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**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ

по специальности 32.05.01 «МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 32.05.01 «Медико-профилактическое дело»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

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 зачета.

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 учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

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

ПК-5 - Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населения

Инд.ПК5.10. Оценка полноты профилактических мероприятий в конкретной ситуации

ПК8 - Способен и готов к проведению мер по санитарно-эпидемиологическому обеспечению медицинских организаций, направленному на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний

 Инд.ПК8.5. Выявление и мониторинг факторов риска

УК 8 - Способен создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций

Инд.УК8.1. Распознавание и оценивание опасных ситуаций, факторов риска среды обитания, влияющих на состояние здоровья популяции или отдельных групп населения, определение способов защиты от них, оказание само- и взаимопомощи в случае проявления опасностей

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 3. Клинические вопросы паразитологии**

**Тема 1. Простейшие.** Класс саркодовые. Инфузории. Споровики.

Членистоногие. Демодекоз. Миазы.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Терминологический диктант

Устный опрос

Тестирование

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Неглериоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
2. Балантидиаз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Токсоплазмоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Демодекоз. Опорно-диагностические критерии, принципы диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемические мероприятия.
5. Миазы. Опорно-диагностические критерии, принципы диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемические мероприятия.

*Терминологический диктант*

1. Неглериоз передается……………………. механизмом передачи.

2. При попадании в организм человека возбудителя неглериоза происходит в ……………………………….

3. При неглериозе поражаетя слизистая …………..кишки.

4. При попадании в просвет кишки балантидии выделяют фермент……., из-за которого стенка кишки изъязвляется, балантидий проникает в подслизистый слой.

5. Балантидиаз - протозойная болезнь, характризующаяся общей интоксикацией и язвенным поражением …………… кишки.

6. Токсоплазмы относятся к типу простейших, роду …………….............................

7. Источником инфекции при демодекозе является …………………………………

8. Пути передачи миазов……………………….............................................................

9. Иммунитет после перенесенного демодекоза……………………………………..

10. Этиотропное лечение токсоплазмоза включает……………………………..…….

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1) Возбудитель демодекоза относится к:

1. бактериям

2. вирусам

3. грибам

4. клещам

5. простейшим

2) Наиболее частая локализация демодекоза:

1. поражение кожи лица

2. поражение слизистых

3. поражение кожи рук

4. поражение кожи туловища

5. поражение стоп

3) Клинические проявления демодекоза лица:

1. сильный зуд кожи

2. наличие гнойничковых поражений кожи

3. покраснение в местах воспаления

4. наличие лопающихся пузырьков и повышенное шелушение

5. все вышесказанное

4) Для лечения демодекоза применяют:

1. спрегаль

2. серная мазь

3. бензилбензоат

4. эритромициновая мазь

5) Клинические ВАРИАНТЫ МИАЗОВ:

1. кожный

2. раневой

3. глазной

4. кишечный

5. мочеполовой

6. все перечисленное

6) ОКОНЧАТЕЛБНБ1М ХОЗЯИНОМ ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1 . Представители семейства куньих;

2. Представители семейства кошачьих;

3. Предствители семейства грызунов;

4. Человек;

5. Птицы.

7) ПР0МЕЖУТОЧНЫМ ХОЗЯИНОМ ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1 . Представители семейства куньих;

2. Представители семейства кошачьих;

3. Предствители семейства грызунов;

4. Человек;

5. Птицы.

8) ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ:

1. Воздушно - капельный;

2. Пищевой;

3. Контактно - бытовой;

4. Вертикальный.

9) ЭТИОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СОЧЕТАНИЯ:

1. Амикацин+цефотаксим;

2. Бисептол+амфотерицин;

3. Хлоридин+сульфадимизин;

4.Аугментин+метронидазол.

10) BALANTIDIUM COLI СУЩЕСТВУЕТ В ВИДЕ:

1. Споры;

2. Цисты;

3. Вегетативной формы;

4. L-формы.

11) Источником инвазии при балантидиазе являются:

1. Крупный рогатый скот;

2. Свиньи;

3. Грызуны;

4. Семейство кошачьих.

12) БОЛЬШИНСТВО ЛИЦ, ИНВАЗИРОВАННЫХ БАЛАНТИДИЯМИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Носителями;

2. Больными острыми манифестными формами;

3. Больными хроническими манифестными формами.

13) КЛИНИЧЕСКИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ Ф0РМЫ БАЛАНТИДИАЗА:

1. Острая;

2. Хроническая рецидивирующая;

3. Хроническая непрерывная;

4. Все перечисленные выше.

14) ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАЛАНТИДИАЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Амикацин;

2. Трихопол;

3. Флемоксин;

4. Азитромицин.

15) Дифференциальная диагностика миазов проводится:

1. с острыми кишечными инфекциями

2. инфекциями мочевыводящих путей

3. ринитами

4. конъюнктивитами

5. менингитами

6. пневмониями

16) Лечение кишечной формы миазов включает:

1. промывание желудка

2. очистительная клизма

3. назначение слабительных средств

4. энтеросорбенты

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

На прием в гинекологу женской консультации обратилась пациентка Н., 27 лет, беременная на сроке 26 недель. При скрининг-обследовании выявлены IgM и IgG к токсоплазмам. Предъявляет жалобы на слабость.

Из анамнеза: проживает в частном доме, на протяжении всей жизни дома содержатся кошки. Ранее на токсоплазмоз не обследовалась.

При осмотре: кожные покровы чистые, влажные, температура тела в пределах нормы. Лимфатические узлы не увеличены. Живот увеличен за счет беременности, печень перкуторно по краю реберной дуги.

Беременность развивается нормально, по результатам УЗИ - патологии со стороны плода нет.

Задание:

1.Обосновать предварительный диагноз.

2. Назначить план обследования.

3.План лечения.

Задача №2.

Мама девочки 15 лет обратилась к врачу, так как последние 3 недели стала замечать на коже лица ребенка высыпания, которые сопровождались сильным зудом и гиперемией кожи. Лечились самостоятельно (полуспиртовые протирания), без эффекта. Сыпь стала приобретать гнойничковый характер и распространилась по всему лицу. Объективно при осмотре на коже лица множество мелких гнойничков с элементами шелушения, сильный зуд, подобные корочки имеются в области бровей, есть места выпадения волос.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Наметьте план обследования

3. Дифференциальный диагноз

Задача №3

У двух детей школьного возраста, жителей сельской местности, часто купавшихся в небольшом местном озере, возникло заболевание, сопровождающееся сильной головной болью, нарушением сознания, приступами судорог, тошнотой, рвотой, анорексией, атаксией, афазией; у одного из них на 12-й день развилась церебральная кома.

Задание:

1 . Выделить синдромы у данного больного.

2.Обосновать предварительный диагноз.

3.Дифференциальный диагноз.

Задача №4.

Обследованы работники свинофермы с острой формой кишечного расстройства. Какой предварительный диагноз можно поставить, исходя из их профессии? Покажите одну из жизненных форм паразита, способного инвазировать людей этой профессии.

**Модуль 3. Клинические вопросы паразитологии**

**Тема 2. Простейшие. Класс жгутиковые.**

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Терминологический диктант

Устный опрос

Тестирование

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1. Лейшманиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

2. Трипаносомоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

3. Лямблиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

4. Трихомониаз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

*Терминологический диктант*

1. Вариантами висцерального лейшманиоза являются……………………..

2. Африканский трипаносомоз называют………………………………..

3. При Африканском трипаносомозе происходит поражение нервной системы с развитием…………………………………..

4. Переносчиками Американского трипаносомоза являются…………………………….

5. При заражении американским трихомониазом через кожу развивается первичный аффект………………………………..

6. Развитие энтерита при лямблиозе связано с………………… эффектом метаболитов паразита на стенку кишечника.

7. Для серологической диагностики лямблиоза используют……………………………..

*ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ*

ВЫБЕРИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ.

1.ПЕРЕНОСЧИКОМ ТРИПАНОСОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Комары рода Anоpheles;

2. Москиты;

3. Мухи Цеце;

4. Клещи.

2. В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АФРИКАНСКИМ ТРИПАНОСОМОЗОМ ОТМЕЧАЕТСЯ РАЗВИТИЕ:

1. Резкого повышения температуры;

2. Образование трипаносомного шанкра;

3. Сильной головной боли;

4. Выраженных болей в животе.

3. ВОЗБУДИТЕЛИ ТРИПАНОСОМОЗОВ ОТНОСЯТСЯ К РОДУ:

1. Простейших;

2. Гельминтов;

3. Членистоногих;

4. Бактрий.

