Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

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. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

ОПК-4 Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

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

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

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

ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

ПК-9 Готовностьё к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

ПК-11 Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

При изучения дисциплины «Инфекционные болезни» в рамках самостоятельной работы каждый студент осуществляет курацию больного с инфекционным заболеванием в отделении под руководством преподавателя с последующим оформлением истории болезни по предлагаемой схеме (схема оформления учебной истории представлена в методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся). В случае неблагополучной эпидемиологической ситуации, при невозможности проведения курации больных в отделениях инфекционной больницы, студентам предлагается задание по моделированию клинического случая в соответствии с заданным условием (указан диагноз, форма или вариант нозологии, степень тяжести) по схеме истории болезни.

 В рамках цикла занятий по дисциплине в семестре студентами проводится подготовка рефератов и презентаций.

**Темы рефератов**

**Общие вопросы инфекционной патологии**

1. Антибактериальная терапия при инфекционных заболеваниях
2. Противовирусные препараты для лечения инфекционных болезней
3. Противопаразитарная терапия при инфекционных заболеваниях

Противогрибковая терапия при инфекционных болезнях

**Кишечные инфекции**

1. Актуальность кишечных инфекций на современном этапе

2. Полиомиелит

3. Кампилобактериоз

4. Виды и механизмы развития диарейного синдрома

5. Листериоз

**Природно-очаговые и антропургические заболевания**

1. Лихорадка Зика
2. Столбняк
3. Ку-лихорадка
4. Актуальные природно-очаговые заболевания в Российской Федерации и Оренбургской области
5. Доброкачественный лимфоретикулез

 **Воздушно-капельные инфекции**

1. Актуальные вопросы новой коронавирусной инфекции
2. Новая коронавирусная инфекция у ВИЧ-инфицированных больных
3. Экзантемы при инфекционных заболеваниях
4. Клинико-эпидемиологические особенности кори на современном этапе

**Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция**

1. Внепеченочные проявления при хронических вирусных гепатитах
2. Лептоспироз
3. Дифференциальная диагностика острого вирусного гепатита. Доброкачественные пигментные гепатозы
4. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в мире, Росси, Оренбургской области
5. ВИЧ-ассоциированные заболевания. Саркома Капоши
6. ВИЧ-ассоциированные заболевания. Криптоспоридиоз
7. Поражения полости рта при ВИЧ/СПИДе

**Гельминтозы**

1. Трихоцефалез
2. Токсокароз
3. Шистосомозы
4. Эхиноккокоз
5. Дирофиляриоз
6. Стронгилоидоз
7. Дифиллоботриоз

**Темы презентаций**

**10 семестр**

* Эшерихиозы
* Паратиф А
* Паратиф В
* Сыпной тиф
* Амебиаз
* Везикулезный риккетсиоз
* Эрлихиоз
* Лихорадка денге
* Лихорадка Западного Нила
* Лихорадка Чикунгунья
* Крымская-Конго
* Геморрагическая вирусная лихорадка Эбола
* Геморрагическая вирусная лихорадка Ласса
* Геморрагическая вирусная лихорадка Марбург

**11 семестр**

* Грипп у беременных
* Современные подходы к вакцинации гриппа
* Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе
* Цитомегаловирусная инфекция у иммунокомпетентных лиц
* Заболевания, вызванные вирусами герпеса 6, 7 типов
* Отек-набухание головного мозга
* Инфекционно-токсический шок
* Скарлатина
* Пигментный обмен в норме
* Острая печеночная энцефалопатия
* Цирроз печени в исходе хронических вирусных гепатитов
* Современные подходы к этиотропной терапии хронических вирусных гепатитов
* Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в мире, России, Оренбургской области
* Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе
* Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе
* Клинические и эпидемиологические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию
* Трихинеллез
* Цистицеркоз

**Рубежный тестовый контроль**

**Модуль №2 «Кишечные инфекции»**

**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»**

 **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»**

**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

отек миндалин и окружающих тканей

 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»**

**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 IgMи 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»**

**1. Человек является окончательным хозяином паразитов при**

а) тениаринхозе

б) эхинококкозе

в) гименолепидозе

г) альвеококкозе

д) анкилостомозе

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

а) трихинеллезе

б) аскаридозе

в) гименолепидозе

г) энтеробиозе

**3. В основу эпидемиологической классификации гельминтов положены**

а) пути выделения инвазионного материала из организма окончательного хозяина

б) характер развития пропагативных стадий вне организма окончательного хозяина

в) видовая принадлежность окончательного хозяина

г) пути заражения промежуточных хозяев

д) пути заражения окончательных хозяев

**4. Соблюдение режима обработки рыбы является основным мероприятием в профилактике**

а) трихоцефалеза

б) дифиллоботриоза

в) стронгилоидоза

г) описторхоза

**5. Окончательными хозяевами для возбудителя эхинококкоза являются**

а) свиньи

б) собаки

в) овцы

г) лисицы

**6. Заражение описторхозом происходит при употреблении**

а) рыбы

б) моллюсков

в) рыбных продуктов

г) ракообразных

**7. Развитие яиц аскарид в почве зависит от**

а) температуры

б) влажности

в) времени пребывания во внешней среде

г) химического состава почвы

**8. Мероприятия по профилактике аскаридоза**

а) выявление источников инвазии путем ежегодно обследования на аскаридоз лиц повышенного риска заражения

б) оздоровление выявленных очагов инвазии

в) санитарно-гельминтологический мониторинг в очагах инвазии

г) анализ и оценка эффективности оздоровительных мероприятий

**9. Первичные факторы передачи энтеробиоза**

а) постельные принадлежности

б) руки

в) пыль

г) игрушки

**10. Противоэпидемические мероприятия при энтеробиозе**

а) выявление и дегельминтизация инвазированных

б) соблюдение правил личной гигиены

в) охрана внешней среды от загрязнения яйцами паразита

г) санитарное просвещение

**11 . Наиболее частый способ заражения описторхозом**
а) употребление малосоленой и вяленой рыбы

б) употребление соленой морской рыбы

в) употребление маринованных грибов

г) употребление мяса медведя

**12. 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

**13.Методы профилактики гельминтозов**
а) дегельминтизация

б) девастация

в) санитарно-просветительная работа

г) все перечисленные

**14. Назовите представителя геогельминтозов**
а) трихинеллез

б) энтеробиоз

в) аскаридоз

г) дифиллоботриоз

**15. 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

**16. Источником инвазии энтеробиозом является**
а) человек

б) кошки

в) собаки

г) рыбы

**17. Наиболее эффективный препарат при описторхозе**
а) вермокс

б) комбантрин

в) бильтрицид (празиквантель)

г) левомизол

**18. Какой гельминт относится к классу круглых червей?**

а) возбудитель тениоза

б) возбудитель описторхоза

в) возбудитель аскаридоза

г) возбудитель эхинококкоза

19**. Укажите гельминта из класса ленточных червей**

а) возбудитель описторхоза

б) возбудитель тениаринхоза

в) возбудитель энтеробиоза

г) возбудитель трихинеллеза

**20. Укажите представителя класса сосальщиков**

а) возбудитель эхинококкоза

б) возбудитель описторхоза

в) возбудитель энтеробиоза

г) возбудитель гименолепидоза

**21. Укажите представителя биогельминтозов**

а) описторхоз

б) аскаридоз

в) эхинококкоз

г) трихоцефалез

**22. Укажите представителя контагиозных гельминтозов**

а) эхинококкоз

б) энтеробиоз

в) тениоз

г) аскаридоз

**23. Укажите представителя кишечных гельминтозов**

а) описторхоз

б) аскаридоз

в) эхинококкоз

г) фасциолез

**24. Укажите представителя внекишечных гельминтозов**а) эхинококкоз

б) энтеробиоз

в) описторхоз

г) аскаридоз

**25. Наиболее типичные изменения в анализе крови при аскаридозе**
а) лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ

