поводу яз-венной болезни желудка, операция сопровождалась переливанием плазмы.

1.Ваш предполагаемый диагноз.

2.Напишите обследования, необходимые для подтверждения диагноза.

3.Продумайте тактику по ведению пациентки.

**Тема 3. *ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Лабораторная диагностика. Оппортунистические инфекции при ВИЧ/СПИДе.***

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам на разных стадиях болезни.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль** (устный опрос*)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** *Закрепление теоретического материала (устный опрос, представление презентаций по темам «Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе», «Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе»)*Отработка практических умений и навыков *(решение ситуационных задач).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
 |

**Средства обучения:**

- дидактические (*раздаточный материал)*

-материально-технические: ДОТ, программа Zoom

***Вопросы входного контроля***

* Определение ВИЧ-инфекции
* Определение СПИДа
* Характеристика ВИЧ (нуклеиновая кислота, семейство, род)
* Устойчивость ВИЧ во внешней среде
* Инкубационный период, его длительность
* Характерный синдром на стадии первичных проявлений
* Самый частый симптом стадии первичных проявлений
* Пути передачи ВИЧ
* Наиболее частые оппортунистические инфекции бактериальной этиологии
* Наиболее частые оппортунистические инфекции вирусной этиологии
* Наиболее частые оппортунистические инфекции грибковой этиологии
* Наиболее частые оппортунистические инфекции протозойной этиологии
* Скрининговые методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции
* Подтверждающий метод лабораторной диагностики
* Проявления 4А стадии ВИЧ-инфекции
* Проявления 4Б стадии ВИЧ-инфекции
* Проявления 4В стадии ВИЧ-инфекции

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на современном этапе. Распространение ВИЧ – инфекции в мире, РФ, Оренбургской области. Социально-биологические, социально-экономические, социально-психологические последствия распространения ВИЧ – инфекции
2. Этиология ВИЧ-инфекции. Характеристика возбудителя. Строение вируса. Устойчивость в окружающей среде. Изменчивость.
3. Эпидемиология ВИЧ-инфекции (источники инфекции, пути и факторы передачи, восприимчивость). Эпидемиологическая значимость различных путей передачи.
4. Основные патогенетические механизмы развития иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе. Тропность вируса к клеткам, имеющим рецепторы СД4, репликация вируса (проникновение вируса в клетку, обратная транскрипция, роль ферментов обратной транскриптазы, интегразы, протеазы). Развитие вторичных заболеваний.
5. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции в соответствии с приказом Минздравсоцразвития №166 от 2006 г. Стадия инкубации (первичное серонегативное окно), сроки появления антител. Стадия первичных проявлений, варианты (бессимптомное течение, острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний, острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями, субклиническая стадия, стадия вторичных заболеваний, критерии стадий 4А, 4Б, 4В, фазы прогрессирования и ремиссии, терминальная стадия).
6. Понятия об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе. Поражения различных органов и систем при ВИЧ/СПИДе.
7. Бактериальные инфекции (туберкулез, атипичный микобактериоз), вирусные инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, ВЭБ-ассоциированные заболевания, саркома Капоши, папилломовирусные инфекции), грибковые (криптококковая инфеция, кандидоз, пневмоцистоз), протозойные болезни (токсоплазмоз, криптоспоридиоз). Основные клинические проявления, диагностика, лечение.
8. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Скрининговые и подтверждающие этапы. Выявление антител к белкам ВИЧ и антигена р24. ИФА, иммуноблотинг, экспресс-тесты. Возможности ПЦР. Интерпретация результатов. Условия проведения тестирования на ВИЧ. До- и послетестовое консультирование. Показания для обследования на ВИЧ. Добровольное информированное согласие.