4. В РАЗВИТИИ АФРИКАНСКОГО ТРИПАНОСОМОЗА ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРИОДЫ:

1. Гематолимфатический;

2. Желтушный;

3. Менингоэнцефалитический;

4. Терминальный, кахектический;

5. Лимфопролиферативный.

5. В ДИАГНОСТИКЕ ТРИПАНОСОМОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Микроскопия: тонкий мазок, толстая капля, «раздавленная» капля;

2.Бактериологический метод: посев содержимого лимфоузла на пеитательную среду;

3. Биологические пробы.

6. РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ЛЕЙШМАНИОЗОВ:

1. Катаральная;

2. Кожная;

3. Кишечная;

4. Висцеральная.

7. ВОЗБУДИТЕЛЬ ЛЕЙШМНИОЗОВ ОТНОСИТСЯ К РОДУ:

1. Простейших;

2. Гельминтов;

3. Членистоногих;

4. Бактерий.

8. ДЛЯ ТРИХОМОНИАЗА У ДЕВОЧЕК ХАРАКТЕРНЫ

1. выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом

2. зуд/жжение в области наружных половых органов; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия)

3. эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер

4. выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер

5. выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд/жжение в области наружных половых органов; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия)

9. К МЕТОДАМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРИХОМОНИАЗА, ЗАПРЕЩЕННЫМИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, ОТНОСЯТСЯ

1. микроскопия нативного препарата

2. микроскопия по Граму

3. культуральный

4. прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА)

5. ПЦР

10. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОТИВОТРИХОМОНАДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях

2. обнаружение T. vaginalis при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера

3. обнаружение T. vaginalis методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)

4. обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях; обнаружение T. vaginalis при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера; обнаружение T. vaginalis методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)

5. обнаружение T. vaginalis при микроскопическом и/или культуральном исследованиях; обнаружение T. vaginalis при исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента, либо у его полового партнера

11. ЭТИОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ТРИХОМОНИАЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1. метранидозол

2. тинидазол

3. тиберал

4. офлоксацин

5. солкотриховак

12. УСТАНОВЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 14 дней после окончания лечения

2. 21 день после окончания лечения

3. месяц после окончания лечения

4. 14 дней после окончания лечения; 21 день после окончания лечения; месяц после окончания лечения

5. 14 дней после окончания лечения; месяц после окончания лечения.

13. ПАТОГЕННЫМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЮТСЯ ПАРАЗИТЫ LAMBLIА:

1. G.agilis ;

2. G.muris;

3. G.intestinalis.

14. В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ЛЯМБЛИИ СУЩЕСТВУЮТ В ВИДЕ:

1. Вегетативных форм;

2. Споры;

3. Цисты;

4. L-форм.

15. ПУТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗОМ:

1. Аэрогенный;

2. Фекально – оральный;

3. Парентеральный.

16. ПРИ ПОПАДАНИИ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ЛЯМБЛИИ ПОРАЖАЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. Слизистую желудка;

2. Слизистую проксимального отдела тонкой кишки;

3. Слизистую дистального отдела тонкой кишки;

4. Слизистую проксимального отдела толстой кишки;

5. Слизистую дистального отдела толстой кишки;

17.ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

1. Гастроэнтероколита;

2. Холепатический;

3. Дистального колита;

4. Астеноневротический;

5. Желтушный.

18. ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ЛЯМБЛИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ИССЛЕДУЕМЫЙ МАТЕРИАЛ:

1. Мокрота;

2. Моча;

3. Фекалии;

4. Дуоденальное содержимое;

5. Слизь из носоглотки.

19. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ:

1. Пенициллины;

2. Метронидазол;

3. Левомицетин;

4. Орнидазол;

5. Энтерофурил;

6. Бактрим.

*Ситуационные задачи*

Задача №1.

Саша Б., 7 лет, заболел постепенно. Заболевание началось с появления слабости, умеренного повышения температуры до 37,2 0С, снижения аппетита. Лечились противовирусным препаратом (анаферон), однократно принимал нурофен. Состояние не улучшалось с ухудшением к концу 7 дня болезни: повысилась температура до 38,50С, затем до 390С. Участковый педиатр при осмотре обнаружил резкую бледность кожных покровов (восковидная кожа с землистым оттенком), увеличение подчелюстных, шейных, подмышечных лимфоузлов до 1,5 -2 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции, увеличение печени на 2,5 см ниже края реберной дуги, резкое увеличение селезенки (+5см), плотной консистенции.