б) лейкопения, эозинофилия, нормальная СОЭ

в) лейкоцитоз, эозинофилияэ нормальная СОЭ

г) анемия, лейкопения, тромбоцитопения

**26. Метод, который наиболее достоверно подтверждает диагноз аскаридоза**а) копроцитоскопия

б) серологические реакции

в) обнаружение яиц гельминтов в кале

г) рентгеноскопия кишечника

**27. Какие антигельминтики применяются при аскаридозе?**а) мебендазол (вермокс)

б) левамизол (декарис)

в) пирантел (комбантрин)

г) все выше перечисленные

**28. 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

**29. 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

**30. Наиболее достоверный метод диагностики описторхоза**а) иммуноферментный

б) обнаружение яиц в кале и дуоденальном содержимом

в) колоноскопия

г) рентгенологическое исследование

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Общие вопросы инфекционной патологии**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*Входной контроль знаний студентов, вопросы для устного опроса*

***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. Инаппарантная форма. Типичная манифестная инфекция. Стертая инфекция. Латентная инфекция. 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.

**Модуль 2. Кишечные инфекции**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**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 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт. ст. Органы дыхания в норме. Органы пищеварения: язык влажный, обложен серым налетом, зев чистый, миндалины не увеличены, живот правильной формы, умеренно вздут, мягкий, безболезненный; укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области. Печень по среднеключичной линии, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, чувствительная. Пальпируется край селезенки. Мочеполовая система: симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное. Нервная система: сознание ясное, зрачки равномерные, реакция на свет живая, менингеальных знаков нет. Уши здоровы. Кровь на 11-й день болезни: эр. – 4500000, Нв – 135 г/л, Л. – 4000, п. – 10, с. – 45. Лимф. – 36, м. – 9, СОЭ – 20 мм/ час. Моча без особенностей.

1.Какое заболевание можно заподозрить у больной?

2.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.

**Темы презентаций**

1. Паратиф А
2. Паратиф В
3. Сыпной тиф

**Тема: Пищевые токсикоинфекции. Сальмонеллез.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного (при благополучной эпидемиологической ситуации)*

**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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

**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 классификация эшерихиозов.

 - 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?

**Темы презентаций**

* Эшерихиозы

**Тема: Ботулизм**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного (при благополучной эпидемиологической ситуации),*

*представление презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Какая из шигелл 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 благоприятной 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

**Темы презентаций**

1. Амебиаз

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

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

**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?

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

**Тема: Малярия**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи*

**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 малярииКлассификация 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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*подготовка презентаций*

**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.

**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**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи*

**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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Основные патогенетические механизмы чумы:

1.лимфогенная диссеминация

2.гематогенная диссеминация

3.токсемия

4.нарушение реологических свойств крови и микроциркуляции

5.метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

2. Основные факторы патогенеза бубонной формы чумы:

1.внедрение возбудителя через кожные покровы

2.воспалительные, геморрагические и некротические изменения в регионарных лимфатических узлах

3.генерализованная лимфаденопатия

4.токсикоз

5.фибринозное воспаление на месте входных ворот

3.Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

1.контакт с больным бубонной чумой

2.контакт с больным с генерализованной формой чумы

3.бактериемия и токсемия

4.склонность к хроническому рецидивирующему течению

5.изменение реологических свойств крови, нарушение микроциркуляции, геморрагические проявления в легких

4. Клинические проявления бубонной чумы:

1.регионарный лимфадени

2.периаденит

3.резкие боли при пальпации бубона

4.гепатолиенальный синдром

5.общетоксический синдром

5. Клинические проявления легочной чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром

2.кровохарканье

3.кровавая рвота

4.дыхательная недостаточность

5.скудные физикальные данные со стороны легких

6. Клинические проявления септической чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром с развитием

2.инфекционно-токсического шока

3.геморрагический синдром

4.вторичные бубоны

5.энцефалопатия

6.«меловой» язык

7. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

1.бактериологический

2.бактериоскопический

3.биологический

4.серологический

5.иммунологический

8. Подозрение на чуму вызывают:

1.пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 5 дней до начала заболевания

2.острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3.геморрагические проявления

4.регионарный лимфаденит с периаденитом

5.весь комплекс перечисленных факторов

9. Принципы лечения чумы:

1.введение антитоксической сыворотк

2.антибактериальная терапия

3.интенсивная дезинтоксикационная терапия

4.хирургическая обработка места входных ворот

5.коррекция метаболических нарушений

10. Принципы антибактериальной терапии при чуме:

1.максимально раннее начало

2.парентеральное введение антибиотиков

3.дозы препаратов, превышающие средние терапевтические

4.комбинация антибактериальных средств

5.длительный курс лечения

11. Пути заражения при туляремии:

1.пищевой

2.контактный

3.водный

4.трансмиссивный

5.воздушно-пылевой

6.парентеральный

12. Бубонная форма туляремии проявляется:

1.регионарным бубоном

2.умеренной болезненностью увеличенного лимфатического узла

3.отчетливыми контурами бубона

4.лихорадкой

5.периаденитом

13. Поражения кожи при язвенно-бубонной форме туляремии:

1.пятно

2.папула

3.везикула

4.пустула

5.язва

14. Глазо-бубонная форма проявляется:

1.папулами, эрозиями, язвами на конъюнктиве

2.отеком век

3.слезотечением

4.регионарным лимфаденитом

5.двусторонним процессом

6.тяжелым длительным течением

15. Признаки ангинозно-бубонной формы туляремии:

1.боли в горле при глотании

2.односторонняя ангина

3.двусторонняя ангина

4.отек шейной клетчатки

5.регионарные бубоны в подчелюстной, шейной и околоушной областях

6.лихорадка

16. Абдоминальная форма туляремии характеризуется:

1.болями в животе

2.симптомами раздражения брюшины

3.мезаденитом

4.рвотой

5.гемоколитом

17. Легочная форма туляремии проявляется:

1.аэрогенным путем заражения

2.развитием тяжелой пневмонии

3.клиническими признаками тархеобронхита

4.увеличением бронхиальных, медиастинальных, паратрахеальных лимфатических узлов

18. Методы лабораторной диагностики туляремии:

1.РА

2.РПГА

3.кожно-аллергическая проба

4.токсикологический метод

5.биохимический метод

19. Принципы терапии туляремии:

1.этиотропное лечение

2.дезинтоксикационная терапия

3.десенсибилизирующая терапия

4.местное лечение

5.использование специфической антитоксической сыворотки

20. Методы профилактики туляремии:

1.дезинсекция

2.дератизация

3.вакцинопрофилактика

4.применение антибиотиков

**Ответы на тесты входного контроля:**

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

 2.-1, 2, 4

3.-2, 3, 5

4.-1, 2, 3, 5

5.-1, 2, 4, 5

6.- 1, 2, 3, 4, 5

7. -1, 3

8.- 5

9.-2, 3, 5

10.- 1, 2, 3, 4, 5

11.-1, 2, 3, 4, 5

12.- 1, 2, 3, 4

13..- 1, 2, 3, 4, 5

14. - 1, 2, 3, 4, 6

15. - 1, 2, 5, 6

16. - 1, 2, 3, 4, 5

17. - 1, 2, 3, 4

18.- 1, 2, 3

19. - 1, 2, 3, 4

20. - 1, 2, 3

**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.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**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 эпид. анамнеза 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 презентаций**

1. Везикулезный риккетсиоз
2. Эрлихиоз

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**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**

 Эпидемиология ГЛПС.

