

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

УТВЕРЖДАЮ

проректор по учебной работе

 Т.В. Чернышева

«21» декабря 2023 г.

ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы ординатуры по специальности
31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Оренбург

**Разработчики программы государственной итоговой аттестации
основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности
31.08.35 Инфекционные болезни**

д.м.н., доцент Паньков А.С.
к.м.н., доцент Тучков Д.Ю.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на заседании учебно-методической комиссии по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре
протокол № 4 от 15.12.2023 г.

Председатель учебно-методической
комиссии по подготовке кадров
высшей квалификации в ординатуре
к.м.н., доцент

Е.А. Калинина

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании ученого совета Института профессионального образования
протокол № 3 от 20.12.2023 г.

Председатель ученого совета
Института профессионального образования
директор Института профессионального образования
д.м.н., доцент

Е.Д. Луцай

«Государственная итоговая аттестация»

1. Трудоёмкость дисциплины

№	Виды образовательной деятельности	Часы
	Общая трудоёмкость (в часах)	108,00

2. Цели и задачи дисциплины

Цель

установление соответствия уровня и качества подготовки ординатора квалификационным характеристикам врача-инфекциониста.

Задачи

1. Определить уровень и качество подготовки ординатора по специальности «Инфекционные болезни», его профессиональную компетентность
2. Определить уровень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой
3. Определить уровень усвоения ординатором материала, предусмотренного учебными программами дисциплин (разделов)
4. Определить уровень знаний и умений, позволяющий решать профессиональные задачи
5. Определить обоснованность, четкость, полноту изложения ответов
6. Определить уровень информационной и коммуникативной культуры

3. Место дисциплины в структуре ООП

4. Требования к результатам освоения дисциплины

№	Индекс	Компетенция	Уровень сформированности	Дескриптор	Описания	Формы контроля

5. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий

№ п/п	Наименование модуля дисциплины	Трудоёмкость модуля		Содержание модуля
		з.е.	часы	
				1 Сдача практических навыков - последний этап государственного экзамена. Оцениваются навыки соответствующие квалификационным характеристикам врача-инфекциониста. Виды оценки практических навыков: решение проблемно-ситуационных задач. Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются по пятибалльной системе. При оценке

					"неудовлетворительно" ординатор допускается к следующему этапу.
				1	Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам - второй этап государственного экзамена. Проверяется способность экзаменуемого в использовании приобретенных знаний, умений и практических навыков для решения профессиональных задач врача-инфекциониста. Результаты оцениваются по пятибалльной системе.

6. Перечень учебно-методического обеспечения по дисциплине (модулю)

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

Задачи

№	Наименование модуля (темы) дисциплины	Наименование задач
1	Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам	1. Больная Ч., 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 38,5°C, 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 39°C С, головная боль усилилась..На дом был вызван врач поликлиники. Анамнез жизни: В детстве болела корью, скарлатиной, ангиной. Эпидемиологический анамнез: Работает в школе буфетчицей. Личную гигиену соблюдает. В контакте с лихорадящими больными не была. В городе регистрируется сезонный подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом. Известно, что среди циркулирующих штаммов преобладает А(Н1N1)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 108 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком небе гиперемия и

		<p>«зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Менингеальных симптомов не выявлено. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Укажите необходимость лабораторного подтверждения диагноза у данной больной и возможные методы обследования 3. Укажите препараты, которые могут быть использованы в качестве противовирусной терапии больной 4. Укажите необходимые противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге по месту жительства пациентки 5. Укажите и обоснуйте мероприятия, которые следовало бы провести в отношении Ч. в предэпидемическом периоде, укажите средства для их проведения</p> <p>2. 16.08. к больному А., 45 лет, был приглашен участковый врач Больной жаловался на повышение температуры тела до 38,8°C, 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, многократная рвота, приносящая кратковременное облегчение, стул вначале был кашицеобразным, 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 промыл 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, салат из капусты и моркови. В семье все здоровы. А., работает слесарем на заводе, жена работает продавцом молочных продуктов на рынке. Объективно при осмотре: 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 копрограмме лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроциты 20-30 в поле зрения. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Укажите первичные медицинские мероприятия, которые требуется</p>
--	--	---

		<p>провести при подозрении на кишечную инфекцию у данного пациента 3. Составьте план обследования больного 4. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику 5. Определите противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге по месту жительства больного и укажите исполнителей</p>
		<p>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. Менингеальных 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 5. Укажите требования к методам обеззараживания и режимам обработки продукции от возбудителя заболевания</p>
		<p>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 эпигастриальной области на голодный желудок,</p>

		<p>запоры и выделение с калом во время дефекации белых члеников. Считает себя больной около 1 года, на протяжении которых беспокоила тошнота, незначительная слабость, запоры, плохой аппетит. Три месяца тому назад появились боли в эпигастриальной области натощак, а во время дефекации впервые увидела в каловых массах отделившийся членик какого-то гельминта, что дало основание обратиться к врачу. Указывает, что членики гельминтов выделяются и вне акта дефекации. В эпидемиологическом анамнезе 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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Укажите особенности биологии возбудителя данного заболевания 3. Укажите заболевания, с которыми следует дифференцировать инвазию у данной больной их дифференциально-диагностические особенности 4. Укажите препарат выбора для лечения пациента и сроки контрольного гельминтологического обследования 5. Определите профилактические мероприятия по предупреждению заражения <p>5. Больной К., 35 лет, обратился в областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где стоит на учете уже в течение 3-х лет. Поставлен был на учет после выявления антител к ВИЧ и положительного иммунного блотинга в стационаре, где лечился по поводу пневмонии. После постановки на учёт в СПИД-центр не обращался, самочувствие было хорошим, но перенес несколько раз герпетическую инфекцию, лечился самостоятельно. Причиной обращения в СПИД-центр стало ухудшение самочувствия в последние 4 месяца и отсутствие эффекта от принимаемых самостоятельно препаратов. Больной отмечает периодическое повышение температуры до 37,5 - 38,0°C, ознобы, повышенную потливость, периодически жидкий стул несколько раз в день с примесью слизи и кровяных прожилок. В последний месяц отметил значительное ухудшение зрения, не смог работать, появилось чувство онемения в конечностях, чувство холода. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания (за последние месяцы похудел на 5 кг), кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается увеличение лимфатических узлов шеи, подмышечных и паховых областей, при пальпации лимфоузлы до 1,5 см, безболезненные. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, пальпируются</p>
--	--	--

		<p>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: диагноз - двухстороннее некротическое поражение сетчатки глаза. 1. Укажите предполагаемое ВИЧ-ассоциированное заболевание и определите стадию ВИЧ-инфекции. 2. Укажите причину ухудшения состояния больного 3. Составьте план обследования больного</p>
		<p>6. Больной ВИЧ-инфекцией наблюдался в центре СПИДа в течение 3 лет. От антиретровирусной терапии, несмотря на наличие показаний, отказывался. Рекомендованную первичную профилактику пневмоцистоза игнорировал. При контрольном исследовании (на приеме был полгода назад) получены следующие результаты: CD4 - лимфоциты 120 кл/мкл. В настоящее время явился на прием с жалобами на мелькание «мушек» перед глазами, периодическое появление «пелены» перед правым глазом. Окулистом отмечено снижение остроты зрения справа, а также при осмотре сетчатки правого глаза выявлены единичные очаги белого цвета на гиперемированном фоне. 1. Укажите вторичное заболевание, о котором следует думать в первую очередь. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Сформулируйте полный клинический диагноз.</p>
		<p>7. Пациент В., 15-ти лет, осмотрен в детском доме-интернате фельдшером «Скорой помощи», вызванной в связи с возникновением у больного накануне вечером резкой головной боли, разлитой боли в груди и спине. Больной госпитализирован. Со слов воспитателя, «мальчик очень часто болеет, в последние месяцы при самых незначительных толчках у него возникают обширные подкожные кровоизлияния, которые плохо рассасываются». Ребенок с третьего года жизни находился в интернате, ввиду того, что его мать, страдавшая тяжелой наркотической зависимостью, была лишена родительских прав. При поступлении: состояние больного расценено как тяжелое. Обращает на себя внимание задержка темпов психомоторного и физического развития. При осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность при пальпации по ходу межреберий, наличие пузырьковых и буллезных высыпаний по ходу VI, VII, VIII ребер, а также незначительное количество рассеянных везикул на коже спины и груди. Симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского положительные. На</p>

		<p>коже предплечий, плеч и голеней - мелкопетехиальная сыпь, множественные экхимозы. Температура тела 39,5°C, генерализованная лимфоаденопатия, вес - 42 кг, рост - 168 см. При проведении рентгенографии отмечается резкая гиперплазия пульмональных лимфоузлов, картина интерстициального пневмонита. В клиническом анализе крови: эритроциты - 2,5 x10¹², гемоглобин - 85 г/л, гематокрит - 35%, тромбоциты - 41x10⁹/л, лейкоциты - 6,8x10⁹/л, нейтрофилы - 67 %, лимфоциты - 22 %, моноциты - 7 %, базофилы -0,7 %, эозинофилы - 3,5 %, СОЭ - 45 мм/ч. В биохимическом анализе крови: АЛТ 42 Ед/мл (N-31 Ед/мл), АСТ 47 Ед/мл (N-38 Ед/мл), о. белок 3,5 г/л, глюкоза 4,1 ммоль/л. КСР на сифилис: РПР отр., ИФА отр; HBsAg - отр; анти-HCV - положительный. 1.Сформулируйте предварительный диагноз 2. Составьте план обследования для его подтверждения 3. Укажите дальнейшую тактику ведения пациента</p>
		<p>8. Больная Т. 15 лет, школьница. Поступила на второй день заболевания. Жалобы на сильную головную боль, преимущественно в лобно-теменной области, боль в области тыла шеи, тошноту, жар. Анамнез заболевания: заболела к вечеру 15 июня, когда появились озноб, головная боль, рвота, боли в эпигастральной области. Температура тела повысилась до 39° С. Эпиданамнез: в течение лета неоднократно снимала с себя ползающих и присосавшихся клещей. Объективно: состояние средней тяжести. Больная вялая. Кожа лица гиперемированная. Инъекция склеральных сосудов. Пульс 108 ударов в 1 минуту. В лёгких дыхание везикулярное. Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных симптомов нет. Анализ крови: лейкоциты - 7,1X10⁹/л, эозинофилы- 2%, палочкоядерные - 0, сегментоядерные - 34%, лимфоциты - 56%, моноциты - 8, СОЭ – 23 мм/час. Анализ мочи – без патологии. СМЖ: цитоз - 3 клетки, белок -0,158 г/л, реакция Панди +. 1. Обоснуйте клинический диагноз. 2. Укажите методы лабораторной диагностики данного заболевания. 3. Обоснуйте специфическую терапию данной клинической формы.</p>
		<p>9. Больной Б. 30 лет. Поступил на 3-й день заболевания. Жалобы на сильную разлитую головную боль, высокую температуру тела, общую слабость. Анамнез заболевания: заболел остро 7 июля, когда появился озноб, головная боль, общая слабость, высокая температура тела, рвота. Объективно: общее состояние больного тяжёлое. Сознание ясное, но больной вялый, сонливый. Кожный покров чистый, лицо гиперемировано. Инъекция сосудов склер.</p>