**Ситуационная задача №1**

 Больной К., 35 лет, состоит на учете в центре СПИД в течение 3-х лет после выявления антител к ВИЧ в стационаре, где лечился по поводу пневмонии. После постановки на учет в СПИД-центр не обращался, самочувствие было хорошим. Обратился к участковому терапевту в связи с ухудшением самочувствия в последние 4 месяца и отсутствием эффекта от принимаемых самостоятельно препаратов. Больной отмечал периодическое повышение температуры до 37,5-38°С, ознобы, повышенную потливость, чувство онемения в конечностях, похудел на 5 кг. В течение последней недели стал отмечать ухудшение зрения, появились боли в животе, жидкий стул с примесью слизи.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается увеличение лимфатических узлов шей, подмышечных и паховых областей, при пальпации лимфатические узлы до 1,5 см, безболезненные. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, пальпируются спазмированные участки сигмовидной и слепой кишок. Симптомов раздражения брюшины нет. При эндоскопии кишечника диагностирован эрозивный проктосигмоидит, сделана биопсия слизистой кишечника.

 Осмотр невролога – диагноз – полирадикулонейропатия.

 Осмотр офтальмолога – двухстороннее поражение сетчатки глаза.

 Укажите, о каком вторичном заболевании можно думать у ВИЧ-инфицированного пациента.

1. Какие исследования необходимо провести для верификации диагноза?
2. Укажите, какую стадию и фазу ВИЧ-инфекции можно определить.
3. Какая тактика ведения пациента должна быть выбрана

**Ситуационная задача №2**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой и была направлена в пульмонологическое отделение.

 При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,5°С, аускультативно дыхание в легких ослаблено. ЧД 26 в 1 мин., ЧСС 110 в мин., АД 100/70 мм рт. ст. На рентгенограмме – двухсторонние интерстициальные изменения в заднее-базальных отделах легких. Дежурным врачом назначен амоксиклав, эуфиллин в/в, отхаркивающие средства. На следующий день самочувствие с ухудшением – затруднение дыхания на выдохе кожный покров бледный, акроцианоз, одышка 34 в 1 мин. в покое, тахикардия с числом ЧСС 120 в мин., экстрасистолы 18-20 в мин.

 В клиническом анализе крови СОЭ 6о мм/ч, лейкоцитопения, ЛДГ 640 Ед/л.

1. Укажите предполагаемый диагноз, причину ухудшения самочувствия.
2. Определите тактику ведения пациента.

**Тема 3*. «ВИЧ-инфекция. Принципы антиретровирусной терапии. Основные направления профилактики. Практические вопросы вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции»***

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к выявлению ВИЧ-инфекции, оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, проведению мероприятий по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы «ВИЧ-инфекция») |
| 2 | **Входной контроль** (письменный опрос*)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** *Закрепление теоретического материала (устный опрос, просмотр и обсуждение учебных фильмов «Репликация ВИЧ, механизм действия антиретровирусных препаратов»; «Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции»; представление презентаций по теме «Клинические и эпидемиологические показания для обследования на ВИЧ»)*Отработка практических умений и навыков *(решение проблемно - ситуационных задач по темам «ВИЧ-инфекция», «Острые вирусные гепатиты», «Хронические вирусные гепатиты»).* |
| 4 | **Выходной контроль** (тестирование) |
| 5 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;
* задание для самостоятельной подготовки обучающихся
* рубежный контроль
 |

**Средства обучения:**

- дидактические (*таблицы, раздаточный материал )*

-материально-технические (*мел, доска, мультимедийный комплекс, ноутбук)*

**Вопросы входного контроля**

* + 1. **вариант**
		2. Принципы антиретровирусной терапии
		3. Задачи антиретровирусной терапии

**2 вариант**

* + - 1. Цель антиретровирусной терапии
			2. Группы препаратов для антиретровирусной терапии

**Вопросы для устного опроса**

1. Принципы АРВТ. Цели, задачи АРВТ, лечение как профилактика. Добровольность, непрерывность, адекватность. Комбинированная терапия.

2. Группы препаратов (нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния, ингибиторы хемокиновых корецепторов). Приверженность терапии.

3. Профилактика ВИЧ-инфекции. Основные направления. Нормативные документы, регламентирующие профилактические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ

**Ситуационная задача №1**

 Больному 23 лет, поступившему в противотуберкулезный диспансер в связи с выявлением туберкулеза легких предложено обследование на ВИЧ-инфекцию. Больной от обследования отказался.

1. Укажите тактику врача
2. Имеет ли право больной отказаться от обследования?