1. Клинические периоды болезни и их характеристика.
2. Основные синдромы при ГЛПС и их патогенетическое объяснение.
3. Дифференциальный диагноз ГЛПС с заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной.
4. Критерии оценки тяжести ГЛПС.
5. Осложнения при ГЛПС.
6. Лабораторная диагностика ГЛПС.
7. Принципы лечения ГЛПС.
8. Исходы ГЛПС.
9. Показания к выписке больных из стационара и их диспансеризация.
10. 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?
2. Какие симптомы, характерны для ГЛПС, отсутствуют у данного больного?
3. Какие симптомы не характерны для ГЛПС у данного больного?
4. Есть ли показания для госпитализации больного в инфекционный стационар?

**Темы презентаций**

* Лихорадка денге
* Лихорадка Западного Нила
* Лихорадка Чикунгунья
* Крымская-Конго лихорадка
* Лихорадка Зика

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

**Тема: ОРВИ. Грипп.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Определение ОРВИ
2. Катаральный синдром при гриппе
3. Лечение ОРВИ в амбулаторных условиях

**Вариант 2**

1. Понятие антигенного дрейфа и антигенного шифта при гриппе
2. Клиника аденовирусной инфекции
3. Этиотропная терапия гриппа

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Классификация вирусов, вызывающих ОРВИ (миксовирусы, аденовирусы, пикорнавирусы, коронавирусы и др.).
	2. Механизм и пути передачи.
	3. Иммунитет после перенесенного заболевания.
	4. Клиника гриппа, парагриппа, аденовирусной и риновирусной инфекции.
	5. Осложнения ОРЗ.
	6. Принципы лабораторной диагностики.
	7. Этиотропная терапия гриппа.
	8. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
	9. Лечение больных в амбулаторных условиях.
	10. Показания для госпитализации.
	11. Оказание неотложной помощи при шоке, ОНМ, дистресс – синдроме, крупе.
	12. Специфическая и неспецифическая 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 преобладаетA(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 лѐгких 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.

**Темы презентаций**

1. Грипп у беременных
2. Современные подходы к вакцинации гриппа
3. Респираторный дистресс-синдром взрослых при гриппе

**Тема: Менингококковая инфекция.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**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

**Темы презентаций**

1. Отек-набухание головного мозга
2. Инфекционно-токсический шок

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**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 презентации**

1. Скарлатина

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного (при благоприятной эпидемиоогической ситуации)*

*представление презентаций*

**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 диагноз и обоснуйте.

2. Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

3. Назначьте и обоснуйте лечение больной.

**Темы презентаций**

1. Цитомегаловирусная инфекция у иммунокомпетентных лиц
2. Ветряная оспа
3. Заболевания, вызванные вирусами герпеса 6, 7 типов

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

**Тема 1. Острые вирусные гепатиты**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**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.
4. Желтуха как клинический признак нарушения пигментного обмена. Характеристика 3-х типов нарушения пигментного обмена.
5. Серологическая и молекулярно-генетическая диагностика ВГ.
6. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов в желтушном периоде.
7. Принципы лечения вирусных гепатитов.
8. Исходы вирусных гепатитов.
9. Показания для выписки реконвалесцентов ВГ из стационара.
10. 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 ибупрофен. 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. в 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 HBcorAgIgM.

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

**Темы презентаций**

1. Пигментный обмен в норме
2. Острая печеночная энцефалопатия

**Тема 2. Хронические вирусные гепатиты**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

***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 презентации**

1. Исходы хронических вирусных гепатитов

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

***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. 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.
7. Понятия об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе. Поражения различных органов и систем при ВИЧ/СПИДе.
8. 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.

**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.

**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.

**Темы презентаций**

1. Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе
2. Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе

**Тема 3*.***

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

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

2. 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 арача
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**

 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.

**Тема презентации**

1. Клинические и эпидемиологические показания для обследования на ВИЧ

**Модуль №6 «Гельминтозы»**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

***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 повторном 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

**Тема презентаций**

1. Трихинеллез
2. Цистицеркоз

**Рекомендации по проведению курации больного в отделении**

(Курация больного студентом проводится при наличии благоприятной эпидемиологической ситуации)

Цель – сформировать у обучающихся способность и готовность к оказанию медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями путем приобретения навыков обследования больного, определения нозологии, формулировки диагноза, его обоснования, определения тактики ведения пациента.

**Памятка для студентов**

Перед тем, как пойти к больному в палату еще раз обратите внимание на свой внешний вид: в порядке ли ваш халат, шапочка, сменная обувь. Напоминаем, что в палату нельзя брать учебники, истории болезни. При себе Вы должны иметь ручку, тетрадь для записи, фонендоскоп

Войдя в палату, назовите свое имя отчество и объясните больному цель прихода. При работе с больным соблюдайте следующие правила: нельзя сидеть на кровати больного, все записи нужно делать до началаперкуссии и пальпации и возобновить их можно только после гигиенической обработки рук.

Работа в отделении для больных кишечными инфекциями

При расспросе больного необходимо выяснить начало болезни. Как правило, оно острое; больные могут назвать не только день, но и час качала заболевания.

Ведущими жалобами при кишечных инфекциях являются рвота, боли в животе, частый жидкий стул, повышение температуры и нарушение общего самочувствия (синдром интоксикации). В случаях значительных потерь жидкости у больных выявляются и признаки обезвоживания: сухость во рту, жажда, судороги конечностей.

Уже из расспроса больного Вы можете сделать заключение о ведущем синдроме поражения желудочно-кишечного тракта. Гастрит или гастроэнтерит начинаются с болей в эпигастрии, тошноты и рвоты.

При гастроэнтерите очень быстро появляются расстройства стула. В начале болезни стул кашицеобразный, затем водянистый, пенистый, зловонный и т.д. Имеются некоторые особенности при сальмонеллезном гастроэнтерите, что послужило поводом для употребления такого выражения, как стул в виде «болотной тины».

Важно запомнить, что при гастроэнтерите, стул всегда обильный многократный и не содержит патологических примесей.

Иначе начинается и протекает в дальнейшем колит. Это особенно характерно для колитического варианта дизентерии. До появления диспептического синдрома, больные ощущают слабость, у них может быть головная боль, нередко лихорадка. Это все проявления синдрома интоксикации. Особенно тяжелые формы дизентерии сопровождаютсягипертермией, менингеальными явлениями, потерей сознания вследствиеразвития нейротоксикоза.