		<p>Внутренние органы без патологических изменений. Пульс 64 в 1 минуту при температуре 40,4оС. В неврологическом статусе очаговых симптомов нет. Ригидность мышц затылка – 4 поперечных пальца, симптом Кернига -150 градусов. Анализ крови: лейкоциты 5,6х10⁹/л, анализ мочи без патологии. Ликвор прозрачный, бесцветный, давление 240 мм водного столба. Плеоцитоз – 44, лимфоцитарный, белок - 0,12 г/л, реакция Панди +. 1. Что необходимо уточнить в эпиданамнезе, для обоснования предварительного диагноза? 2.Какие симптомы в неврологическом статусе указывают на менингеальную форму заболевания? 3.Обоснуйте окончательный диагноз.</p>
		<p>10. Больной К., 25 лет, рабочий лесхоза. Поступил на третий день болезни. Жалобы на высокую температуру тела, головную боль, боли в мышцах спины, снижение силы в правой руке. Анамнез заболевания: заболел остро 21 мая. Поднялась температура, появилась головная боль, тошнота, слабость, особенно в ногах. На следующий день-многократная рвота. Присасывание клеща в области левого предплечья 29 апреля. Объективно: состояние больного средней тяжести. Сознание ясное, но больной вялый. Лицо гиперемировано. Внутренние органы без патологических изменений. Неврологически: равномерный мидриаз. Парез правого лицевого подъязычного нервов по центральному типу Объём активных движений в конечностях полный, но сила их в правой руке, особенно в правой кисти снижена (3 балла). Общая гипотония мускулатуры. Сухожильные рефлекс вялые, брюшные рефлекс утрачены. Симптомы Бабинского и Оппенгейма справа положительны. Ригидность мышц шеи. Симптом Кернига положительный. В больнице состояние больного улучшилось. На 5-й день нормализовалась температура. На 8-й день исчезли головные боли. Менингеальные симптомы прошли на 15-й день. К выписке состояние больного вполне удовлетворительное, но остаётся парез правой руки (4 балла). Клинический анализ крови от 26 мая: лейкоциты 11,6х10⁹/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные - 2, сегментоядерные -76%, лимфоциты – 18%, моноциты – 2%, СОЭ 25 мм/час. Анализ мочи – без патологических изменений. Анализ ликвора от 26 мая: прозрачный, бесцветный. Плеоцитоз 416 клеток, лимфоцитарный. Белок - 0,66 г/л. Диагноз: Клещевой энцефалит. Менингоэнцефалитическая форма (очаговая). Центральный монопарез правой руки. 1. Какие клинические и лабораторные данные указывают на</p>

		<p>менингоэнцефалитическую форму клещевого энцефалита? 2. Какими лабораторными данными можно подтвердить этиологию данного заболевания. 3. Назначить этиотропную терапию при данной клинической форме заболевания.</p> <p>11. Больная С. 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на появление участков покраснения в области передней поверхности левого бедра, правого плеча, боль в левом тазобедренном суставе. Анамнез болезни: заболела четыре месяца назад, когда обнаружила красное пятно на передней поверхности левого бедра, которое в течение 2–3 дней резко увеличивалось в размере. В области эритемы отмечался легкий зуд, общее самочувствие не нарушалось. Проводилось обследование у врача-дерматолога, получала местное лечение (препараты назвать затрудняется), принимала антигистаминные средства, улучшения не отмечалось. Через три месяца подобное изменение на коже появилось на правом плече. Через четыре месяца появилась боль в левом тазобедренном суставе. Боль в суставе выраженная, трудно было ходить, по поводу чего больная проходила обследование и лечение в ревматологическом отделении, без улучшения. Направлена на консультацию к инфекционисту. Эпидемиологический анамнез: за 12 дней до появления эритемы на бедре была в лесу, на следующий день обнаружила присосавшегося клеща на передней поверхности левого бедра, которого удалила пинцетом. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, выявлен участок гиперемии кольцевидной формы 25 см в диаметре на передней поверхности левого бедра и 15 см на правом плече, с интенсивно красными и поднимающимися над неповрежденной кожей краями, в центре эритема бледная. Местного повышения температуры, болезненности в области эритемы нет. Над левым тазобедренным суставом отека, гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Составьте план обследования пациента. 3. Укажите препараты для этиотропной терапии. 4. Назовите методы профилактики данного заболевания.</p> <p>12. Больной К., 15 лет, школьник. Поступил на 5 день заболевания. Жалобы на головную боль, боли при движении глазных яблок, боли в мышцах суставов. Анамнез болезни: Заболел 9 июня. Появились боли в</p>
--	--	---

		<p>ногах, пояснице, общее недомогание. На следующий день появилась головная боль. Температура повысилась до 38°C. На 4 день обратился за медицинской помощью и был направлен в инфекционную больницу. Эпидемиологический анамнез: Присасывание клеща 6 июня в область поясницы. Клеща уничтожил сам. За медицинской помощью по поводу присасывания клеща не обращался. От клещевого энцефалита не привит.</p> <p>Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Неврологических очаговых симптомов нет. Легкая ригидность мышц затылка. Симптом Кернига 170°. На коже поясничной области точечный след от укуса клеща. Внутренние органы без патологии. Пульс 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/65 мм рт. ст. На 8 день болезни (16 июня) состояние больного значительно улучшилось- исчезли головные и мышечные боли, менингеальные симптомы. В последующие дни- состояние больного удовлетворительно, жалоб не было. Вечером 26 июня (на 12 день нормальной температуры) состояние больного резко ухудшилось - вновь повысилась температура тела, беспокоила головная боль, рвота, слабость. Отчетливо выступили оболочечные симптомы (ригидность мышц шеи 5 см, симптом Кернига 120°). Тяжелым состояние оставалось до 2 июля. С 3 июля наметился отчетливый сдвиг в лучшую сторону, нормализовалась температура. К 5 июля совершенно исчезли головные боли, к 7 июля- менингеальные симптомы. Выписан по выздоровлению на 33 день заболевания. Анализ крови от 15.06: эритроциты 4,23x10¹²/л; лейкоциты 3,5x10⁹/л; э-1, п-1, с-53, л-43, м-2; СОЭ- 7 мм/час. Анализ мочи от 15.06: без патологических изменений. СМЖ от 15.06 прозрачная, бесцветная, давление нормальное, цитоз 2 клетки, белок 0,33 г/л; реакция Панди +. СМЖ 27.06 прозрачная, бесцветная. Давление умеренно повышенное. Плеоцитоз 63 кл, лимфоцитарный; белок 0,33г/л; реакция Панди + 1. Обоснуйте предварительный диагноз. 2. В чем клиническая особенность каждой из волн лихорадки. 3. Какие методы лабораторной диагностики необходимо провести для уточнения этиологии заболевания. 4. Какие результаты лабораторных анализов ожидаете получить и как их интерпретировать? 5. Назначьте этиотропную терапию больному с данной клинической формой заболевания.</p> <p>13. ольной С., 18 лет обратился в студенческую поликлинику 15.09. с жалобами на снижение аппетита, ноющую боль в правом подреберье,</p>
--	--	--

		<p>потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 11.09, когда повысилась температура до 38,2°C, появились умеренная боль в горле, головная боль, тошнота, дважды была рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38°C, беспокоила общая слабость, тошнота, снизился аппетит. 14.09. потемнела моча, а кал стал светлым. 15.09. заметил желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате еще 2 человека. Периодически питается в столовой. В августе был на каникулах у родителей, проживающих в селе. Со слов С. в селе были случаи «желтухи». Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,3°C. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги. Пальпируется край селезёнки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлАТ – 1640 МЕ/л, АсАТ – 1470 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 112 ед, ПТИ – 65%. В анализе мочи определяются желчные пигменты. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите и обоснуйте тактику ведения пациента. 5. Назовите методы профилактики данного заболевания.</p> <p>14. Группа студентов с 30.07 по 2.08 находилась на отдыхе, проживая в палатках на берегу медленно текущей реки. Питались продуктами, привезенными из города и приготовленными на костре. Продукты хранились в палатках. Воду из реки использовали для приготовления пищи, умывания. Все дни стояла жаркая солнечная погода. Много купались в реке и близлежащем озере, в водоемах наблюдали колонии бобров и ондатр. 12.08 заболел Г., 21 год. К вечеру появился сильный озноб, недомогание, температура повысилась до 37,90С, стали беспокоить незначительные боли в горле при глотании. До 19.08, т.е. в течение недели, температура 38-39,50С, болело горло, отмечалась небольшая припухлость шейных лимфатических узлов слева. Лечился амбулаторно по поводу фолликулярной ангины. 19.08 участковый</p>
--	--	---