**Ситуационная задача №2**

 Во время проведения плевральной пункции, которая проводилась ВИЧ-инфицированному пациенту, врач поранил руку иглой.

1. Дайте определение сложившейся ситуации.
2. Составьте алгоритм действий врача.

**Ситуационная задача №3**

 У больного Б., 38 лет, ВИЧ-инфицированного со стажем инфицирования 11 лет последнюю неделю отмечается ухудшение самочувствия: стал отмечать головную боль, подъемы температуры до 37,5-38°С, постепенно головная боль усилилась, появилась тошнота, однократно был приступ судорог. Больной обратился в поликлинику к терапевту, консультирован невропатологом, который отметил наличие очаговой симптоматики. Менингеальные знаки отрицательные. При проведении компьютерной томографии мозга обнаружен округлый очаг уплотнения в коре правого полушария, накапливающий контраст по периферии, окруженный отечной тканью. Уровень CD4+ лимфоцитов 50 кл/мкл.

1. Укажите, о каком вторичном заболевании необходимо думать в первую очередь и какую стадию ВИЧ инфекции можно установить.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Укажите, какие меры нужно было предпринять для предупреждения развития ухудшения состояния больного
4. Определите тактику ведения больного

**Ситуационная задача №4**

 В., 26 лет, состоит на учете в СПИД-центре с 2005 г., но регулярно не наблюдался. 2 месяца назад госпитализирован в противотуберкулезный диспансер по поводу диссеминированного туберкулеза легких, получает противотуберкулезные препараты. Имеется орофарингеальный кандидоз. В 2005 г. выявлен и вирусный гепатит В. В настоящее время клинических проявлений гепатита нет, лабораторные показатели следующие:

* HBeAg-, HBeAb+, HBsAg+, IgManti-HBcor-.
* ДНК ВГВ менее 103 копий/мл.
* АлАТ 31 Ед/мл, ПТИ 80%, белок 70 г/л
* CD4+ лимфоциты – 120 клеток
* ВН РНК ВИЧ 600 000 коп/мл
* Эластография печени: фиброз F1 по шкале METAVIR
1. Какой диагноз можно поставить пациенту?
2. Определить дальнейшую тактику.

**Ситуационная задача №5**

 Больному 35 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на температуру тела до 37-37,8°С, преимущественно в вечернее время, потливость, слабость, кашель с мокротой, которые усилились в течение нескольких месяцев. Год назад вернулся из мест лишения свободы. Работает разнорабочим на стройке.

 При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены прикорневые инфильтративные тени слева с признаками распада. При исследовании крови на антитела к ВИЧ получен положительный результат.

1. Укажите действия врача.
2. Выскажите предположения о диагнозе.
3. Тактика обследования и лечения больного.

**Ситуационная задача №6**

 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.