Следующим ярким признаком колита являются боли в животе. Вначале они могут быть по всему животу, затем локализуются в подвздошных областях. Боли схваткообразные, сопровождаются позывами на дефекацию.

При колите можно выявить и тенезмы: мучительные боли и жжение в заднем проходе, при позывах на дефекацию.

Синдром левостороннего колита характерен для дизентерии, правосторонний колит чаше встречается при сальмонеллезе, амебиазе, неспецифическом язвенном колите.

При расспросе больного следует обратить внимание и на характер стула: несмотря на многократность стула, количество каловых масс невелико, редко превышает 0,5-1,0 л. за сутки. В первые часы стул довольно обильный, каловый, полужидкий. Затем от теряет каловый характер и в типичных случаях состоит из густой прозрачной слизи, к которой в дальнейшем присоединяются прожилки крови, а позже и гноя («ректальный» или «дизентерийный» плевок).

При выяснении источника инфекции и возможных путей заражения необходимо пользоваться схемой, описанной в методических рекомендациях кафедры «История болезни». Обратите внимание на вопросы, которые нужно выяснить у больного и задавайте их в корректной форме с учетом профессии, интеллекта и других особенностей личности больного.

Не следует, например, спрашивать больного, моет ли он руки перед едой и после туалета. Вопрос можно сформулировать иначе. Например: «Есть ли условия на работе и дома для мытья рук?» и т.д.

Приступая к осмотру больного, вспомните несколько общих правил:

Ваш осмотр не должен вызвать болевые ощущения у больного.

Больной должен быть в удобной позе, голова не должна
располагаться высоко на подушке, ноги должны быть согнуты в
коленных суставах.

В начале осмотра оцените общее состояние, осмотрите слизистые оболочки и кожу, посчитайте пульс, выслушайте сердце, легкие, измерьте артериальное давление, проверьте менингеальные симптомы.

Особое внимание уделите исследованию органов пищеварения: осмотр слизистой языка, полости рта и ротоглотки, форма живота, участие его в акте дыхания, реакцию на кашлевой толчок.

При пальпации выявляется болезненность живота в той или другой области. Учитывая, что в отделение могут поступать больные с хирургическими заболеваниями, обязательно проверьте симптом Щеткина – Блюмберга и другие перитонеальные признаки.

Постарайтесь методически правильно и последовательно пальпировать кишечник. При гастрите Выотметите некоторую болезненность в эпигастральной области, при гастроэнтеритах - вокруг пупка или разлитую боль в животе без четкой локализации.

При колите, особенно левостороннем, объективные данные более определенные: отмечается болезненность при пальпации в левой подвздошной области, спазм сигмовидной кишки, в результате чего она становится плотнее, чем в норме, и ощущается в виде тяжа диаметром менее 2 см. Для лучшего ощущения этого феномена соблюдайте следующие приемы: ладонь вашей руки должна плотно прилегать к поверхности живота, необходимо следовать за движениями брюшной стенки, а не преодолевать ее сопротивление, во время дыхательных движении попытайтесь «прижать» сигму и гребешку подвздошной кости. Конечно, могут быть в каждом конкретном случае отклонения от обычных приемов, вызванные состоянием больного, особенностями анатомического строения, ожирением и др.

### *Схема написания предварительного диагноза при кишечных инфекциях.*

1. На основании жалоб (перечисляются жалобы, характерные для
данного заболевания, а не все которые есть у больного).
2. Данных анамнеза: острое начало, первые симптомы и их
динамика, ведущий синдром или синдромы, характеристика
стула. В данном разделе не следует перечислять все
подробности, а дать оценку анамнеза болезни.
3. Данных эпиданамнеза: указать на контакт и возможные пути
передачи. В случае отсутствия конкретных сведений можноограничиться фразой: «больной не всегда моет руки перед едой, пьет не кипяченую воду и молоко».
4. Объективные данные: повышенная температура тела, сухость
кожи, изменение тургора кожи, обложенность языка, результаты
глубокой пальпации кишечника. Желательно привести данные макроскопического исследования испражнений, ставится предварительный диагноз

Работа в отделении для больных вирусными гепатитами

При расспросе больного вирусным гепатитом необходимо выяснить начало заболевания. Оно может быть острым (ВГА) или постепенным (ВГВ). В зависимости от преобладающей симптоматики, выделяют следующие варианты начала вирусного гепатита (преджелтушный период):

1. Диспепсический вариант - наиболее частый. Он характеризуется ухудшением аппетита, вплоть до анорексии и отвращения к любимым блюдам, чувство горечи во рту. Наблюдается тошнота, рвота, обложенный язык, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастрии, иногда разлитые тупые боли в животе, метеоризм, послабление или задержка стула, больным в поликлинике ставят разные диагнозы: гастрит, холецистит, гастроэнтгерит и др.

2. Катаральный (гриппоподобный) вариант характеризуется повышением температуры, познабливанием, ломотой в руках и ногах, катаральными явлениями (ринит, фарингит, бронхит, инъекция сосудов склер).

3.Астеновегетативный вариант проявляется общей слабостью, вялостью, апатией, раздражительностью, головокружением, головными болями, бессонницей, быстрой утомляемостью. Таким больным в поликлинике нередко ставят диагноз неврастении.

4. Артралгический вариант - упорные, иногда мигрирующие боли в суставах преимущественно крупных, без объективных признаков артрита, плохо снимающихся анальгетиками, иногда сочетающиеся с кожным зудом и (или) уртикарными высыпаниями.

5.Иногда выделить преобладающий синдром в преджелтушном периоде болезни не представляется возможным, и тогда говорят о «смешанном варианте».

6. Реже болезнь начинается с болей в правом подреберье, которые, сочетаясь с тошнотой и рвотой, воспроизводят клинику холецистита, панкреатита, и больные госпитализируются в хирургическое отделение.

7.У небольшого числа больных даже при самом тщательном расспросе до появления желтухи никаких отклонений в самочувствии выявить не удаётся (латентный вариант).

Умение выявить цикличность в течение болезни и определённая последовательность в сборе анамнеза очень помогает в ранней диагностике вирусных гепатитов. В поликлиниках больные часто лечатся с диагнозом «ОРВИ», «гастрит», «холецистопанкреатит», «астенический синдром», «ревматоидный артрит», и только при появлении желтухи врач и больной начинают думать о гепатите.

При обследовании в преджелтушном периоде можно выявить незначительное увеличение печени и чувствительность её при глубокой пальпации. Особое внимание следует обратить на окраску мочи, так как она темнеет в ранней стадии заболевания. Помогает в диагностике простой приём: если мочу взболтать, то на поверхности образуется обильная, ярко-оранжевая пена.

Подтверждением диагноза в преджелтушном периоде является повышение активности АлАТ и положительная реакция на желчные пигменты в моче. Уже анализируя симптомы преджелтушного периода, можно предположить этиологию гепатита, так как для вирусного гепатита А наиболее характерен гриппоподобный вариант, а при гепатите В часто наблюдаются аргралгический, астеновегетативный и диспептический варианты. При гепатите А преджелтушный период короче (4-7 дней), при гепатите В может длиться несколько недель.