		<p>врач отметил появление трудно снимающихся с миндалин налетов и направил больного в инфекционный стационар с подозрением на дифтерию ротоглотки. В стационаре диагноз дифтерии сначала снят не был, и больному проведено лечение ПДС и различными патогенетическими средствами. К 24.08 температура снизилась до нормы. При осмотре ротоглотки на левой миндалине глубокая эпителизирующаяся язва с плотными краями. Отека нет. Правая миндалина без особенностей. Шейные лимфатические узлы (переднейшейные, поднижнечелюстные) увеличены приблизительно до 4 см. в диаметре, гладкие, безболезненные, подвижные. Справа лимфатические узлы безболезненные, небольшие. Внутренние органы без особенностей. 24.08 диагноз дифтерии снят консилиумом врачей. 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз 2. Укажите источники и пути заражения инфекцией 3. Составьте план обследования 4. Укажите необходимое лечение</p> <p>15. Больной Т., 42 года, жалуется на головную боль, чувство жара с периодическими ознобами, кашель с кровавой мокротой, рвоту. 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. Объективно: 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 в Китай. 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Дайте характеристику возбудителя, источников инфекции и путей передачи 3. Укажите алгоритм действий медицинских работников, выявивших больного 4. Укажите принципы лечения больного</p>
--	--	---

		<p>16. Больной Е. 32 года, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни с диагнозом «грипп, гипертоксическая форма». Заболевание началось остро, даже внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2 °С. Отмечал светобоязнь, лежал с закрытыми глазами, просил выключить телевизор. Вечером была дважды рвота, сохранялась «пульсирующая» головная боль. Утром следующего дня самочувствие ухудшилось: не понимал, где находится, стремился пойти на работу, при попытке встать упал. При поступлении состояние тяжёлое, сознание затемнено. дезориентирован, но отзывается на своё имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звёздчатая сыпь синевато-фиолетового цвета, имеются также петехиальные элементы на руках. Резко выражены ригидность затылочных мышц и симптом Кернига. Пульс – 116 уд/мин, ритмичный, АД – 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца ясные. При спинномозговой пункции 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. 5. Через 1 месяц у больного жалобы на умеренную слабость, умеренную головную боль, снижение работоспособности, иногда головокружение. Миндалины не увеличены, налётов нет. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 76 уд/мин. Контрольный бактериальный посев мазка из ротоглотки и из носа отрицательный. В общем анализе мочи повышение СОЭ – 26 мм/час. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?</p> <p>17. Больной 32 лет приехал из Узбекистана 7 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры до 38 °С, слабости, снижения аппетита. В течение 5 дней температура утром 38 °С, вечером 39 °С, нарастала головная боль, слабость, исчез аппетит, задержка стула, бессонница. При осмотре врачом-терапевтом участковым на 7 день болезни – состояние средней тяжести, температура 38,4 °С, вялый, адинамичный. Кожа бледная, сухая, на коже живота выявлена розеолезная единичная сыпь. В лёгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт.ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налётом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при</p>
--	--	---

		<p>пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезёнка. Госпитализирован. 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза. 4. Препараты какой группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор. 5. Перечислите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании.</p> <p>18. Больной Г. 40 лет отмечает желтушность склер, кожи, тёмную мочу, слабость, отсутствие аппетита, тошноту. Считает себя больным 12 дней. В течение этого времени температура тела держалась в пределах 37,2–37,5 °С, болели крупные суставы, исчез аппетит, в последние 2 дня потемнела моча, появилась желтушность склер и кожи. Принимал парацетамол. Два месяца назад удалял зубы в стоматологической клинике. Общее состояние средней тяжести. Температура 36,8 °С. Склеры и кожа умеренно желтушны. Периферические лимфоузлы не изменены. Пульс – 52 уд/мин, АД – 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см, пальпируется нижний полюс селезёнки. Моча тёмно-коричневого цвета, кал обесцвечен. 1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных, с учётом синдромального подхода, и обоснуйте его. 2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения. 3. Укажите основные методы лабораторной диагностики. 4. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику. 5. Какова тактика врача на этапе стационарного лечения?</p> <p>19. Больной А, 20 лет, поступил в инфекционную больницу 12 августа 2012г с жалобами на боли в животе, пояснице, жажду, тошноту, рвоту. Проживает в г.Оренбурге. Заболел остро, 8 августа на фоне полного здоровья появился озноб, повысилась температура тела до 39°С, беспокоила головная боль, слабость. Принимал жаропонижающие препараты (аспирин, парацетамол). Температура тела снизилась до 37,5°С к 11 августа, но появилась тошнота, была однократная рвота, стала беспокоить боль в животе, тяжесть в поясничной области, уменьшился диурез. Объективно: Состояние тяжелое. В сознании, но "вялый", неохотно вступает в контакт. Ориентируется в окружающей обстановке. Менингеальные симптомы отрицательные. Лицо гиперемировано.</p>
--	--	--

	<p>Инъекция конъюнктивы, склеры гиперимированы. На коже грудной клетки геморрагическая сыпь в виде "хлыста". В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца четкие, ясные. Пульс 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД = 120/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно болезненный в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка отчетливо не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. 1. Обоснуйте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные анамнестические данные Вам необходимы, чтобы подтвердить предварительный диагноз? 3. Какой период ГЛПС описан в ситуационной задаче?</p>
--	--

Вопросы

№	Наименование модуля (темы) дисциплины	Наименование вопросов
1	Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам	Классификация инфекционных болезней
		Инфекционный процесс. Основы рациональной терапии больных инфекционными заболеваниями
		Диспансеризация и реабилитация инфекционных больных
		Профилактические и противоэпидемические мероприятия. Дезинфекция. Санитарная обработка
		Противоэпидемическая деятельность в очагах инфекционных болезней
		Профилактические прививки
		Эпидемиология и профилактика ВБИ. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим инфекционного стационара
		Лекарственная болезнь
		Брюшной тиф: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика
		Дизентерия: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика
		Сальмонеллез: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика. Пищевые токсикоинфекции
		Ботулизм: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика
		Вирусные диареи: этиология, эпидемиология, дифференциальный диагноз, принципы диагностики и лечения, профилактика
Протейная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, лечение, вопросы диагностики. Клебсиеллез.		

	Лечение кишечных инфекций в амбулаторных условиях
	Грипп: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, вопросы диагностики и профилактики. Парагрипп
	Аденовирусная инфекция: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, вопросы профилактики. Другие респираторные инфекции негриппозной этиологии
	Синдром крупа при инфекционных заболеваниях: этиология, эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, дифференциальная диагностика
	Лечение и профилактика гриппа и ОРВИ
	Пневмококковая инфекция: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, диагностика и профилактика
	Стафилококковая инфекция: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, диагностика и профилактика. Скарлатина
	Менингококковая инфекция: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, диагностика и профилактика
	Гемофильная инфекция: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, диагностика и профилактика
	Дифтерия: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, вопросы диагностики и профилактики
	Коклюш: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, вопросы диагностики и профилактики. Паракклюш
	Вирусные менингиты и энцефалиты: этиология, эпидемиология, клиника ,диагностика, осложнения, лечение, дифференциальная диагностика
	Гнойные менингиты: этиология, эпидемиология, клиника , осложнения, диагностика, лечение, дифференциальная диагностика.
	Вирусный гепатиты А: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз.
	Вирусный гепатит В: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, профилактика.Дифференциальный диагноз
	Вирусный гепатит С: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз
	Хронические вирусные гепатиты: эпидемиология, клиника , осложнения, диагностика, лечение, вопросы профилактики
	Вирусные гепатиты у беременных: эпидемиология, клиника , осложнения, лечение, вопросы профилактики
	Лечение вирусных гепатитов
	Дифференциальный диагноз желтух
	Корь: клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика. Меры профилактики
	Дифференциальный диагноз заболеваний, протекающих с сыпью

	Иерсинеозы: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение, лабораторная и дифференциальная диагностика, профилактика
	Бруцеллез : эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия
	Эпидемический сыпной тиф: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия. Болезнь Брилля
	ГЛПС: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.
	Энтеровирусные инфекции: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.
	Бешенство: клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, вопросы профилактики. Столбняк
	Малярия: клиника, диагностика, лечение и меры профилактики
	ВИЧ-инфекция. Оппортунистические инфекции: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение
	Алгоритм действия при выявлении больного с особо опасным инфекционным заболеванием
	Структура и организация работы госпиталя для больных особо-опасными инфекциями
	Эпидемиологическое обследование очага особо опасного инфекционного заболевания. Ограничительные меры в очаге.
	Противочумные костюмы, типы костюмов, правила использования
	Натуральная оспа. Оспа обезьян: клиника, эпидемиология, противоэпидемические мероприятия
	Чума: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия
	Туляремия: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия
	Вирусные геморрагические лихорадки: эпидемиология, клиника, лабораторная и дифференциальная диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.
	Регидратационная терапия при кишечных инфекциях: показания, правила проведения, основные растворы
	Отек-набухание головного мозга: клиника, протокол диагностики, неотложная помощь.
	Судорожный синдром
	Острая почечная недостаточность: протокол диагностики, лечение и неотложная помощь.

		Поствакцинальная реакция: протокол диагностики, лечение и неотложная помощь.
		Септический шок: протокол диагностики, лечение и неотложная помощь.