Из анамнеза было выявлено, что ребенок приехал из Закавказья.

Проведено обследование.

ОАК – гемоглобин=82 г/л, эритроциты = 2,7 1012; анизо- пойкилоцитоз. Лейкоциты – 1,8 109 , тромбоциты – 100, лимфоциты – 55%, моноциты – 25%, сегментоядерные – 18%, палочкоядерные – 2%.

1. Выделить патологические синдромы у больного;

2. Обосновать предположительный диагноз;

3. Перечислить заболевания, с которыми необходимо провести дифференциоальный диагноз;

4. Назначить план обследования.

В результате проведенного специфического исследования выявлено:

 РСК с лейшманиозным диагностикумом 1:200 +++.

5. Обосновать окончательный диагноз.

6. Назначить лечение.

7. Назвать профилактические мероприятия.

Задача №2.

Мальчик, 12 лет, сельский житель, обратился в детскую поликлинику с жалобами на язвенное образование на коже в области спины. Из анамнеза было выявлено, что 1 месяц назад в этом месте был укус москита, после чего образовался мелкий безболезненный бугорок, который постепенно увеличивался и изъязвлялся. Объективно врач – педиатр выявил следующее: на коже спины крупная язва диаметром 15 см с подрытыми краями, обильным серозно-гнойным отделяемым, болезненная при пальпации.

 Проведено исследование отделяемого язвы методом «раздавленной» капли, выявлены лейшмании.

1. Обосновать диагноз.

2. Провести дифференциальный диагноз.

3. Назначить план лечения.

4. Провести профилактические мероприятия.

Эталон ответа. Диагноз: Кожный лейшманиоз. Мокнущая форма. Средней степени тяжести.

Дифференцируют с фурункулёзом, сифилисом, лепрой, трофической язвой.

Лечение:

1. В/м – мономицина 20 мг/кг в сутки в 2-3 приёма 7 дней.

2. Местно – примочки с растворами фурациллина, акрихина

3. Левамизол 2,5 мг/кг массы тела однократно, повторить через 7 дней.

Задача №3.

В поликлинику обратился подросток 16 лет с жалобами на повышение температуры, кожные высыпания, головные боли, боли в мышцах, суставах.

 Из анамнеза было выявлено, что у ребенка на руке после укуса насекомого был инфильтрат, постепенно увеличивающийся в размере до 2,5 см в диаметре, сохраняющийся в течение 1 месяца. 2 дня назад повысилась температура до 38-390 С, появились высыпания на коже, головные боли.

 Объективно отмечались вялость больного, эритематозные высыпания на спине, верхних конечностях неправильной формы в диаметре 3-7 см. Пальпаторно - увеличение подчелюстных, заднее-шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, увеличение печени (+2см) ниже края реберной дуги, селезёнки (+4см) ниже реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

 Проведено обследование: ОАК-гемоглобин – 75 г/л, эритроциты – 3,2 1012 , лейкоциты – 3,8 109 , с/я – 32%, п/я – 2%, л-48 %, м-15%, э-3%, СОЭ=15 мм в час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумины – 20, глобулины – 42, АлАТ=30 ЕД, АсАТ=25 ЕД, билирубин – 6 мкмоль/л, прямой – 0, непрямой – 6 мкмоль/л, мочевины – 4,2, креатинин – 88, сахар – 3,8.

 В пунктате лимфоузла методом «раздавленной» капли обнаружены подвижные трипаносомы.

Задание:

1. Выделить патологические синдромы у больного;

2. Обосновать предположительный диагноз;

3. Перечислить заболевания, с которыми необходимо провести дифференциоальный диагноз;

4. Провести анализ анализов.

5. Обосновать окончательный диагноз.

6. Назначить лечение.

7. Назвать профилактические мероприятия.

Задача №4.

Никита Б., 4года 6месяцев, обратился к участковому педиатру с жалобами на периодические боли в животе, склонность к запорам, сниженный аппетит, неприятный запах изо рта.

Из анамнеза было выявлено, что подобные жалобы возникли примерно 3 месяца назад. В лечении применяли диету с пищевыми волокнами, пробиотики, эффекта не было.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, отмечаются периорбитальные тени. Язык обложен у корня белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в околопупочной области. Печень не увеличена. Стул 1 раз в 2-3 дня, кал оформленный. По остальным системам без патологии.