**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. Механизм передачи вирусного гепатита А**

 1.Капельный

 2.Фекально-оральный

 3.Парентеральный

 4.Половой

 5.Перинатальный

**3. Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме**

 1.Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде

 2.Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года

 3.Заболеваемость имеет сезонный характер

 4.Характерны циклические подъемы заболеваемости

 5.Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

**4. Острый вирусный гепатит А верифицируется**

 1.Повышением активности АлАТ

 2.Повышением уровня билирубина сыворотки крови

 3.Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM

 4.Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG

 5.Повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

**5. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют**

 1.1 раз в месяц в течение 3 месяцев

 2.1 раз через 3 месяца после выписки

 3.1 раз в 3 месяца в течение 1 года

 4.В течение 3 лет

 5.В течение 5 лет

**6. Вирус гепатита В**

 1.РНК-содержащий гепаднавирус

 2.ДНК-содержащий гепаднавирус

 3.ДНК-содержащий энтеровирус

 4.РНК-содержащий пикорнавирус

 5.РНК-содержащий энтеровирус

**7. Механизм передачи вирусного гепатита В**

 1.Капельный

 2.Контактный

 3.Парентеральный

 4.Трансмиссивный

 5.Фекально-оральный

**8. 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

**9. 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

**10. 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

**11. 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

**12. 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

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

 1. ПЕГ-интерферон

 2.Ацикловир

 3.Фоскарнет

 4.Азидотимидин

 5.Цитостатики

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

 1. Лептоспироза

 2.Инфекционного мононуклеоза

 3.Гриппа

 4.Цитомегаловирусной инфекции

 5. Иерсиниоза

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

1. HbsAg

 2. anti-HBcorIgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HBeIgM

**16. 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

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

 1. фульминантная форма

 2. хронизация процесса

 3. выздоровление

 4. летальный исход

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

 1. Энтеровирусов

 2. Гепаднавирусов

 3. Ретровирусов

 4. Рабдовирусов

 5. Пикорнавирусов

**19. 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

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

 1.gp120

 2. gp41

 3. p24

 4. p7

 5. p17

**21. 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

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

1. шигеллез

2. туберкулез

3. пневмоцистоз

4. токсоплазмоз

**23. 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

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

 1. 1неделя

 2. 3 недели

 3. 1 месяц

 4. 3 месяца

 5. 6 месяца

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

 1. иммуноблотинг

 2. ИФА

 3. ПЦР

 4. реакцию нейтрализации

 5. РСК

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

 1. ПЦР

 2. РСК

 3. реакцию нейтрализации

 4. иммуноблотинг

 5. РНГА

**27. 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

**28. 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

**29. 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

**30. 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

**31. Для инфекции ВИЧ характерно**

 1. Поражение иммунной системы

 2. Поражение ЦНС

 3. Поражение дыхательного тракта

 4. Поражение пищеварительного тракта

 5. Все перечисленное

**32. 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

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

 1. Снижением уровня CD4 - лимфоцитов

 2. Высоким уровнем ЦИК

 3. Высоким уровнем иммуноглобулинов всех классов

 4. Лимфоцитозом

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

 1. антиретровирусных препаратов

 2. цитостатиков

 3. иммуномодуляторов

 4. глюкокортикостероидов

**35. 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

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

 1. Цефалексин

 2. Ацикловир

 3. Дифлюкан

 4. Нистатин

 5. Бисептол

 **37. 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

**38. Саркома Капоши - это поражение**

 1. Костной ткани

 2. Эндотелия лимфатических сосудов

 3. Эпидермиса

 4. Костного мозга

 5. Альвеолярного эпителия

**39. 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

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

 1. Ацикловир, фамцикловир, валацикловир

 2. Интерферон, рибаверин

 3. Осельтамивир, ингавирин

 4. Полиоксидоний, циклоферон

**41. 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

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

 1. Ретровир

 2. Итерферон

 3. Ганцикловир

 4. Клотримазол

 5. Ацикловир

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

 1. Инкубации

 2. Первичных проявлений

 3. Субклинической

 4. Вторичных заболеваний

 5. Терминальной

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

 1. 1 месяц

 2. 3 месяцев

 3. 6 месяцев

 4. 12 месяцев

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

 1. Потеря веса

 2. Длительная диарея

 3. Генерализованнаялимфоаденопатия

 4. Саркома Капоши

 5. Мононуклеозоподобный синдром

**Модуль №6 «Гельминтозы»**

**Тема 1. «Нематодозы. Трематодозы. Цестодозы»**

**Вид учебного занятия** практическое занятие.

**Цель:** Приобретение студентами способности и готовности к оказанию медицинской помощи больным с гельминтозами.

**План проведения учебного занятия**

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Этапы и содержание занятия  |
| 1 | **Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия.Мотивационный момент (актуальность изучения темы занятия) |
| 2 | **Входной контроль** (устный опрос*)* |
| 3 | **Основная часть учебного занятия.** *Закрепление теоретического материала (устный опрос, представление презентаций по темам «Трихинеллез», «Цистицеркоз» )*Отработка практических умений и навыков *(решение ситуационных задач).* |
| 4 | **Заключительная часть занятия:*** подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал
* рубежный контроль
 |
| 5 |  **Рубежный контроль** (тестирование) |