8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

Основная литература

1. Ющук Н.Д., Инфекционные болезни : национальное руководство / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1104 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-7481-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html>

Дополнительная литература

1. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / под. ред Учайкина В. Ф., Шамшевой О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-5654-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456545.html>
2. Ющук, Н. Д. Лекции по инфекционным болезням. Т. 1 : руководство для врачей : в 2 т. / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-6619-3. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466193.html>
3. Ющук, Н.Д. Лекции по инфекционным болезням. Т. 2 : руководство для врачей : в 2 т. / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-6620-9. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466209.html>
4. Ющук, Н. Д. Инфекционные болезни : синдромальная диагностика : учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука, Е. А. Климовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-5603-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456033.html>
5. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5421-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html>

Программное обеспечение

1. Лицензионная операционная система Microsoft Windows
2. Лицензионный офисный пакет приложений Microsoft Office
3. Лицензионное антивирусное программное обеспечение Kaspersky Endpoint Security
4. Свободный пакет офисных приложений Apache OpenOffice

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы – Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины

1. Информационно-аналитическая система «SCIENCE INDEX» <https://elibrary.ru/>

2. «Электронная справочная правовая система. Консультант Плюс»
<http://www.consultant.ru/>
3. Интернет-ресурсы свободного доступа Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Free Medical Journals <http://freemedicaljournals.com/>
5. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
6. Электронная библиотека MedLib <http://www.medlib.ws>
7. БД Стэнфордского университета. <http://highwire.stanford.edu/lists/freeart.dtl>

Ресурсы библиотеки ОрГМУ

1. Внутренняя электронно-библиотечная система ОрГМУ
<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. «Электронная библиотечная система. Консультант студента»
<http://www.studmedlib.ru/>
3. «Электронная библиотечная система. Консультант студента» Электронная библиотека медицинского колледжа <http://www.medcollegelib.ru/>
4. «Электронно-библиотечная система. IPRbooks» <http://www.iprbookshop.ru>
5. «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»
<http://www.rosmedlib.ru/>
6. «Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru>

9. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

№	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Типы занятий	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	460528, Оренбургская область, Оренбургский район, с. Ивановка, ул. Елены Черной, 1, ГАУЗ "ООКИБ", корпус Г2, учебная комната №3	Лекции; Практические занятия; Контроль самостоятельной работы; Самостоятельная работа в период промежуточной аттестации (экзамены); Самостоятельная работа	Учебная мебель на 16 посадочных мест, мебель для преподавателя, телевизор, ноутбук, презентации, учебная доска, таблицы, схемы
2	460004, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, учебный корпус ОрГМУ, учебная комната №1	Лекции; Практические занятия; Контроль самостоятельной работы; Самостоятельная работа в период промежуточной аттестации (экзамены); Самостоятельная работа	18 посадочных мест, таблицы, схемы, телевизор, ноутбук, презентации, учебные истории болезней

3	460000, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Советская/ул. М. Горького/ пер. Дмитриевский, 6/45/7, учебный корпус №1, аудитория №212	Самостоятельная работа	10 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.
4	460000, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Советская/ул. М. Горького/ пер. Дмитриевский, 6/45/7, учебный корпус №1, аудитория №319	Самостоятельная работа	10 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.
5	460000, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Советская/ул. М. Горького/ пер. Дмитриевский, 6/45/7, учебный корпус №2, аудитория №202	Самостоятельная работа	14 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.
6	460002, Оренбургская область, г. Оренбург, пр. Парковый, 7, учебный корпус №3, аудитория №253	Самостоятельная работа	20 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.
7	460002, Оренбургская область, г. Оренбург, пр. Парковый, 7, учебный корпус №3, аудитория №259	Самостоятельная работа	12 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза
8	460002, Оренбургская область, г. Оренбург, пр. Парковый, 7, учебный корпус №3, аудитория №128	Самостоятельная работа	11 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.
9	460018, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Невельская, 26а, Клиника адаптационной медицины ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, аудитория №6	Самостоятельная работа	10 рабочих мест, обеспеченных ПК с подключением к сети Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.

Рекомендации для ординаторов при подготовке к ГИА.

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена по специальности и состоит из двух аттестационных испытаний:

- сдача практических навыков
- экзаменационное собеседование по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускаются ординаторы, в полном объеме выполнившие учебный план образовательной программы.

Аттестация начинается с проведения первого этапа ГИА - Оценка уровня и качества освоения ординатором практических навыков, соответствующих квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения (далее врача - специалиста).

Виды оценки практических навыков: контроль умения работать с пациентом, решение проблемно-ситуационных задач, владение манипуляциями.

В процессе подготовки и сдачи практических навыков обучающиеся должны изучить и продемонстрировать знание квалификационной характеристики врача по избранной специальности каждой должности, знание основных требований, предъявляемых к работнику в отношении специальных теоретических знаний по избранной специальности, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

Выпускник ординатуры должен изучить и иметь готовность и способность выполнять в полном объеме должностные обязанности врача – специалиста, устанавливающие перечень основных функций с учетом полученного высшего профессионального образования по избранной специальности.

Должен подготовиться к демонстрации знаний, умений и навыков сформированных профессиональных компетенций врача-специалиста, обеспечивающих выполнение профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой деятельности:

получать информацию о заболевании; применять объективные методы обследования больного;

выявлять общие и специфические признаки заболевания;

выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; определять показания для госпитализации и организовывать ее;

проводить дифференциальную диагностику;

обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
выполнять перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи;
осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска;
проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на МСЭ;
проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного заболевания;
проводить диспансеризацию здоровых и больных;
проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

При подготовке к данному этапу ординатор должен ознакомиться и изучить типовые ситуационные задачи, включенные в методическое обеспечение ГИА профильной кафедрой, быть готовым продемонстрировать владение алгоритмом выполнения обязательных врачебных диагностических и лечебных манипуляций, соответствующих квалификационным требованиям врача по избранной специальности

Уровень владения практическими навыками оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

К экзаменационному собеседованию по специальности допускается обучающийся, успешно прошедший сдачу практических навыков.

Обучающиеся, не показавшие практические навыки работы по специальности, к сдаче экзаменационного собеседования по специальности не допускаются.

При экзаменационном собеседовании проверяется способность экзаменуемого использовать приобретенные знания, умения и практические навыки для решения профессиональных задач врача избранной специальности.

Экзаменационное собеседование по специальности проводится как в устной, так и в письменной форме по билетам. Билеты утверждаются проректором по учебной работе и деканом факультета подготовки кадров высшей квалификации и обновляются не реже одного раза в два года.

По результатам этапов выпускного экзамена по специальности решением экзаменационной комиссии выставляется итоговая оценка. Успешно прошедшим итоговую государственную аттестацию считается ординатор, сдавший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»). При получении оценки «неудовлетворительно» решением экзаменационной комиссии назначается повторная сдача экзамена в установленном порядке.

Экзаменуемый имеет право опротестовать в установленном порядке решение экзаменационной комиссии.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по специальности

31.08.35 Инфекционные болезни

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.35 «Инфекционные болезни», одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 13 от «28» июня 2022 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «29» июня 2022 года

Оренбург

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для итогового контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на государственной итоговой 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 государственной итоговой аттестации соответствуют форме государственной итоговой 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:**

УК-1. Способен критически и системно анализировать возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контекст

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ПК-1. Способен проводить медицинские осмотры, освидетельствования, профилактические, противоэпидемические мероприятия, диспансерное наблюдение за пациентами с инфекционными заболеваниями

ПК-2. Способен применять и интерпретировать результаты специальных методов клинической диагностики и обследования, в том числе для дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний

ПК-3. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями

1. Оценочные материалы
I этап государственного экзамена – сдача практических навыков
Тексты ситуационных задач

Задача №1

Больной С., 38 лет. Обратился к врачу скорой помощи 4.09. с жалобами на постоянную умеренную боль в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Из анамнеза известно, что за 2 недели до болезни возвратился из круиза по Волге. Впервые почувствовал недомогание 17.08.: познабливало, болела голова. Температура 37,4°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал ампициллин по 1 таб. 3 раза в день. Продолжал работать, хотя сохранялась субфебрильная температура, познабливало, был плохой аппетит. 22-23.08. проявления заболевания исчезли, прекратил принимать ампициллин. В ночь с 3 на 4.09. вновь повысилась температура, появились боли в животе (преимущественно справа), тошнота, была однократная рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, сухая, на животе имеются несколько розовых «пятен». Язык обложен густым серым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненный в илеоцекальной области. Там же определяется небольшое напряжение мышц, нерезко выраженный симптом Щеткина. С диагнозом «острый аппендицит» доставлен в стационар, прооперирован. Червеобразный отросток умеренно гиперемирован, отечен. При ревизии брюшной полости замечено значительное увеличение мезентериальных узлов, один из них удален для гистологического исследования. В дистальном отделе подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нв-126г/л, лейкоциты-6,1*10⁹/л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с данным диагнозом?
- 2.Установите диагноз.
- 3.План обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет, т.к. установленный диагноз не объясняет полностью клиническую картину болезни и не соответствует обнаруженным во время операции изменениям, не объясняет причины язвенного колита.
2. Речь идет о брюшном тифе, предперфоративном состоянии. Особенность данного случая - стертые течение болезни вследствие раннего применения ампициллина.
3. Обследование и лечение соответствует установленному диагнозу.

Задача №2

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла.

Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи не снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

ЗАДАНИЕ.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Как следует решить вопрос о госпитализации?
3. Какие лабораторные исследования необходимо провести у данной больной?
4. Наметьте план лечения больной.

Эталон ответа:

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, выраженной интоксикации, частого бескалового стула со слизью и кровью, наличия спазма и болезненности сигмы.
2. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям.
3. Бактериологическое исследование кала.
4. Диета, постельный режим, этиотропная терапия одним из препаратов: антибиотики тетрациклинового ряда, цефалоспорин, ампициллин, производные фторхинолона, бисептол.

Задача №3

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжелое. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают

судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
- 2.Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
- 3.Назначьте регидратационную терапию (вес больного до болезни 70 кг).
- 4.Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели КОС: рН -7,32; РСО - 22 мм.рт.ст.; SB - 16 ммоль/л; BE – 8 ммоль/л; гематокрит - 49%. Адекватна ли проведенная терапия?

Эталон ответа:

1. Холера, тяжелое течение, 4 степень обезвоживания. Диагноз поставлен на основании типичной клинической картины и эпидемиологических данных.
2. Экстренная госпитализация, с транспортировкой на реанимобиле, т.к. показана катетеризация центральной вены для проведения интенсивной регидратации. Выявить всех контактных лиц, сообщить в санитарный контрольный пункт (СКП) аэровокзала.
3. В связи с потерей не менее 10% массы тела, для первичной регидратации требуется переливание не менее 7 литров полиионных растворов.
4. Необходимо бактериологическое исследование испражнений и рвотных масс. Судя по представленным лабораторным данным, проводимая терапия адекватна, однако полная компенсация потерь и восстановление КОС ещё не достигнуты. Терапию следует продолжать.

Задача №4

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 38,5°C, 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 36,5°C. 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.- $13,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Эр – $5,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/час; относительная плотность плазмы крови – 1030, гематокрит-55%, калий плазмы – 3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Определите степень обезвоживания.
3. Составьте план лечения (вес больной 70 кг).

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: сальмонеллёз, гастроэнтерическая форма, тяжёлое течение.
2. Обезвоживание 3 степени.
3. Внутривенное струйное (80-100 мл в минуту) введение полиионных растворов в объеме до 5-6 литров в течение 2-х часов. В дальнейшем регидратация с учётом потерь жидкости.