Проведено обследование: ОАК – гемоглобин – 116 г/л, эритроциты 4,5 1012 , лейкоциты – 5,8 109 , с/я – 58%, п/я – 2%, л-30 %, м-8%, э-2%, СОЭ=10 мм в час.

Копрограмма – ph=7,5, нейтральный жир+, крахмал +, слизь+, цисты лямблий.

УЗИ внутренних органов выявило умеренное повышение эхогенности стенок желчного пузыря, осадок в желчном пузыре.

Задание:1. Выделить синдромы.

2. Провести анализ анализов.

3. Обосновать окончательный диагноз.

4. Назначить лечение.

5. Перечислить заболевании, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

6. Назвать профилактические мероприятия.

Задача №5

 Девочка, 3 года. Обратилась к детскому гинекологу поводу выделений из влагалища слизисто-гнойного характера, зуда в области гениталий.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите методы обследования больной. Возможные возбудители заболевания.

3.Уточните, из каких точек следует брать материал для исследования.

**Модуль 3. Клинические вопросы паразитологии**

**Тема 3. Гельминтозы.** Нематодозы. Энтеробиоз. Аскаридоз. Трихоцефалез. Трихинеллез. Дирофиляриоз. Токсокароз.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Устный опрос

Тестирование

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1.Гельминтозы. Классификация.

2.Нематодозы. Энтеробиоз. Аскаридоз. Трихоцефалёз. Трихинеллёз. Дирофиляриоз. Токсокароз.Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Непосредственно от человека к человеку передается:

а) описторхоз

б) лямблиоз

в) токсокароз

г) трихинеллез

2.Термически необработанное мясо может служить источником возникновения:

а) токсокароза

б) лямблиоза

в) описторхоза

г) трихинеллеза

3. Наиболее эффективные препаратом в лечении описторхоза является:

а) альбендазол

б) вермокс

в) трихопол

г) фуразолидон

д) бильтрицид

4. Для острой стадии гельминтозов характерны все перечисленные явления, кроме:

а) лихорадки

б) миалгии

в) эозинофилии

г) лейкопении

д) анемии

5 Эозинофилия периферической крови наблюдается:

а) при токсокарозе

б) при лямблиозе

в) при дифиллоботриозе

г) при описторхозе

д) при всех перечисленных гельминтозах

6. При употреблении пациентом в пищу сырой или слабосоленой рыбы следует заподозрить:

а) токсокароз

б) лямблиоз

в) тениаринхоз

г) описторхоз

д) эхинококкоз

7.Местом паразитирования аскарид является:

а) тонкий отдел кишечника

б) толстый отдел кишечника

в) желчевыводящие пути

г) желчный пузырь

8.Клинические проявления острой фазы аскаридоза включают:

а) лихорадка

б) кожные высыпания

в) расстройство стула

г) сухой кашель

д) все перечисленное

9.Наиболее характерные осложнения аскаридоза:

а) острый аппендицит

б) менингит

в) перитонит

г) кишечная непроходимость

д) острый гастрит

10.Характерными клиническими признаками трихинеллеза являются:

а) одутловатость лица

б) конъюнктивит

в) лихорадка

г) боли в мышцах

д) боли в животе

е) все перечисленное

11.Наиболее частые источники инвазии при трихинеллезе:

а) дикие кабаны

б) медведи

в) рыба

г) грызуны

12.Преимущественным местом обитания власоглава считается:

а) тонкий отдел кишечника

б) толстый отдел кишечника

в) желчный пузырь

г) слепая кишка

13.Промежуточным хозяином при фасциолезе являются:

а) грызуны

б) пресноводные рыбы

в) пресноводные моллюски

г) жвачные животные

14.Окончательным хозяином при фасциолезе являются:

а) человек

б) пресноводные моллюски

в) мелкий рогатый скот

г) крупный рогатый скот

15.Преимущественные места паразитирования взрослых особей при фасциолезе

а) тонкий отдел кишечника

б) толстый отдел кишечника

в) желчные протоки

г) желчный пузырь

16. Заражение человека шистосомозом происходит:

а) при употреблении термически необработанной рыбы

б) при купании в пресных водоемах

в) при купании в морской воде

г) при употреблении некипяченой воды

17.Наиболее частые клинические формы шистосомоза:

а) мочеполовая

б) кишечная

в) легочная

г) кожная

д) все перечисленное

18.Клиническая картина неосложненного кишечного тениоза включает:

а) нарушение аппетита

б) тошнота

в) рвота

г) лихорадка

д) расстройство стула

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.