**Средства обучения:**

- дидактические: раздаточный материал

-материально-технические: ДОТ, программа Zoom

***Вопросы входного контроля***

1. Перечислить гельминтозы, относящиеся к нематодозам
2. Клиника острого описторхоза
3. Методы лабораторной диагностики гельминтозов
4. Перечислить гельминтозы, относящиеся к трематодозам
5. Перечислить гельминтозы, относящиеся к цестодозам
6. Клиника хронического описторхоза
7. Препараты для этиотропного лечения нематодозов
8. Препараты для этиотропного лечения трематодозов
9. Основной метод лабораторной диагностики энтеробиоза
10. Перечислить гельминтозы, относящиеся к биогельминтозам
11. Перечислить гельминтозы, относящиеся к геогельминтозам
12. Перечислить гельминтозы, относящиеся к контактным гельминтозам

**Вопросы для устного опроса**

1. Значение гельминтов в патологии человека.
2. Классификация гельминтозов. Нематодозы. Трематодозы. Цестодозы. Биогельминтозы. Геогельминтозы. Контактные гельминтозы.
3. Нематодозы. Аскаридоз. Энтеробиоз. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Трематодозы. Описторхоз. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Цестодозы. Тениоз. Тениаринхоз. Жизненный цикл гельминта. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Профилактика.

**Ситуационная задача №1**

Больная П., 33 лет, домохозяйка, поступила в клинику с диагнозом «глистная инвазия». При поступлении жало­валась на частое появление тошноты, головокружение, общую слабость, боли в эпигастральной области на голодный желудок, запоры и выделение с калом во время дефекации белых члеников. Считает себя больной около 4 лет, на протяжении которых беспо­коила тошнота, незначительная слабость, запоры, плохой аппетит. Три месяца тому назад появились боли и чувство сосания в эпигастральной области натощак, а во время дефекации впервые увидела в каловых массах отделившийся членик какого-то глиста, что дало основание обратиться к врачу. В эпиданамнезе имеется ука­зание на частую пробу сырого мясного фарша (чаще из говяди­ны) во время приготовления котлет и пельменей в домашней обстановке. Объективно: внутренние органы без особенностей. Созна­ние ясное, настроение пониженное, раздражительна.

1. О каком за­болевании следует думать?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Лечение?
4. Могла ли привычка пробовать мясной фарш привести к заболе­ванию?

**Ситуационная задача №2**

У больного З., 27 лет, 5 месяцев назад появи­лись общая слабость, тошнота, боли в подложечной области и у пупка. Стал худеть. При обследовании выявлена гиперхромная анемия и эозинофилия, эритроцитов 2,8×1012 в л.крови, цвет­ной показатель — 1,2, эозинофилов 18%).

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие стороны анамнеза жизни и болезни необхо­димо выяснить?
3. Лабораторные исследования?
4. Лечение?

**Ситуационная задача №3**

Больной А., 25 лет. В клинику поступил 7 июля с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой сон, сни­жение аппетита, кожный зуд, желтуху склер и кожи. Заболел остро 5 июля: появились температура до 38,5°, головная боль, общая слабость, ломота в суставах. До 7 июля температура в пределах 38—39°, стул жидкий. Объективно: тем­пература 39,5°, состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Сердце и легкие без особенностей. Пульс 90 уд. в 1 мин., ритмичный, хорошего наполнения. Живот при пальпации болезнен в правом подреберье и в эпигастрии. Печень плотная и чувстви­тельная, выступает острым ровным краем из подреберья на 2,5 см. Менингиальных знаков нет. Костно-суставная система в норме. В клиническом анализе крови лейкоциты — 18,0×109, эозинофилы — 40%, СОЭ—19 мм/час. Общий билирубин - 60 мкмоль/л, активность трансаминаз в норме. При исследовании кала и исследовании дуоденального содержимого яйца гельминтов не выявлены.