Задача №5

Больная П., 22 лет, вызвала «скорую помощь» по поводу появления общей слабости, двоения в глазах, тумана перед глазами, головокружения, поперхивания при питье воды. Больна 2-й день. Госпитализирована с подозрением на отравление спиртом.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура $37,2^\circ\text{C}$. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 22 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 66 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налётом, суховат. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стула в течение суток не было. Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Отмечается левосторонний птоз, расширение зрачков, расходящееся косоглазие. Двусторонний парез мягкого нёба.

При дополнительном опросе выяснено, что накануне заболевания была в гостях, где угощали салатами из свежих овощей, жареной картошкой, солёными грибами, пила разведённый спирт.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет. Картина болезни характерна для ботулизма.
2. Для отравления суррогатами алкоголя, содержащими метиловый спирт, этиленгликоль характерно наличие следующих признаков: тошнота,

рвота, неясность зрения, слепота, спутанность сознания, судороги, нарушение дыхания.

3. Биопроба с кровью больной для тестирования ботулинического токсина. Лечение: промывание желудка, очистительная клизма, введение поливалентной противоботулинической сыворотки. Дезинтоксикация. Контроль за состоянием дыхания.

Задача №6

Больная А., 29 лет, заболела 8 дней назад, когда появился озноб, слабость, повышение температуры тела до 38-39°C. Со второго дня болезни отметила боль в горле. В анамнезе - частые ангины. Лечилась полосканием горла, анальгином. С 7-го дня болезни появились боли в суставах рук, ног, усиливающиеся при движении. Принимала самостоятельно аспирин, супрастин, эритромицин – без эффекта. На 14 день болезни состояние больной ухудшилось: на голенях появились багрово-синюшные пятна, болезненные на ощупь. Госпитализирована с диагнозом: «грипп, рожистое воспаление голени».

При осмотре: бледна, цианоз губ, румянец щек в виде «бабочки», температура 38,6°C. Задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста; миндалины гиперемированы, отечны. Полиаденопатия. Голеностопные, лучезапястные суставы умеренно отечны, болезненны при пальпации. На голенях элементы узловатой эритемы. Легкие - без видимой патологии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, пульс 104 уд/мин., АД 110/80 мм.рт.ст. Печень мягкая, выступает из-под реберного края на 1 см, пальпируется селезенка. Из анамнеза: на работе питается в столовой.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз: иерсиниоз, рожа, ревматизм.
2. Составьте план обследования.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз – иерсиниоз, генерализованная форма. Ревматизм полностью не исключается. В пользу иерсиниоза свидетельствует наличие характерного симптомокомплекса: лихорадка, тонзиллит, полиаденит, полиартрит, увеличение печени и селезенки. Наличие частых ангин в анамнезе, систолический шум, тонзиллит, узловатая эритема не позволяют на данном этапе полностью исключить ревматизм. Двустороннее поражение кожи, появление эритемы на 15 день болезни, не укладывается в диагноз «рожа».

2.а) РПГА с иерсиниозными антигенами

б) С-реактивный белок, сиаловые пробы, фибриноген, титры АСЛ-О

в) ЭКГ, УЗИ сердца.

Дифференциальный диагноз с:

а) ВГ: аналогичное начало болезни может наблюдаться при вирусном гепатите А, однако, при вирусном гепатите А появление желтухи

сопровождается улучшением состояния, нормализацией температуры, высыпания на коже отсутствуют.

б) с гриппом, осложненным лекарственной болезнью –отсутствует синдром ларинготрахеита, развитие токсического гепатита после кратковременного приема лекарств не характерно. Имеющееся поражение кистей и стоп патогомонично для иерсиниоза.

в) с энтеровирусной инфекцией – отсутствие катаральных явлений, выраженного диспептического синдрома. Характер сыпи, желтуха не свойственны для энтеровирусной инфекции.

Задача №7.

Больная В., 16 лет, учащаяся, живет в общежитии. Вызвала врача поликлиники 5.09. в связи с очень плохим самочувствием, сильной головной болью, болью в животе и в горле, слабостью. Заболела 4.09., когда внезапно поднялась температура до 39,8°C, отметила головную боль, небольшую боль при глотании, боль в животе. При осмотре отмечена гиперемия слизистой ротоглотки, у основания язычка, на мягком нёбе и верхней полосе миндалин видны 12-15 мелких папул. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Аппетит сохранен. Живот слегка болезненный в области пупка. Печень и селезёнка увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены. Врач диагностировал ОРЗ и рекомендовал жаропонижающие, витамины. При осмотре папул обнаружены мелкие язвочки, которые местами сливались, образуя язвы более крупного размера. Самочувствие больной не ухудшалось, хотя температура держалась на прежних цифрах. Эпиданамнез: соседка по комнате 10 дней тому назад болела в течение 3 дней «гриппом» (беспокоили боли при глотании и высокая температура, которая через 3 дня снизилась до нормальных цифр). К врачу она не обращалась.

Врач госпитализировал пациентку с диагнозом «грипп с явлениями афтозного стоматита».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом врача поликлиники? Если не согласны, то поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.

Эталон ответа

1. Клиническая картина болезни не укладывается в картину гриппа, для которого не характерны боли в животе, увеличение печени и селезёнки. Характер и локализация высыпаний на слизистой ротоглотки не соответствуют картине афтозного стоматита.

2. В данном случае имеется типичная клиническая картина энтеровирусной инфекции – герпангина.

3. Для подтверждения диагноза рекомендуется исследовать парные сыворотки в РН, РСК, РТГА.

Задача №8.

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C.

Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъектированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные.

Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

Эталон ответа:

1. Сочетание тонзиллита, фарингита, ринита и одностороннего плёнчатого конъюнктивита, увеличения лимфатических узлов характерно для аденовирусной инфекции.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с дифтерией глаза (плёнчатый конъюнктивит). Дифтерия глаза обычно сочетается с другими локализациями дифтерийного процесса – дифтерией ротоглотки, носа. Как самостоятельная форма дифтерия не сопровождается катаральным синдромом. Для исключения дифтерии целесообразно исследовать мазки из носа, ротоглотки и конъюнктивы на ВЛ. Провести риноскопию и ларингоскопию.

Задача №9.

Больная И., 25 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Сначала появилось першение в горле, заложенность носа, сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4°C). Не лечилась, т.к. не переносит многих лекарств. Ходила на работу. Сегодня ночью стало хуже, исчез голос, появилось удушье. При осмотре: состояние средней тяжести, бледная цианоз губ. Одышка 26 в мин., дыхание шумное. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин., температура 38,0°C. В легких сухие хрипы, слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки гиперемированы, слегка отёчны.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Решите вопрос о госпитализации.
- 4.Назначьте обследование и лечение.

Эталон ответа:

1. ОРВИ - вероятно, парагрипп, осложненный стенозом гортани 2 степени. В пользу данного диагноза свидетельствует подострое начало заболевания с катаральных явлений, ларингита, внезапное развитие признаков стеноза гортани.

2. В данном случае следует дифференцировать с дифтерией гортани. В отличие от парагриппа, при дифтерии у взрослых признаки стеноза гортани развиваются постепенно на 4-5 день болезни, характерна полная афония. Катаральные явления в виде кашля, насморка, как правило, отсутствуют.

3. Показана экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии инфекционной больницы.

4. Прямая ларингоскопия для исключения дифтерии гортани, мазок из глотки и носа на дифтерию и ИФ на парагрипп. Лечение: оксигенотерапия, кортикостероиды, антигистаминные препараты, салуретики, спазмолитики, ингаляция ментола, бикарбоната, при отсутствии эффекта – интубация трахеи.

Задача №10.

Больной В., 45 лет, обратился повторно к врачу 8.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль, повышение температуры тела до 38,6°C. Считает себя больным с 4.01, когда появилась головная боль в области лба, озноб, повысилась температура до 39,8°C, отмечалась ломота в теле. С 5.01 присоединились скудные выделения из носа, першение в горле, сухой кашель. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, аскорутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько ухудшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 кашель усилился, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, потливость, вновь повысилась температура до 38,6°C.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе зернистость. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧД -26 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм.рт.ст. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2.Решите вопрос о необходимости госпитализации.

3. План обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Грипп. Осложнение: левосторонняя очаговая пневмония, средней тяжести. В пользу данного диагноза свидетельствует острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в проекции трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации.

2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.

3. Рентгенография грудной клетки, анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Задача №11.

Больной А., 19 лет, военнослужащий, заболел остро. Появился озноб, головная боль, через несколько часов присоединились боли в животе, рвота, был однократно жидкий стул. Доставлен в хирургическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит головная боль, боль в животе. Бледен. Температура 38,6°C, пульс- 96 уд/мин, ритмичен, АД 140/90 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации, больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина положительный, лейкоцитоз 17,5*10⁹/л, СОЭ - 28мм/час. Диагностирован острый аппендицит. Во время операции удален катарально измененный аппендикс. Назначен пенициллин 300 тыс. х 3раза в/м. Ночью не спал из-за сильной головной боли, повторилась рвота, утром появилась заторможенность, сохранялась высокая температура. При осмотре выраженный менингеальный синдром.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Острое начало болезни, высокая лихорадка, головная боль, повторная рвота, наличие менингеального синдрома, лейкоцитоз, увеличение СОЭ позволяют в первую очередь думать о гнойном менингите, вероятнее всего менингококковой этиологии.

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с острым аппендицитом. Наличие болей в животе обусловлено свойственной менингиту гиперестезией кожи. Обнаруженные на операции изменения аппендикса не соответствуют тяжести состояния больного, температуре и

картине крови. При аппендиците появление местных симптомов, как правило, предшествуют общей симптоматике.

3. Показана люмбальная пункция с исследованием ЦСЖ, мазок на МК, бактериологическое исследование носоглоточной слизи на менингококк. Необходимо назначение пенициллина в суточной дозе 200-300 мг/кг, дегидратационная терапия, анальгетики.

Задача №12.

Больной К., 19 лет, студент, 10.03 обратился в студенческую поликлинику с жалобами на головную боль, озноб, слабость, першение в горле. Температура при измерении – 39,6° С. Диагностирован грипп. На следующий день состояние ухудшилось, 3 раза была рвота, головная боль усилилась, температура 40° С. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожные покровы чистые. Лицо гиперемировано. В легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные тоны ясные, АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния?
3. План обследования и лечения.
4. Мероприятия в очаге.