Далее проанализируйте признаки желтушного периода. В клинической картине до минируют появление желтухи, нарастание признаков интоксикациии изменения печени. Степень их выраженности определяет тяжесть и длительность течения болезни. В желтушном периоде следует выделить стадии нарастания, максимального развития и снижения желтухи. Желтушное окрашивание вначале обнаруживается на склерах, слизистой мягкого нёба и уздечки языка. В течение одного - двух дней желтуха распространяется на кожу лица, туловища и конечностей, нарастает в интенсивности. Моча у больного интенсивно окрашена (тёмная), кал обесцвеченный (признаки ахолии). У некоторых больных (чаще при гепатите А) с появлением желтухи улучшается самочувствие, нормализуется температура тела, появляется аппетит. У других же (особенно при гепатите В) остаются, а иногда и нарастают признаки интоксикации: вялость, апатия, угнетённое состояние, снижение аппетита, тошнота. О более выраженной интоксикации свидетельствуют нарушения ритма сна (сонливость днём, бессонница ночью), головные боли, эйфория, диспептические расстройства (отсутствие аппетита, отвращение к пище, тошнота, рвота). Быстрое нарастание интоксикации, головокружение, чувство "проваливания", тахикардия, приглушенность тонов сердца свидетельствуют о тяжёлом течении болезни и об угрозе развития печёночной энцефалопатии.

Рекомендации по эпидемиологическому анамнезу.

При выяснении источника инфекции и возможных путей заражения необходимо пользоваться схемой, описанной в методических рекомендациях кафедры "История болезни". Обратите внимание на вопросы, которые нужно выяснить у больного и задавайте их в корректной форме. Следует учесть, что одна часть вопросов направлена на выяснение возможности заражения пищевым, водным, контактно-бытовым путями (фекально-оральный механизм), что характерно для гепатитов А, Е, G; другая - на возможность парентерального инфицирования, что характерно для гепатитов В, С, D, F, G. Сопоставьте предполагаемый факт заражения: контакт с подобными больными, оперативное вмешательство, вливания крови, инъекции и др., с минимальными и максимальными сроками инкубационного периода. Сделайте вывод о том, какой гепатиту больного на основании эпидемиологических данных.

Рекомендации по обследованию больного.

Прежде всего, оцените общее состояние больного, окраску коже и слизистых оболочек, наличие геморрагии, следов расчёсов кожи из-за зуда. Подсчитайте пульс, измерьте артериальное давление, выслушайте тоны сердца. При вирусном гепатите, как правило, пульс соответствует температуре или выявляется брадикардия (вагусное влияние желчных кислот), имеется наклонность к гипотонии и можно выслушать систолический шум у верхушки сердца (функционального характера). Серьёзным признаком нарастающей интоксикации является тахикардия. Если она не объясняется наличием сопутствующих заболеваний (сердечная недостаточность, тиреотоксикоз и др.), то она свидетельствует о тяжёлом течении заболевания и в сочетании с другими признаками является симптомом развивающейся печёночной энцефалопатии.

Изменения системы дыхания при не осложненном вирусном гепатите, как правило, нет. Нарушение ритма и глубины дыхания выявляются уже в стадии прекомы и комы.

Исследуя систему органов пищеварения ещё раз обратите внимание, на жалобы: отсутствие аппетита, отвращение к пище, тошнота и особенно рвота в периоде нарастания или разгара желтухи – признаки свидетельствующие о тяжёлом течении болезни. При осмотре можно выявить сухость слизистой рта, обложенность языка. Живот у больных может быть вздут, но болезненности, как правило, нет. При пальпации печени у больных гепатитом особенно тщательно соблюдайте приёмы глубокой, скользящей бимануальной пальпации по Образцову-Стражеско. Даже если печень увеличена, её не легко ощутить пальцами, так как консистенция эластическая или мягкая. Сопоставьте данные пальпации с перкуторными данными. Оцените поверхность, край печени. Особенно будьте внимательны, если по Вашим данным печень небольших размеров, консистенция её мягкая или дряблая, а желтуха выражена, у больного есть все признаки интоксикации. У части больных вирусным гепатитом, особенно при холестатическом варианте, можно пропальпировать увеличенную селезёнку.

Обратите внимание на состояние центральной нервной системы (реакция больного на окружающее, настроение, сонливость днём, бессонница по ночам, чувство страха смерти). Эти изменения являются предшественниками острой или подострой токсической дистрофии печени.

Схема написания предварительного диагноза: 1 .на основании жалоб (перечисляются жалобы, характерные для данного заболевания, а не все которые есть у больного). 2.данных анамнеза: цикличное течение болезни с наличием преджелтушного периода, протекавшего в том или ином варианте. З. данных эпиданамнеза: наличие контакта с больным, парентеральное вмешательство. В случае отсутствия конкретных сведений можно ограничиться фразой (больной не всегда моет руки перед едой, пьёт не кипяченую воду и молоко). 4.объективных данных: желтушность склер, слизистых оболочек, кожи, гепато-спленомегалия, тёмная моча, ахоличный стул, брадикардия, гипотония, ставится предварительный диагноз:

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А,

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В,

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С.

Работа в диагностическом отделении

При работе с больным, находящимся в диагностическом отделении, необходимо, прежде всего, решить вопрос о наличии у больного инфекционной патологии. Обратите внимание, что признаками, указывающими на инфекционное заболевание, являются: цикличность в течении болезни, синдром интоксикации в виде повышения температуры тела, головной боли, заторможенности, симптомы поражения нервной системы, признаки поражения верхних дыхательных путей, появление различных экзантем, лимфоаденопатия. Большинству инфекционных болезней свойственна цикличность течения, т. е. последовательное появление, нарастание и исчезновение симптомов, характерных для данной инфекции. Различают следующие периоды развития болезни: инкубационный, продромальный период, период основных проявлений болезни, угасания симптомов болезни, выздоровления.

Инкубационный период - это промежуток времени от момента заражения до появления первых клинических симптомов и (или) выявления антител к возбудителю. Для каждой инфекции имеется свой инкубационный период. Принято различать минимальную, максимальную и среднюю продолжительность инкубационного периода. Знание этих периодов имеет важное значение для выявления источника инфекции, сроков наблюдения и изоляции контактных лиц.

Продромальный период - проявляется общими симптомами: недомогание, познабливание, головная боль, боли в мышцах, слабость, снижение температуры тела. Продромальный период имеется не при всех инфекционных болезнях и продолжается 1-2 дня.

Период основных проявлений болезни – характеризуется возникновением наиболее характерных специфических симптомов для данного инфекционного заболевания (появление болей в пояснице при ГЛПС, розеолезная сыпь при брюшном тифе и т.д.)

Период угасания симптомов - характеризуется постепенным исчезновением специфических симптомов. Температура тела снижается или постепенно (лизис) или быстро за несколько часов (кризис).

Период реконвалесценции - начинается после угасания ведущих симптомов. Необходимо помнить, что клиническое выздоровление почти всегда опережает морфологическое восстановление повреждений. Например, у леченых больных при брюшном тифе может нормализоваться температура тела, отсутствовать синдром интоксикации, но в то же время могут возникнуть специфические осложнения - перфорация и кишечное кровотечение.

При расспросе больного необходимо выяснить начало болезни. Как правило, оно острое и больные могут назвать не только день, но и час начала заболевания (грипп менингит, ГЛПС, рожа и т.д.). Реже заболевание начинается постепенно, исподволь (брюшной тиф, бруцеллез и т.д.).