Мама девочки 6 лет заметила, что в течение 2-х недель ребенок стал капризным, быстро утомляется, беспокойно спит ночью (просыпается, расчесывая при этом анальную область). Утром мать при осмотре обнаружила на трусиках желтоватые выделения, при акте дефекации в каловых массах на поверхности мелкие червячки белого цвета. С этими жалобами мать ребенка обратилась к педиатру. При осмотре выявлена гиперемия перианальных складок, картина вульвита

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Наметьте план обследования

3. Лечение

Задача № 2.

Больной 14 лет поступил в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. При осмотре: пониженного питания, беспокойно ведет себя при осмотре. Язык влажный.ЧСС-78 в минуту. Живот мягкий, несколько вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, несколько напряжен. Хирургом при осмотре выставлен диагноз «Илеоцекальная инвагинация», больной прооперирован. В ходе оперативного вмешательства в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование размером 6 см, плотноэластичной консистенции, не спаянное с окружающими тканями. Осмотр содержимого образования: множество гельминтов, собранных в клубки, особи веретенообразной формы, круглые, различной длины. В ОАК-эозинофиллия до 22%.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальный диагноз

3.Наметьте план дополнительного обследования

Задача № 3.

Пациент 17 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, плохой аппетит, озноб, повышение температуры тела, головную боль, чувство тяжести в правом подреберье. В анамнезе -заболел остро 3 дня назад. С первого дня подъем температуры до 38\*С и температура сохранялась в пределах 38\*-39\*, сопровождаясь познабливанием. Из анамнеза известно, что около месяца назад вернулся из Сургута Тюменской области, часто употреблял в пищу рыбную строганину. При объективном исследовании: кожа обычной окраски, лицо гиперемировано. Язык обложен сероватым налетом. В легких везикулярное дыхание Тоны сердца средней громкости, ритмичные. АД 120/90 мм.рт.ст., ЧСС 90в мин. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, уплотнена. Стул оформлен обычного цвета. Дизурии нет. Изменения цвета мочи нет. При обследовании: ОАК-Нв134г/л, лейкоциты-14,0\*109/л, эозинофилы16%, п/я-12%, с/я-54%, Лф-12%, Моноциты-6%, СОЭ-15 мм/ч

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Предполагаемый источник инвазии

3. План обследования

4. Лечение

Задача № 4.

Больная Н, 11 лет, была госпитализирована с жалобами на высокую лихорадку, боли в мышцах, кашель, головную боль, рвоту неоднократно. Больна в течение 2-ух месяцев, когда впервые стали беспокоить приступообразные боли в животе. Последние три дня ухудшение состояния с присоединением сильной головной боли, болей в мышцах, лихорадки. Из анамнеза жизни: семья больной проживает в пригороде, продукты питания покупают на «стихийном рынке», 2 месяца назад употребляли в пищу мясо кабана (отец охотник).

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

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

1. Поставьте диагноз

2. Предполагаемый источник инвазии

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику

Задача № 5.

Пациент 7 лет, госпитализирован в инфекционную больницу с подозрением на дизентерию. Жалобы на боли в животе схваткообразного характера, частый стул со слизью, прожилками крови, боли при дефекации. Состояние средней тяжести. Болен в течение нескольких месяцев, за этот период отмечал 3 эпизода диареи, в промежутках между которыми склонность к запорам. За 2-3 недели до первого эпизода диареи отмечалась лихорадка в течение 5 дней, сопровождавшаяся зудящей сыпью, кашлем. К врачу не обращались.

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, увеличение печени, селезенки. При пальпации толстого кишечника болезненность, сигма уплотнена. При ректороманоскопии обнаружены участки катарального воспаления в прямой и сигмовидной кишке, единичные эрозии; остальная поверхность слизистой оболочки бледная, со значительным количеством мелких, желтоватого цвета гранулем. Результаты бактериологического и серологического исследования на кишечную группу отрицательные. Серологическая реакция с шистосомозным диагноностикумом резко положительная. Из анамнеза известно: в течение 6 месяцев проживали в Китае с родителями (служебная командировка).