Эталон ответа:

1. Менингококковая инфекция: менингит. Тяжелое течение. В пользу диагноза свидетельствует острое развитие болезни, головная боль, рвота, повышение температуры, резко выраженный менингеальный синдром.

2. Тяжесть течения обуславливает развитие отека мозга, за что говорит нарушение сознания, тахипное, повышение давления, судороги и сужение зрачков.

3. Необходима срочная госпитализация в отделение реанимации инфекционной больницы. Произвести люмбальную пункцию для исследования ликвора на бактериологический, клеточный состав. Электролиты. КЩС крови. Лечение проводить пенициллином в дозе 200 – 300 тыс. ЕД на кг массы в сутки. Проводить дегидратационную и дезинтоксикационную терапию.

4. За всеми контактными лицами необходимо наблюдение в течение 10 дней (термометрия, осмотр ротоглотки). Бактериологическое обследование – мазок из носоглотки на менингококк.

Задача №13.

Больной С., 26 лет, инженер. Почувствовал разбитость, познабливание, боль в шее при движении головой. При ощупывании шеи обнаружил с обеих сторон множественные болезненные «шишки», размером до 2 см. Температура 37,8°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: сухие компрессы на шею, жаропонижающие препараты. Состояние не улучшалось, появилась заложенность носа. На 4 день болезни заметил отек век. К 6-му дню болезни температура поднялась до 38,7°C, появилась боль при глотании. Врач поликлиники диагностировал лакунарную ангину и назначил ампициллин в дозе 1г/сут. На 3-4 сутки приема препарата появилась сыпь на коже. Повторно осмотрен врачом. При осмотре: лицо одутловатое, веки отечны. На лице, туловище и конечностях обильная пятнисто-папулезная сыпь с геморрагическим компонентом. Миндалины увеличены до 2-ой степени, умеренно гиперемированы, в лакунах гнойные наложения. Пальпируются увеличенные до 1,5-2см болезненные задне-, переднешейные, подмышечные лимфоузлы. Печень увеличена, пальпируется край селезенки. Направлен на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Каков Ваш диагноз?
- 2.В чем особенности данного клинического случая?
- 3.Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией, корью и лакунарной ангиной.
- 4.Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Инфекционный мононуклеоз. В пользу диагноза свидетельствует постепенное начало болезни, болезненность и увеличение лимфатических узлов, наличие одутловатости лица, отёчности век, лакунарной ангины, гепатолиенального синдрома.
2. Особенностью данного случая является появление сыпи после приема ампициллина, что характерно для мононуклеоза.
3. Характер налетов, постепенное развитие болезни, полиаденопатия, гепатолиенальный синдром не характерны для дифтерии. При кори болезнь начинается остро с катаральных явлений, сыпь появляется на 4-6 день болезни, характерна этапность высыпаний. Для лакунарной ангины характерно острое начало, высокая интоксикация, резкие боли в горле, в то же время полиаденопатия не наблюдается.
4. Общий анализ крови (обратить внимание на атипичные мононуклеары), ИФА с АГ вируса Энштейна-Барр, реакция Хоффа-Бауэра.

Задача №14

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи,

повышение температуры до 37,4°C, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 1x0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты – $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.-8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25мкмоль/л, связанный-6,3мкмоль/л, АЛТ-629нмоль/с*л, АСТ-435нмоль/с*л.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Поставьте диагноз.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом.

Эталон ответа:

1. Нет.
2. Инфекционный мононуклеоз. Лихорадка, полиаденопатия, гепатолиенальный синдром, характерные изменения в крови соответствуют поставленному диагнозу.
3. В отличие от вирусного гепатита, гепатит при инфекционном мононуклеозе развивается в разгаре болезни на фоне указанных выше симптомов.

Задача №15

Больная М., 19 лет, студентка, направлена врачом поликлиники в стационар с диагнозом «дифтерия ротоглотки». Больна 2 день. Заболевание началось с озноба, повышения температуры до 38,8°C, ломоты в теле, першения в горле. На следующий день боль в горле усилилась, стало трудно открывать рот, глотать пищу. Температура 39,8°C. При осмотре состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано. Слизистая ротоглотки ярко красная, миндалины рыхлые, увеличены, с островчатыми наложениями желто-белого цвета с обеих сторон. Резко болезненные и увеличенные подчелюстные лимфатические узлы. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин.

Из эпид.анамнеза выяснилось, что в группе госпитализирован студент с диагнозом «дифтерия».

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Предположительный диагноз и его обоснование.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Назначьте план обследования и лечения.
- 5.Предположите этиологию данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Нет.
2. Лакунарная ангина средней тяжести. В пользу данного диагноза свидетельствуют: острое начало болезни, выраженная интоксикация, яркая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, рыхлые миндалины с гнойными наложениями, резкая болезненность подчелюстных лимфоузлов. Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией, инфекционным мононуклеозом.
3. В отличие от ангины, при дифтерии болезнь начинается постепенно, температура чаще субфебрильная, боль в горле умеренная, лицо бледное, слизистая ротоглотки с цианотичным оттенком, налет носит пленчатый характер, грязно–серого цвета, лимфоузлы умеренно увеличены и болезненны. Для инфекционного мононуклеоза характерно постепенное развитие болезни, наличие катаральных явлений, увеличение шейных лимфоузлов, а также печени и селезенки.
4. Для исключения дифтерии необходимо сделать мазок из ротоглотки на ВЛ, общий анализ крови. Лечение проводить пенициллином в дозе 3 млн ЕД в сутки, а также дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию.
5. Данная ангина этиологически является стрептококковой.

Задача № 16

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,80С, небольшой головной боли, слабости.

Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи.

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция.

В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом врача поликлиники? Если нет, то каков Ваш диагноз? Обоснуйте.
- 2.Укажите необходимые методы лабораторной диагностики в данном случае.
- 3.Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

1. Нет. Острый вирусный гепатит, наиболее вероятен гепатит А, о чем свидетельствует гриппоподобное начало болезни, улучшение самочувствия к моменту появления желтухи, увеличение печени и селезенки.
2. Комплекс биохимических исследований, маркеры ВГ.
3. В данном случае показана базисная терапия: постельный режим, 5 стол, наблюдение в динамике.

Задача №17

Больная Р., 48 лет, 21.07. обнаружила покраснение на шее слева, ниже уха, а в области VII шейного позвонка –небольшую болезненность. Указанные явления исчезли в течение 2 дней. С 25.08 больную стали беспокоить тянущие боли в шейно–воротниковой зоне, преимущественно слева, небольшое недомогание, познабливание, в связи с чем она обратилась к врачу поликлиники. Был диагностирован остеохондроз шейного отдела позвоночника, назначена противовоспалительная терапия диклофенаком и консультация физиотерапевта, который рекомендовал массаж шейно-воротниковой зоны. В течение 6 дней проводилась рекомендованная терапия, однако улучшения не наступало, общее самочувствие оставалось прежним, по вечерам отмечала субфебрильную температуру, была ломота в мышцах, слабость, головная боль. 01.09 у больной сложилось впечатление, что она травмировала имеющуюся сзади на шее родинку, вновь обратилась к участковому врачу и была направлена на консультацию к хирургу. При осмотре хирургом в области VII шейного позвонка обнаружены зона гиперемии диаметром около 20 см и образование чёрного цвета размером 2х3 мм, которое было иссечено, а материал отправлен на гистологическое исследование. Через 2 дня из патоморфологической лаборатории пришел ответ, что в исследуемом материале обнаружен лесной клещ. 04.09 у больной температура тела поднялась до 39°C, усилились тянущие боли в шейной и плече-лопаточной областях. При повторном осмотре терапевтом отмечено увеличение зоны гиперемии, которая достигла поясничной области, появилось просветление и отечность в центре гиперемированного пятна. Пальпируются подмышечные лимфоузлы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 уд/мин, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность затылочных мышц сомнительна, выявление этого симптома затруднено из-за болей в области шейного отдела позвоночника. Симптом Кернига отрицательный с обеих сторон. С диагнозом «токсико-аллергический дерматит на укус клеща» госпитализирована в соматическое отделение. При сборе эпидемиологического анамнеза выяснено, что больная в течение всего лета жила на даче в Подмоскowie, часто посещала лес, несколько раз в течение лета были укусы клещей.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом? Ваш диагноз? Обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.

3.Ваша тактика обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет. У больного системный клещевой боррелиоз. Диагноз поставлен на основании характерных клинико-эпидемиологических данных: наличие кольцевидной мигрирующей эритемы после присасывания клеща, на фоне интоксикации и лихорадки, корешковой симптоматики, регионарного лимфаденита, данных о присасывании клещей во время посещения леса в Подмосковье.

2. Токсико-аллергические реакции на укусы кровососущих членистоногих развиваются остро, непосредственно вслед за укусом; сопровождаются появлением инфильтрации, отека, зуда в месте укуса, иногда общими признаками интоксикации, анарелаксации.

3. Для подтверждения диагноза: обнаружение антител в РНИФ, ИФА в динамике. Лечение следует проводить одним из препаратов: пенициллин, доксициклин, цефтриаксон, сумамед.

Задача №18

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°C. При осмотре: состояние средней тяжести, обильно потеет, температура 37,3°C. При осмотре выявлена умеренная тахикардия, увеличение печени и селезенки. Контакт с лихорадящими больными не имела, из Подмосковья не выезжала. От госпитализации отказалась.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Составьте план обследования.

Эталон ответа:

1. 3-х дневная малярия средней тяжести. (Острое начало, озноб, высокая температура, потливость, гепатолиенальный синдром).

2. Дифференциальный диагноз проводится с гриппом, лептоспирозом, сепсисом.

3. При обследовании на дому общий анализ крови, мазок и толстую каплю на малярию.

Задача №19

Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль,

резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боли в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Астраханскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъективаны. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Укажите, какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести.

Эталон ответа:

1. Чума, бубонная форма, вторичная пневмония, тяжёлое течение болезни. Диагноз поставлен на основании сочетания тяжёлой интоксикации, наличия резко болезненного бубона, присоединения пневмоний и эпидемиологических данных.