Начальным признаком многих инфекционных заболеваний является интоксикационный синдром. Следует обратить внимание, что часто он опережает во времени ведущий синдром и тогда очень важно учитывать один из признаков интоксикации - лихорадку. Наличие лихорадки типично для большинства ифекционных болезней, исключение составляют ботулизм, холера и некоторые другие. Необходимо оценить характер температурной кривой, ее длительность. Так, при брюшном тифе начальный отрезок температурной кривой носит «лестницеобразный» вид, когда температура повышается постепенно, увеличиваясь каждый день на 0,5-1 °С, а длительность лихорадки достигает 2-4 недель. Совершенно иной характер подъема температуры при менингококковой инфекции, гриппе, сыпном тифе, ГЛПС, роже, малярии ит.д., когда уже на 1-2 день болезни она достигает максимума - 39-40градусов, а длительность ее ограничивается 1-8 неделями. Типичный характер имеет температурная кривая при малярии, когда лихорадка чередуется с периодами апирексии и возникает через 1 или 2 дня, в зависимости от вида возбудителя. Проявлением интоксикации являются также головная боль и бессонница, которые, при так называемых нейроинфекциях (менингит, грипп, тифы и т.д.) относятся к основным жалобам больных. Головная боль иногда принимает мучительный характер и может сопровождаться рвотой, не приносящей облегчения (менингит, энцефалопатии), а объективно определяются положительные менингеальные симптомы. Уже из расспроса больного Вы можете сделать заключение о ведущем синдроме заболевания. Так, грипп характеризуется синдромом трахеита, т.е. кашлем, сопровождающимся першением, «царапаньем» за грудиной. При парагриппе превалирует синдром ларингита, когда у больных меняется голос, а иногда возникает и афония. Ведущим синдромом аденовирусной инфекции являются конъюнктивит, фарингит, тонзиллит. Больные будут жаловаться на чувство инородного тела в глазах, слезотечение, боли в горле при глотании. В отличии от больных ОРЗ при ГЛПС (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом) после начального периода, протекающего как ОРЗ, появляются боли в пояснице, животе уменьшается диурез, т.е. болезнь проявляется симптомами почечной патологии. Характерной жалобой больных ГЛПС считается ухудшение зрения, объясняющееся отеком сетчатки, вследствие нарушения проницаемости сосудов.

Многие заболевания с лихорадкой и сыпью относятся к инфекционным, больные могут быть заразными и их необходимо изолировать. При расспросе больного Вы должны выяснить сроки появления сыпи от начала заболевания, а при обследовании обратить внимание на её характер (розеолезная, петехиальная, геморрагическая) и локализацию.

Предварительный диагноз ставится:1. На основании жалоб (перечисляются все жалобы, характерные для данного заболевания, а не все которые есть у больного). 2. Данных анамнеза заболевания: начало болезни, характер температурной кривой, появление высыпаний, динамика симптомов под влиянием лекарственных средств (т.е. дать характеристику анамнеза болезни, а не перечисления формальных данных). 3. Данных эпиданамнеза (если был контакт с подобным же больным в сроки инкубационного периода; выезжал ли на природу и когда? - для природно-очаговых инфекций; и т.д.); 4. Объективных данных (перечисляются симптомы, характерные для данного заболевания).

Ставится предварительный диагноз (согласно общепринятым классификациям).

Например:

* Первичная рожа правой голени, эритематозно-буллезная форма.
* Грипп, молниеносная форма, респираторный дистресс-синдром.
* Менингококковая инфекция, менингит средней тяжести.
* Острый рецидивирующий бруцеллез.
* Локализованная дифтерия ротоглотки, пленчатая форма, и т.д.

Помните, что Вы работаете с больным, который является личностью, а не «фантомом» для совершенствования ваших практических навыков.

Закончив осмотр больного, не забудьте поблагодарить его и пожелать ему скорейшего выздоровления.

Выйдя из палаты, проведите гигиеническую обработку рук.

В учебной комнате суммируйте данные, полученные при расспросе и осмотре больного, оформите их в виде обоснования предварительного диагноза. Далее Вы должны оформить план обследования курируемого больного, исходя из теоретических знаний о методах лабораторного исследования, составить план лечения больного.

При невозможности курации больного в отделении в связи с неблагополучной эпидемиологической ситуацией студенту предлагается **задание по моделированию клинического случая соответственно заданному диагнозу** (в диагнозе обозначена нозология, форма, период болезни, степень тяжести). При оформлении клинического случая за основу берется указанная схема оформления истории болезни.

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится по 30-ти бальной системе в форме экзамена в несколько этапов:

1. Тестирование (1 вариант);
2. Собеседование по билетам в устной форме (3 вопроса билета);
3. Решение ситуационной задачи (1 задание).
4. Оценка данных физикальных и лабораторно-инструментальных обследований (1 задание)

На каждом из этапов обучающийся получает оценку по 6-ти балльной системе (таблицы 3.1а и 3.1б). Итоговая оценка за промежуточную аттестацию формируется методом суммирования набранных баллов на всех этапах (таблица 3.2). Промежуточная аттестация считается успешно пройденной при итоговой сумме 15 и более баллов.

Правила расчета дисциплинарного рейтинга, на основании которого выставляется оценка в зачетную книжку, определены версией №3 Положения П004.03-2020 “О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся” (Приказ № 479 от 03.03.2020 г.; таблица 3.3). Правила расчета дисциплинарного рейтинга при повторной промежуточной аттестации также определены версией №3 Положения П004.03-2020 “О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся” (Приказ № 479 от 03.03.2020 г.; таблица 3.4).

**Таблица 3.1а - Критерии оценивания устного ответа на теоретический вопрос билета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Присутствует полностью****(баллы)** | **Присутствует частично****(баллы)** | **Отсутствует****(баллы)** |
| 1 | Дает полный, безошибочный ответ на поставленный вопрос | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Раскрывает причинно- следственные связи между явлениями и событиями | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Материал излагает безошибочно и последовательно | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Материал излагает логически верно | 2 | 1 | 0 |

**Таблица 3.1б - Критерии оценки решения обучающимися ситуационных задач (практикориентированного задания)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Присутствует полностью****(баллы)** | **Присутствует частично****(баллы)** | **Отсутствует****(баллы)** |
| 1 | Дает правильный ответ решения задачи | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Грамотно применяет методы решения | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Безошибочно поясняет ход решения | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Выводы носят аргументированный и дрказательный характер | 2 | 1 | 0 |

**Таблица 3.2 - Формирование итоговой оценки промежуточной аттестации знаний обучающихся**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этап** | **Содержание** | **Количество баллов** |
| 1 | Вопрос билета 1 | 0 - 10 |
| 2 | Вопрос билета 2 | 0 - 10 |
| 3 | Ситуационная задача  | 0 - 10 |
| ИТОГ | Итоговая оценка за промежуточную аттестацию | 0 - 30 |