 1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Предполагаемый механизм заражения

3.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику

Задача № 6.

На приеме пациент 5 лет. Мама заметила у ребенка в каловых массах отхождение каких-то члеников, белого цвета, похожих на «лапшу». Подобное явление происходит уже в течение нескольких дней. При осмотре состояние ребенка вполне удовлетворительное, отмечена бледность кожных покровов, ребенок пониженного питания, при пальпации живота несколько увеличена печень. Со слов мамы аппетит хороший, но ребенок не прибавляет в весе. В легких дыхание везикулярное. Стул регулярный оформленный. Из анамнеза: проживают в сельской местности, имеют свое подсобное хозяйство (корова, свиньи).

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Предполагаемый механизм заражения

3.План обследования и лечение.

**Модуль 3. Клинические вопросы паразитологии**

**Тема 4. Гельминтозы**

Трематодозы. Описторхоз. Клонорхоз. Шистосомоз.

Цестодозы. Тениоз. Цистицеркоз. Тениаринхоз. Эхинококкоз. Альвеококкоз.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Устный опрос

Письменный контроль

Решение ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*Вопросы для устного опроса*

1.Трематоды. Описторхоз. Клонорхоз. Шистосомоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

2. Цестоды. Тениоз. Цистицеркоз. Тениаринхоз. Эхинококкоз. Альвеококкоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

***Вопросы входного контроля***

1. **вариант**
2. Перечислить гельминтозы, относящиеся к нематодозам
3. Клиника острого описторхоза
4. Методы лабораторной диагностики гельминтозов

 **2 вариант**

1. Перечислить гельминтозы, относящиеся к трематодозам и цестодозам
2. Клиника хронического описторхоза
3. Препараты для этиотропного лечения гельминтозов

**Задача № 1**

В поликлинику обратился больной К. 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, температура тела 37,4°С. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании с обеих сторон - небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин. [У больного сохранялись субфебрилитет](http://zodorov.ru/neinfekcionnij-subfebrilitet-u-detej.html), покашливание, зуд кожи, сыпь немного угасла. Анализ крови - лейкоцитоз, эозинофилия (12%), незначительная гипохромная анемия.

Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает продукты у приезжих на вокзале.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2.Предполагаемый механизм заражения

3.План обследования и лечение.

**Задача № 2**

Больной Д. 33 лет обратился к врачу поликлиники на 8-й день болезни с жалобами на слабость, плохой аппетит, ознобы, повышенную температуру тела, головную боль, плохой сон, иногда - чувство тяжести в правом подреберье. Заболел довольно остро: повысилась температура и держится до времени обращения в пределах 38-39°С. При осмотре - состояние средней тяжести, и слизистые обычной окраски, лицо гиперемировано. Язык обложен грязно-серым налетом,в легких без патологии. Тоны сердца приглушены, пульс 110 уд/мин, АД 120/90мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5см, средней плотности. В [крови - умеренный лейкоцитоз](http://zodorov.ru/kursa-po-nevrologii-nejrohirurgii-i-medicinskoj-genetike.html) 12,0\*10 9л, эозинофилия - 14%. Эпидемиологический анамнез: приехал 3 недели назад из Сибири, где был на стройке, жил в общежитии, рыбачил, питался рыбой, приготовленной на костре.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите возможные осложнения.

3. Назначьте лабораторное обследование.

4. План лечения.

**Задача № 3**

У 18-летней девушки А. внезапно развился приступ сильной головной боли с судорогами и последующей потерей сознания, который быстро прошел. Приехавшая «скорая», зарегистрировала повышенное АД 140/70мм рт.ст. и госпитализировала больную в неврологическое отделение, где при наблюдении в течение двух недель приступ не повторялся, состояние было удовлетворительным. При обследовании со стороны ЦНС патологии не выявлено, однако окулист отметил застойные явления и очаг некроза сетчатки справа. В крови незначительная, эозинофилия 7%, слабо выраженные признаки гипохромной анемии. При дополнительном изучении анамнеза и эпидемиологического анамнеза выяснено, что в возрасте 15-16 лет часто бывали неустойчивый стул, боли в животе, тошнота, иногда рвота, плохой аппетит. В течение всех летних каникул гостила у родственников в деревне в Читинской области, где в традиции местного населения было употребление строганины.