2. Бактериологическое исследование мокроты (бактериоскопия, посев), крови, пунктатов из бубона; заражение этими же субстратами лабораторных животных. Рентген легких. Назначить комбинированную антибактериальную терапию: стрептомицин (3г. в сутки), доксициклин (0,3 г. в сутки) или левомецетин (6г в сутки). Дезинтоксикационная терапия.

3. Врач должен по телефону сообщить главному врачу и в органы санэпиднадзора о предположительном диагнозе. Вызвать специальный транспорт для госпитализации больного в бокс. Необходимо выявить и изолировать всех контактных лиц и провести им химиофилактику.

Задача № 20

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и

конъюнктивы инъецированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3х4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпиданамнез: за 4 дня до заболевания ездил на охоту в Рязанскую область, подстрелил зайца, разделывал его тушку.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Можно ли думать о чуме и на основании чего? Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования и лечения
4. Каковы механизмы передачи туляремии и их связь с клиническими формами болезни?

Эталон ответа:

1. Туляремия, бубонная форма. Об указанном диагнозе свидетельствует острое начало болезни, интоксикация, лихорадка, внешний вид больного и наличие малоболлезненного бубона без признаков нагноения, связь заболевания с разделыванием тушки зайца.

2. Наличие лихорадки, интоксикации и лимфаденита может вызвать подозрение о бубонной форме чумы, однако Рязанская область расположена вне природных очагов чумы. Клинические отличия состоят в том, что интоксикация при туляремии умеренно выражена, бубон малоболлезненный, без признаков периаденита и раннего нагноения.

3. Внутривенная проба с тулярином. РА, РНГА с парными сыворотками. Лечение: больного следует госпитализировать, назначить стрептомицин 1 г. в сутки или препараты тетрациклинового ряда в обычной дозировке до 5-7 дня нормальной температуры.

4. Механизмы передачи туляремии: контактный (чаще всего ведет к развитию бубонной формы болезни); фекально-оральный (при употреблении пищи, воды, загрязненной выделениями грызунов, при этом развивается ангинозно-бубонная форма), трансмиссивный (в результате развивается кожно-бубонная форма болезни).

Задача № 21

Больной Х., 32 лет, заболел, возвращаясь из поездки в Уганду (Центральная Африка), где он находился в течение 2-х недель; по роду работы выходил в джунгли. При посадке в самолет почувствовал себя плохо: появился озноб, головная боль, боли в мышцах спины, нижних конечностях, пояснице. Во время перелета самочувствие продолжало ухудшаться: появилась тошнота, несколько раз была рвота, беспокоила жажда, светобоязнь, моча приобрела красноватый оттенок. Сразу по прилете доставлен в медицинский пункт аэропорта. При осмотре: состояние тяжелое, температура 40°C, больной

беспокоен, стонет, пытается встать, обращенную речь понимает плохо, на вопросы не отвечает, но команды выполняет. Лицо и шея ярко гиперемированы, глаза «налиты кровью», блестят. В момент осмотра носовое кровотечение. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД- 24 в мин, пульс- 126 уд/мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Слизистая оболочка полости рта и языка ярко гиперемирована, отечна. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенку пальпировать не удалось. Сомнительные ригидность мышц затылка и симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

1. О каких наиболее вероятных заболеваниях следует думать?
2. Какова должна быть тактика врача медицинского пункта?

Эталон ответа:

1. На основании бурного начала болезни, тяжелой интоксикации, проявляющейся головной болью, миалгией, рвотой, возбуждением, неадекватностью; наличием гиперемии лица, слизистых глаз, полости рта; развития геморрагического синдрома можно заподозрить вирусную геморрагическую лихорадку (в частности лихорадку Эбола, эндемичную для данного региона). Дифференциальный диагноз следует проводить с другими геморрагическими лихорадками, лептоспирозом, тропической малярией.

2. При подозрении на ООИ врач медпункта обязан прекратить дальнейший прием больных, закрыть двери и окна, запретить выход больных и вынос вещей. Уведомить по телефону руководство мед. службы об установленном диагнозе, запросить защитную одежду, необходимые медикаменты, средства экстренной профилактики, дезинфицирующие растворы и предметы ухода за больными. Переодеться в защитную одежду, предварительно обработав кожу 70° спиртом. Оказать больному первую помощь, уточнить данные эпиданамнеза, проводить текущую дезинфекцию. Составить список лиц, контактирующих в медпункте. Доложить прибывшим консультантам о больном. Оформить направление больного в стационар.

Задача № 22

Больной В., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы с диагнозом «острый пиелонефрит» 10.09. При поступлении жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе и пояснице. Заболел 6.09 остро: появилась головная боль, озноб, боли в мышцах, температура повысилась до 39,40. Был диагностирован грипп. Лечился бисептолом, состояние не улучшалось. Из-за сильной жажды и сухости во рту пил много жидкости. 9.09 температура снизилась до 37,60С, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар.

Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в Подмоскowie. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышиный помет.

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъекцированы. Кровоизлияние в склере левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 3.С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
- 4.Составьте план обследования.

Эталон ответа:

1. Нет, т.к. клиническая картина болезни полностью не укладывается в диагноз пиелонефрита. В частности, для пиелонефрита не характерно наличие кровоизлияний в склеры, геморрагической сыпи.
2. Наиболее вероятным диагнозом является: ГЛПС, олигурический период болезни (характерная цикличность заболевания: острое начало с выраженным токсикозом, появление признаков поражения почек и геморрагического синдрома на фоне снижения температуры, эпиданамнез).
3. Дифференциальный диагноз проводится с лептоспирозом, сепсисом.
4. Общий анализ крови, мочи, определение уровня мочевины, креатинина и К⁺ крови, проба Зимницкого, специфические методы – ИФА, РНИФ.

Задача № 23

Во время выполнения люмбальной пункции у больного менингитом и ВИЧ-инфекцией в стадии III В инфекционист случайно проколол резиновую перчатку и поранил кожу пальца с выделением капель крови.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Действия врача в подобной ситуации?
- 2.Есть ли необходимость проведения химиопрофилактики?
- 3.Назовите степени риска заражения и необходимость проведения химиопрофилактики.

Эталон ответа:

1. Необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их. Выдавить кровь из ранки, вымыть руки под проточной водой с мылом, обработать их 70% спиртом и смазать ранку 5% раствором

йода. Поставить в известность администрацию медицинского учреждения, которая, проведя расследование и составив акт о несчастном случае, вносит запись об этом в индивидуальную карту медицинского работника. Наблюдение за пострадавшим врачом и исследование его крови на антитела к ВИЧ следует проводить в СПИД-центре каждые 3 месяца в течение одного года.

2. Объем химиопрофилактики зависит от степени риска парентерального инфицирования. В данном случае, несмотря на неглубокое поражение кожи (капельное отделение крови), степень риска высокая, так как у больного имеется развернутая клиническая картина заболевания (стадия III В). Комбинированная химиопрофилактика должна быть начата не позднее, чем через 6 часов после происшедшей травмы и проводится в течение 4-х недель тремя препаратами (два ингибитора обратной транскриптазы, один ингибитор протеазы).

3. Выделены 3 степени риска заражения при парентеральном инфицировании: высокая - при глубоком ранении, сопровождающемся кровотечением; умеренная - при неглубоком ранении с «капельным» отделением крови; минимальная - при поверхностной травматизации кожи или попадании биологических жидкостей больных на слизистые. Химиопрофилактика в течение 4 недель обязательна при высокой степени риска, должна быть предложена при умеренной степени риска, и желательна - при минимальной степени риска.

Задача № 24

Больная З., 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°C. 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°C. 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.

ЗАДАНИЕ.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.

3.Терапевтическая тактика.

Эталон ответа:

1. Первичная эриматозная рожа правой голени, среднетяжелое течение болезни. Сопутствующее заболевание - варикоз вен правой ноги.

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с тромбофлебитом поверхностных вен правой голени. В отличие от рожи, при тромбофлебите общие симптомы возникают одновременно или позже, чем локальные (боль, покраснение), участок гиперемии расположен по ходу вен, не имеет четких границ, в центре максимальная болезненность и уплотнение. В то же время, при развитии рожи у больного возможно развитие флебита и тромбофлебита.

3. Учитывая отягощенный фон, показана госпитализация. Этиотропная терапия пенициллином в дозе 6 млн ЕД в сутки должны сочетаться с назначением гепарина. Показана консультация флеболога. После выписки больная должна находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных болезней поликлиники. Должен быть решен вопрос о лечении варикоза вен (оперативное, консервативное).

Задача № 25

Больной Д., 56 лет. Заболел 14.05 около 18 часов. Отметил сильную слабость, озноб, головную боль, боли в мышцах рук и ног, пояснице. Температура тела 40,6°C. Вызвал «скорую помощь». Врач поставил диагноз «грипп». Назначил обильное питье и полоскание горла, аспирин, анальгин. Ночью спал с перерывами. Утром состояние по-прежнему плохое: головная боль, боли в мышцах, чувство жара, температура тела 41,0°C, рвота, спутанность сознания. Был кратковременный обморок при попытке встать с постели. Появилось покраснение голени, а затем и тыла правой стопы, к середине дня распространившееся на всю голень. Несколько позже на пораженной коже появились пузыри. На второй день болезни осмотрен участковым врачом. Объективно: состояние тяжелое. Вес около 100 кг при росте 172 см. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 40,2°C. На правой ноге участок эритемы, охватывающий голень и стопу. Очертания очага неправильные, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, умеренно болезненная. Голень отечная. На тыле стопы имеются пузыри размером 3x4 см., напряженные, заполненные геморрагическим содержимым, много кровоизлияний. Имеется болезненность и увеличение паховых лимфоузлов, гиперемия кожи над ними - «розовое пятно». Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. Пульс 116 уд/мин, АД 110/60 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык суховат, обложен. Живот мягкий. Дизурических явлений нет. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
- 2.Определите терапевтическую тактику.

3. Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.

4. Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Эталон ответа:

1. У больного буллезно-геморрагическая рожа правой голени, тяжелое течение болезни. Сопутствующие заболевания: микоз стоп, ожирение.