**Таблица 3.3 - Расчет дисциплинарного рейтинга (итоговой оценки) по дисциплине\***

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

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

**Таблица 3.4 - Таблица перевода зачетного/экзаменационного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рейтинг экзаменационный / зачетный | Рейтинг дисциплинарный | Оценка |
| 15 | 50 | удовлетворительно |
| 16 | 54 | удовлетворительно |
| 17 | 59 | удовлетворительно |
| 18 | 64 | удовлетворительно |
| 19 | 69 | удовлетворительно |
| 20 | 70 | хорошо |
| 21 | 74 | хорошо |
| 22 | 78 | хорошо |
| 23 | 82 | хорошо |
| 24 | 85 | хорошо |
| 25 | 86 | отлично |
| 26 | 89 | отлично |
| 27 | 92 | отлично |
| 28 | 95 | отлично |
| 29 | 98 | отлично |
| 30 | 100 | отлично |

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Инфекционные болезни»**

*(теоретические вопросы для подготовки к промежуточной аттестации)*

1. Роль макроорганизма, возбудителя и внешней среды в возникновении инфекционных болезней
2. Инфекция, инфекционный процесс, инфекционная болезнь
3. Течение инфекционной болезни и ее циклы
4. Сущность и особенности инфекционной болезни
5. Формы инфекционного процесса
6. Особенности инфекционных болезней
7. Общие принципы и методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний
8. Общие клинические проявления инфекционных заболеваний
9. Основные клинические симптомы при инфекционных заболеваниях
10. Катарально-респираторный синдром
11. Синдромы при инфекционных заболеваниях
12. Основные принципы лечения инфекционных больных
13. Режим и диета при инфекционных заболеваниях
14. Этиотропная терапия инфекционных болезней
15. Регидратационная терапия при инфекционных заболеваниях
16. Дезинтоксикационная терапия инфекционных больных
17. Антибиотикотерапия инфекционных больных
18. Клиника классического брюшного тифа
19. Осложнения брюшного тифа. Клиника и лечение
20. Принципы лечения брюшного тифа, лечебные мероприятия при неотложных состояниях
21. Дифференциальная диагностика брюшного тифа и сыпного тифа
22. Этиология, эпидемиология и патогенез острой дизентерии
23. Клиническая и лабораторная диагностика острой дизентерии
24. Клиника острой дизентерии
25. Лечение больных острой дизентерией
26. Этиология, эпидемиология и патогенез холеры
27. Клиника холеры
28. Принципы лечения больных холерой. Экстренная помощь при неотложных состояниях
29. Пищевые токсикоинфекции. Клиника, неотложная помощь.
30. Этиология и эпидемиология сальмонеллеза.
31. Патогенез и клиника сальмонеллеза
32. Диагностика и лечение сальмонеллеза
33. Энтеровирусные инфекции. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
34. Кишечный иерсиниоз
35. Псевдотуберкулез
36. Этиология, эпидемиология и патогенез менингококковой инфекции
37. Клиническая классификация менингококковой инфекции
38. Клиника менингококковой инфекции. Менингит
39. Клиника менингококковой инфекции. Менингококкцемия
40. Локализованные формы менингококковой инфекции
41. Диагноз и дифференциальный диагноз менингококковой инфекции
42. Принципы лечения больных менингококковой инфекцией, помощь при неотложных состояниях
43. Этиология, эпидемиология, клиническая классификация дифтерии
44. Дифтерия ротоглотки. Клиника и лабораторная диагностика
45. Дифтерия дыхательных путей
46. Дифтерия. Клиника, диагностика, лечение
47. Профилактика дифтерии
48. Дифференциальный диагноз дифтерии и ангины
49. Стрептококковая инфекция. Рожа
50. Стрептококковая инфекция. Скарлатина.
51. Общая характеристика острых респираторных заболеваний
52. Клинико-эпидемиологические особенности гриппа на современном этапе
53. Клиника гриппа
54. Дифференциальный диагноз гриппа и других острых респираторных заболеваний
55. Лечение и профилактика гриппа
56. Парагрипп и риновирусная инфекция
57. Аденовирусная инфекция
58. Новая коронавирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез.
59. Новая коронавирусная инфекция. Классификация, клинические проявления, критерии тяжести. Осложнения.
60. Новая коронавирусная инфекция. Специфическая диагностика. Лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика, значение КТ.
61. Новая коронавирусная инфекция. Этиотропная, патогенетическая терапия. Лечение на амбулаторном этапе. Меры профилактики.
62. Этиология, эпидемиология и профилактика малярии
63. Патогенез, клиника, диагностика и лечение малярии
64. Этиология, эпидемиология и патогенез ГЛПС
65. Клиника, принципы лечения и профилактика ГЛПС
66. Клиника, диагностика и профилактика ГЛПС
67. Этиология, эпидемиология, клиника и профилактика ботулизма
68. Этиология, эпидемиология и профилактика сибирской язвы
69. Сибирская язва. Клиника кожной формы
70. Клиника и диагностика генерализованной формы сибирской язвы
71. Этиология, эпидемиология и патогенез чумы
72. Клиника локализованной формы чумы. Тактика врача при выявлении больного
73. Клиника и диагностика легочной формы чумы.
74. Этиология, эпидемиология и профилактика туляремии
75. Клиника, диагностика и лечение туляремии
76. Дифференциальная диагностика бубонной формы чумы и туляремии
77. Этиология, эпидемиология и профилактика бешенства
78. Клиника бешенства
79. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика
80. Этиология, эпидемиология ВИЧ-инфекции
81. Патогенез ВИЧ-инфекции
82. Оппортунистические заболевания при ВИЧ-инфекции
83. ВИЧ-инфекция. Принципы антиретровирусной терапии
84. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции (2006 г)
85. Поражение органов дыхания при ВИЧ-инфекции
86. Поражение кожи и слизистых оболочек ротовой полости при ВИЧ-инфекции
87. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции
88. Этиология и патогенез острых вирусных гепатитов
89. Клиника вирусных гепатитов А и Е
90. Клиника острых вирусных гепатитов В и С
91. Принципы этиотропной терапии хронических вирусных гепатитов, группы препаратов
92. Диагноз и дифференциальный диагноз острых вирусных гепатитов
93. Дифференциально-диагностические различия при вирусных гепатитах А, В, С, D, Е
94. Принципы лечения больных вирусными гепатитами, оказание помощи при неотложных состояниях
95. Клиника, диагностика хронических вирусных гепатитов
96. Клиническая классификация рожи.
97. Этиология, эпидемиология и клиническая классификация бруцеллеза
98. Этиология, эпидемиология, клиника и профилактика иксодовых клещевых боррелиозов (болезнь Лайма)
99. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиническая классификация, клинические проявления в зависимости от форм, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
100. Контагиозные вирусные геморрагические лихорадки (Ласса, Марбурга, Эбола). Этиология, эпидемиология, географическое распространение. Общие проявления контагиозных геморрагических лихорадок. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
101. Герпетическая инфекция. Классификация. Клиника Герпес Zoster. Принципы лечения
102. Инфекционный мононуклеоз
103. Гельминтозы: аскаридоз, токсокароз
104. Гельминтозы: энтеробиоз
105. Гельминтозы: описторхоз
106. Гельминтозы: тениоз, тениаринхоз

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

***(пример типовой ситуационной задачи с эталоном решения)***

Больной А. 35 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 загрудиной.

Анамнез заболевания: заболел 15.01. 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 еѐ зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нѐба. В лѐгких – жѐсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены.