1. Ваше мнение о диагнозе? Чем обусловлено поражение ЦНС и глаз у больной?

2. Какие дополнительные методы необходимы для подтверждения диагноза?

3. Какова тактика лечения?

**Задача № 4**

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?

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; 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. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. 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 и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. 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 и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос задачи. Или ответ правильный, но объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **презентация на заданную тему** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся представлена презентация, полностью раскрывающая заданную тему. Изложение материала подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями, рисунками, фотографиями. Студент докладывает презентацию, а не читает ее, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.  |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся представлена презентация, полностью раскрывающая заданную тему. Изложение материала подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, в схематических изображениях, рисунках. Студент докладывает презентацию, но недостаточно уверенно, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.  |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся представлена презентация, в достаточной мере, но не полностью раскрывающая заданную тему. Изложение материала недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. Презентация преимущественно читается, а не докладывается. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся представлена презентация, не полностью раскрывающая заданную тему. Изложение материала неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. Обучающийся презентацию читает.  |

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме, в форме тестирования.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

Рд=Рт+Рб+Рз, где

**Рб -** бонусный рейтинг;

**Рд -** дисциплинарные рейтинг;

**Рз -** зачетный рейтинг;

**Рт -** текущий рейтинг;

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1.Негрелиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

2.Балантидиаз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

3.Миазы. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

4.Токсоплазмоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

5. Лейшманиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

6. Трипаносомоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

7.Лямблиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

8. Трихомониаз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

9. Энтеробиоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

10.Аскаридоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

11.Трихоцефалёз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

12.Трихинеллёз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

13.Дирофиляриоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

14.Описторхоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

15.Клонорхоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

16.Фасциоллёз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

17.Шистосомоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

18.Тениоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

19.Цистицеркоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

20.Альвеококкоз. Распространенность. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.

21. Демодекоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

**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.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов.

**Тестирование** обучающихся проводится в информационной системе Университета

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

Направление подготовки (специальность) Медико-профилактическое дело

Дисциплина Клиническая паразитология

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Лямблиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика

**II.** Вопрос модуля биологических основ паразитологии

**III.** Ситуационная задача №1.

**IV.** Биологический препарат

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Декан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-5 Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населенияИнд.ПК5.10. Оценка полноты профилактических мероприятий в конкретной ситуации | Знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с заболеваниями паразитарной этиологии, необходимые для постановки диагноза, и их возможности. Уровни и методы, виды профилактики паразитарных заболеваний | вопросы № 1-20 |
| Уметь организовать комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения или распространения паразитарных заболеваний; опираясь на знания локализации паразитов в организме, механизма патогенного действия на организм человека, назначать лабораторные | практические задания №1-20 |
| Владеть методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии паразитарных заболеваний, их коррекции; осуществлением профилактических мероприятий, методами реабилитации пациентов; техникой сбора биологического материала для лабораторных исследований | практические задания № 1-20 |
| 2 | ПК-8 - Способен и готов к проведению мер по санитарно-эпидемиологическому обеспечению медицинских организаций, направленному на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеванийИнд.ПК8.5. Выявление и мониторинг факторов риска | Знать пути заражения паразитарными заболеваниями; основные клинические проявления; циклы развития и морфологию паразитов; инвазионные стадии развития паразитов для человека, виды хозяев: основной, промежуточный; механизм патогенного воздействия на организм хозяина | вопросы № 1-20 |
| Уметь анализировать данные лабораторных исследований, подбирать адекватные меры профилактики для предотвращения заражения паразитарными инвазиями; провести общеклиническое исследование по показаниям, формировать диспансерные группы. | практические задания № 1-20 |
| Владеть навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение паразитарных заболеваний; алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при паразитарных заболеваниях | практические задания № 1-20 |
| 3 | УК-8 Способен создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуацийИнд.УК8.1. Распознавание и оценивание опасных ситуаций, факторов риска среды обитания, влияющих на состояние здоровья популяции или отдельных групп населения, определение способов защиты от них, оказание само- и взаимопомощи в случае проявления опасностей | Знать  | вопросы № 1-20 |
| Уметьопределять состояние здоровья населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и организации медицинской помощи, провести общеклиническое исследование по показаниям | практические задания № 1-20 |
| Владетьметодами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при паразитарных заболеваниях алгоритмом постановки предварительного диагноза | практические задания № 1-20 |