Эпидемиологический анамнез: в июне ловил рыбу в местных водоемах. Рыбу употреблял, как жареную, так и соленую. Известно, что в населенном пункте, где проживает больной, часто регистрируются случаи заболевания аскаридозом, эхинококкозом, описторхозом, тениозом.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Укажите методы лабораторной диагностики, которые необходимо использовать для верификации диагноза у данного пациента и причину отрицательных результатов исследования кала и дуоденального содержимого на яйца гельминта
3. Укажите заболевания, которые могут протекать со схожими клиническими проявлениями и эозинофилией
4. Укажите, что нужно конкретизировать при сборе эпидемиологического анамнеза у больного при подозрении на предполагаемое заболевание

**Вопросы рубежного тестового контроля**

1. Человек является окончательным хозяином паразитов при

а) тениаринхозе

б) эхинококкозе

в) токсокарозе

г) дирофиляриозе

2. Полный цикл развития паразита осуществляется в организме одного хозяина при

а) описторхозе

б) аскаридозе

в) эхинококкозе

г) энтеробиозе

3. Соблюдение режима обработки рыбы является основным мероприятием в профилактике

а) трихоцефалеза

б) дифиллоботриоза

в) стронгилоидоза

г) описторхоза

4. Сочетание каких симптомов характерно для описторхоза?
 а) схваткообразные боли в животе, жидкий стул с кровью

б) лихорадка, увеличение печени, аллергическая сыпь, эозинофилия

в) боли в горле, лихорадка, насморк

г) желтух, увеличение печени, повышение в крови билирубина и АЛТ

5. Заражение описторхозом происходит при употреблении

а) употребление малосоленой и вяленой рыбы карповых пород

б) моллюсков

в) употребление соленой морской рыбы

г) ракообразных

6. Сочетание каких симптомов характерно для синдрома Лёфлера
 а) кашель с ржавой мокротой, одышка, потливость, лихорадка

б) приступообразный кашель, сухие хрипы в легких, нормальная температура

в) сухой кашель, одышка, «летучие инфильтраты» при рентгеновском исследовании легких

г) резкие боли в грудной клетке, одышка, тахикардия

7. Методы профилактики гельминтозов
 а) дегельминтизация

б) девастация

в) санитарно-просветительная работа

г) все перечисленные

8. Назовите представителя геогельминтозов
 а) трихинеллез

б) энтеробиоз

в) аскаридоз

г) дифиллоботриоз

9. Наиболее типичное сочетание симптомов при аскаридозе

а) лихорадка, артралгии, кожный зуд, сухой кашель

б) лихорадка, рвота, жидкий стул, боли в животе

в) кожный зуд, боли в правом подреберье, рвота

г) схваткообразные боли в животе, жидкий стул

10. Источником инвазии при энтеробиозе является
 а) человек

б) кошки

в) собаки

г) рыбы

11. Наиболее эффективный препарат для лечения описторхоза:
 а) вермокс

б) комбантрин

в) бильтрицид (празиквантель)

г) левомизол

12. укажите гельминта, который относится к классу круглых червей

а) возбудитель тениоза

б) возбудитель описторхоза

в) возбудитель аскаридоза

г) возбудитель эхинококкоза

13. Укажите гельминта из класса ленточных червей

а) возбудитель описторхоза

б) возбудитель тениаринхоза

в) возбудитель энтеробиоза

г) возбудитель трихинеллеза

14. Укажите представителя класса сосальщиков

а) возбудитель эхинококкоза

б) возбудитель описторхоза

в) возбудитель энтеробиоза

г) возбудитель гименолепидоза

15. Укажите представителя биогельминтозов

а) описторхоз

б) аскаридоз

в) эхинококкоз

г) трихоцефалез

16. Укажите представителя контагиозных гельминтозов

а) эхинококкоз

б) энтеробиоз

в) тениоз

г) аскаридоз

17. Наиболее достоверный метод диагностики описторхоза
 а) иммуноферментный

б) обнаружение яиц в кале и дуоденальном содержимом

в) колоноскопия

г) рентгенологическое исследование

18. Метод, который наиболее достоверно подтверждает диагноз аскаридоза
 а) копроскопия

б) серологические реакции

в) обнаружение яиц гельминтов в кале

г) рентгеноскопия кишечника

19. укажите, Какие препараты применяются при лечении аскаридоза
 а) мебендазол (вермокс)

б) левамизол (декарис)

в) пирантел (комбантрин)

г) все выше перечисленные

20. укажите, Сочетание каких симптомов характерно для энтеробиоза
 а) недомогание, головная боль, жидкий стул

б) раздражительность, плохой сон, зуд в области промежности

в) лихорадка, рвота, жидкий стул

г) кашель, боли в горле, субфебрилитет