Вопросы:

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Эталон ответа:

1. Иксодовый клещевой боррелиоз, подострое течение, эритемная форма, с преимущественным поражениемсуставов.Диагноз «иксодовый клещевой боррелиоз» установлен на основании жалоб больнойнапоявлениеучастковпокраснениявобластипереднейповерхностилевогобедра; эпиданамнеза – возникновение эритемы через 12 дней после присасывания в этой области клеща; объективных данных: выявление типичной кольцевидной мигрирующей эритемы (КМЭ)–участкагиперемиикольцевиднойформы25смвдиаметресинтенсивнокрасными и поднимающимися над непоражённой кожей краями, с более бледным центром, безболезненной, без местного повышения температуры (патогномоничный симптом). При наличии КМЭ выставляется эритемная форма заболевания. На основании клиники можно говорить о подостром течении инфекции, так как у больной через три месяца КМЭ появилась на коже правого плеча. Место не связано с укусом клеща, что говорит о гематогенной диссеминации возбудителя. Учитывая наличие жалоб на боли в левом тазобедренном суставе и отсутствие поражений других органов, можно говорить о преимущественном поражениисуставов.
2. При проведении диагностики большое значение имеет выяснение эпидемиологического анамнеза (посещение лесных массивов, парковых зон, факт укуса клещей) и ранних клинических проявлений (наличие кольцевой мигрирующей эритемы – патогномоничный синдром, возможно гриппоподобного синдрома). Лабораторная диагностика:

- в зависимости от стадии клещевого боррелиоза для выявления возбудителя в биологических средах (сыворотке крови, синовиальной жидкости, ликворе, биоптатах кожи) используются микроскопия,

- для выявления РНК возбудителя проводится ПЦР-исследование,

- для определенияспецифическихантител–серологическиереакции(ИФАилиРИФ).

Уданного пациента предпочтительным является определение антител в крови (антитела появляются через 3-6 недель от начала заболевания), в синовиальной жидкости.

- с целью оценки тяжести органоспецифических поражений может выполняться рентгенография суставов, диагностическая пункция суставов, ЭКГ,ЭЭГ.

1. При наличии у пациентов с эритемой признаков поражения суставов и других органов показаны Пенициллин или Цефалоспорины II и III поколения с внутримышечным или внутривенным введением препаратов. Назначать препараты тетрациклинового ряда и полусинтетические пенициллины нецелесообразно, так как у некоторых больных после проведённого курса этими антибиотиками возникают рецидивы, поздние осложнения, а болезнь приобретает латентное или хроническое течение. Препаратом выбора является Цефтриаксон, который назначается 1 раз в день в суточной дозе 2,0 г на протяжении 14-20 дней.

**Образец зкзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

специальность:31.05.01 лечебное дело

дисциплина: инфекционные болезни

форма промежуточной аттестации: ЭКЗАМЕН

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**1. Методы диагностики инфекционных заболеваний**

**2. Этиология, эпидемиология и патогенез брюшного тифа**

**3. Задача № 1**

Заведующий кафедрой эпидемиологии и

инфекционных болезней, д.м.н., доцент А.С. Паньков

Декан лечебного факультета,

д.м.н., доцент Д.Н. Лященко

25.10.2021 г

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать этические и деонтологические принципы при оказании медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями | Тестовые задания№№ 1 - 7вопросы № 4, 6, 12, 13 |
| Уметь использовать этические и деонтологические принципы при работе с инфекционными больными | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками реализации этических и деонтологических принципов при работе с инфекционными больными и их родственниками | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 2 | ПК-3 способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Знать перечень заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; тактику медицинских работников при выявлении больных карантинными инфекциями, принципы проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций | Тестовые задания№№ 8 - 27вопросы № 28, 29, 30, 59, 60, 61, 89 |
| Уметь проводить первичные противоэпидемические мероприятия в очагах особо опасных инфекций | практические задания (ситуационные задачи) № 6, 15, 20, 21, 23, 33, 50, 56, 62, 65  |
| Владеть навыками использования средств индивидуальной защиты, противочумного костюма при работе с больными карантинными инфекциями | практические задания (ситуационные задачи) № 6, 15, 20, 21, 23, 33, 50, 56, 62, 65 |
| 3 | ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать симптомы и синдромы, встречающиеся при инфекционных заболеваниях, порядок сбора эпидемиологического анамнеза, методы лабораторной и инструментальной диагностики инфекционных болезней | Тестовые задания№№ 28 - 47вопросы № 1 - 94 |
| Уметь выявлять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и эпидемиологический анамнез, проводить осмотр пациента для выявления проявлений инфекционных заболеваний;составлять и обосновывать план обследования больного с использованием методов лабораторной и инструментальной диагностики для выявления инфекционной патологии; правильно оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований для диагностики инфекционных заболеваний | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками обследования пациента с использованием клинического, лабораторного методов диагностики для выявления инфекционного заболевания или установления факта или наличия инфекционной болезни | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 4 | ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Знать основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм, относящихся к классу 1 "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни" Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Тестовые задания№№ 47 - 72вопросы № 1-94 |
| Уметь пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра для формулировки диагноза у пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками постановки диагноза у больных инфекционными и паразитарными заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 5 | ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знать клинические и эпидемиологические показания для госпитализации в инфекционный стационар пациентов инфекционными и паразитарными заболеваниями, этиологию и эпидемиологию,принципы и методы диагностики, лечения, диспансеризации и профилактики при различных инфекционных и паразитарных заболеваниях | Тестовые задания№№ 73 – 84вопросы № 1 - 40 |
| Уметь определять показания для госпитализации больных с инфекционными болезнями; составлять и использовать алгоритм диагностики и лечения при выявлении у больного инфекционной патологии | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками выбора тактики ведения пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 6 | ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | Знать показания для госпитализации и условия для амбулаторного лечения больных инфекционными заболеваниями | Тестовые задания№№ 85 – 110вопросы № 12 – 20, 27, 42, 47 – 49, 92 - 94 |  |
| Уметь обосновывать возможность лечения и составлять план ведения больных с инфекционными заболеваниями в амбулаторных условиях | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 16, 17, 22, 31, 39 - 40 |  |
| Владеть навыками составления алгоритма ведения больных с инфекционной патологией в амбулаторных условиях | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 16, 17, 22, 31, 39 - 40 |  |
| 7 | ПК-11 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | Знать неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, требующие срочного медицинского вмешательства, их клинические проявления, тактику оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и при госпитализации в стационар | Тестовые задания№№ 111 - 131вопросы № 12, 15 – 19, 22, 23, 27, 30, 31, 37, 40, 53, 60, 81 |  |
| Уметь выявлять неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, требующие срочного медицинского вмешательства; оказывать необходимую медицинскую помощь | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 3, 11, 12, 13, 15, 30, 33, 36 |  |
| Владеть навыками оказании скорой медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 3, 11, 12, 13, 15, 30, 33, 36 |  |

1. **Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» с поправками в соответствие Приказа № 479 от 03.03.2020 определены следующие правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося (таблица  4.2).

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

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

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

**4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По окончании каждого модуля дисциплины по решению преподавателя по изучаемой дисциплине проводится рубежный контроль (РК) в форме тестирования Рубежный контроль осуществляется в письменном виде или в электронном виде в информационной системе ОрГМУ. Обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. В ином случае за РК обучающийся получает оценку равную среднему баллу за все занятия модуля.

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

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

**4.2 Правила формирования бонусных баллов**

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

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

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