2. В связи с тяжестью течения болезни показана госпитализация. Препарат выбора - пенициллин в суточной дозе 6 000 000 ЕД. Целесообразно вскрытие пузырей с последующим УФО, примочки с фурациллином, дезинтоксикационная терапия.

3. Микоз стоп и ожирение - предрасполагающие факторы к развитию рецидивирующей рожи. Больной должен быть направлен в кабинет инфекционных болезней для диспансерного наблюдения. Необходимо лечение и профилактика микоза стоп, ожирения.

4. Серозно-геморрагическое воспаление кожи с вовлечением в процесс капилляров и лимфатических сосудов кожи.

Задача № 26

Больная Н., 58 лет обратилась к невропатологу 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°C, головная боль усилилась и приняла диффузный характер. Была однократная рвота. На правой щеке появился участок покраснения и отек. Больная вызвала врача на дом и была госпитализирована с диагнозом «рожистое воспаление лица». При поступлении 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.

ЗАДАНИЕ.

1. Установите диагноз, обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Каковы этиология и патогенез этого заболевания.

Эталон ответа

1. Опоясывающий лишай (herpes zoster) V1, V2. Серозный менингит? Диагноз поставлен на основании характерной динамики болезни, учитывая

наличие невралгии тройничного нерва в продромальном периоде, с последующей лихорадкой и появлением местных изменений - эритемы с папулезно-везикулезными высыпаниями. Наличие головной боли, рвоты, ригидности мышц затылка говорит о наличии серозного менингита, который характерен для данного заболевания.

2. В данном случае тригеминит является не самостоятельным заболеванием, а характерным проявлением основной болезни. Для рожи не характерно наличие тригеминита, эритема имеет четкие границы, более яркая по периферии, отсутствует папулезно-везикулярные высыпания. При эриматозно-буллезной форме имеются крупные пузыри.

3. Возбудителем болезни является вирус *varicella zoster*, который при первичном инфицировании вызывает ветряную оспу, после перенесения этого заболевания вирус персистирует пожизненно в нервных ганглиях. При ослаблении иммунитета возобновляется репликация вируса, который распространяется по нервным волокнам и вызывает поражение кожи в пределах 1-2 сегментов соответствующих нервов.

Задача № 27

Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти.

Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации.

Эпиданамнез: больной постоянно живет в Москве. Никуда не выезжал. Работает скорняком в кооперативе. Контакт с инфекционными больными отрицает.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика участкового врача?

Эталон ответа:

1. Сибирская язва, кожная форма, среднетяжелое течение. Диагноз поставлен на основании характерной динамики развития местных изменений (зудящее пятно – пузырек – язва, покрытая черной коркой), наличия венчика

гиперемии и вторичных пузырьков, безболезненности очага поражения и лимфатических узлов, а также эпид.данных (работа скорняком).

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с фурункулезом, туляремией, чумой.

3. Необходима экстренная госпитализация. Подать экстренное извещение в органы санэпиднадзора. Выявить контактных лиц.

Задача № 28

Больной В., 18 лет, студент техникума, доставлен в психиатрическую больницу 28 августа с диагнозом: «Острый психоз? Алкогольный делирий?». Болен 3-ий день: появилось беспокойство, раздражительность, боль в ногах, температура 37,5°C, плохой сон. Сегодня состояния ухудшилось: появилось затруднение дыхания («спазмы»), обильное слюноотделение, расстройство глотания, резкая возбудимость, чувство страха. При осмотре: беспокоен, не вполне адекватен, вздрагивает от прикосновений и громких звуков, с развитием спазмов дыхания и глотания. При попытке пить воду из стакана возникает спазм мышц шеи. Зрачки расширены, глаза блуждают. АД 100/50мм.рт.ст., пульс-130 уд/мин, температура 38,6°C. Частота дыхания до 38 в 1 минуту. Контакт с инфекционными больными не имел. Дома была собака, которая в июле умерла от «чумки». К врачу не обращался.

ЗАДАНИЕ.

1. Ваши предположения о диагнозе? Обоснуйте.
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Принципы ведения больного.

Эталон ответа:

1. Бешенство. Контакт с погибшей собакой, характерная динамика болезни с развитием на 3-й день фобий, расстройства дыхания и глотания, гиперсаливация, психомоторное возбуждение.

2. Обнаружение антигена вируса методом РИФ в отпечатках роговицы, биоптатах кожи, выделение вируса из слюны, слезной и цереброспинальной жидкостей, эксгумация трупа собаки и обнаружение телец Бабеша-Негри в препаратах мозга.

3. Лечебно-охранительный режим. Антирабический иммуноглобулин, снотворные, противосудорожные, седативные средства. Регидратация. ИВЛ.

Задача № 29

Больной В., 25 лет, обратился к стоматологу в поликлинику в связи с затруднением при открывании рта. Стоматолог патологии не выявил, но отметил, что больной открывает рот не более чем на 3 см и направил его к неврологу. Невролог отметил оживление сухожильных рефлексов и рекомендовал успокаивающую микстуру с валерьяной и пустырником. На следующий день больной вновь обратился в поликлинику к терапевту в связи

с полной невозможностью открывать рот и появлением затруднения при дыхании. Температура 37,5°C. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс – 88 уд/мин, АД 130/85 мм.рт.ст. В амбулаторной карте терапевт отметил неадекватность поведения больного, проявляющееся в «немотивированной улыбке». Не получив помощи, больной обратился к хирургу, который выяснил, что за 10 дней до начала болезни больной получил ссадину левой голени во время игры в футбол, и после осмотра, беседы установил диагноз.

ЗАДАНИЕ.

1. Какой диагноз установил хирург? Обоснуйте его.
2. Терапевтическая тактика.
3. Появления каких симптомов возможно ожидать при отсутствии медицинской помощи?
4. Каков патогенез данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Столбняк, начальный период болезни. Диагноз поставлен на основании наличия тризма, затруднения дыхания вследствие мышечного гипертонуса, наличия «сардонической улыбки», оживления сухожильных рефлексов, а также данных о наличии травмы за 10 дней до начала болезни.

2. Экстренная госпитализация. Осмотр раны, при необходимости ее хирургическая обработка. В/м введение 100-150 тыс МЕ противостолбнячной сыворотки или 900 МЕ противостолбнячного иммуноглобулина однократно. Противосудорожная терапия. По показаниям в тяжелых случаях ИВЛ, миорелаксанты, ГБО, антибиотики, полиионные растворы.

3. При отсутствии медицинской помощи следует ожидать дальнейшего повышения мышечного тонуса, возможно развитие опистотонуса, присоединение генерализованных тетанических судорог, гипергидратация. Гипертермия.

4. В основе патогенеза столбняка лежит действие токсина возбудителя на ЦНС, приводящего к выпадению тормозной функции вставочных мотонейронов с развитием мышечного гипертонуса, а также усиление афферентной импульсации, которая приводит к возникновению судорожных приступов.

Задача № 30

Больной П., 25 лет, рабочий. Обратился в МСЧ завода в связи с плохим самочувствием, слабостью, повышением температуры тела до 37,5°C, появлением кашля и насморка, головной боли. Осмотрен врачом. Отмечены отечность, гиперемия слизистой ротоглотки. С диагнозом «грипп» отправлен домой. В течение следующих 2-3 дней самочувствие ухудшилось, нарастала слабость, мучил сухой кашель, насморк, температура достигла 39,5°C, исчез аппетит, плохо спал ночью. Врач поликлиники, вызванный на дом, выявил гиперемию и одутловатость лица, отечность конъюнктив и краев век, слезотечение и светобоязнь. Кашель был частым, грубым, голос - охрипшим.

При осмотре полости рта и глотки - яркая гиперемия, отечность, рыхлость слизистой. На внутренней поверхности щек (напротив коренных зубов) беловатые образования до 1 мм в диаметре, окруженные небольшим венчиком красноты. В легких рассеянные, сухие хрипы, пульс 98 уд/мин, ритмичный. Латеральные шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Печень не увеличена. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
4. Спрогнозируйте дальнейшее развитие болезни. Укажите возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Корь, катаральный период болезни. Диагноз поставлен на основании острого начала, нарастающей лихорадки, наличия катаральных явлений, в частности, конъюнктивита и склерита, наличия пятен Филатова-Коплика, увеличения лимфоузлов.

2. В данном случае необходимо дифференцировать с гриппом, при котором наблюдается более острое развитие болезни с наибольшей выраженностью в 1-2 день болезни, в то же время наличия пятен Коплика-Филатова и шейных лимфоузлов не наблюдается.

3. С учетом тяжести течения кори у взрослых желательна госпитализация больного.

4. Прогноз благоприятный, но возможны осложнения – бронхит, пневмония, кератоконъюнктивит, отит, энцефалит.

Задача № 31

Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала анальгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла, не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°C, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный

рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Каков прогноз заболевания?

Эталон ответа:

1. Краснуха, менингоэнцефалит, тяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании характерной клиники – наличие лихорадки, катаральных явлений, сыпи, увеличения затылочных лимфоузлов, а также внезапное появление на 8-й день болезни температуры, судорог и потери сознания, рвоты.

2. Для подтверждения диагноза показана люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости. Обнаружение в крови антител класса IgM или 4-х кратного нарастания титра общих антител к вирусу краснухи. Лечение – патогенетическое, борьба с отеком мозга путем применения салуретиков и дексазона.

3. Прогноз серьезный. Летальность достигает 20 – 40%.

Задача № 32

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°C, 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°C. 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 88 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.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования и тактику ведения больного.

Эталон ответа:

1. Высокая лихорадка, головная боль, бессонница, отсутствие аппетита, жидкий стул, сыпь, увеличение печени и селезенки позволяют диагностировать тифо-паратифозное заболевание, вероятно паратиф В, для которого характерно острое начало болезни, сочетание катаральных и диспептических явлений, раннее появление обильной сыпи.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с иерсиниозом, сыпным тифом.

3. Обследование следует проводить в соответствии с предполагаемым диагнозом с учетом дифференциального диагноза. Препаратом выбора в данном случае является левомицетин, т.к он эффективен при всех 3-х дифференциальных заболеваниях.

Задача № 33

Больной К. 42 лет, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке в Подмосковье. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) ПТИ
- б) Холера
- в) Амебиаз
- г) Ротавирусный гастроэнтерит
- д) Иерсиниоз

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз - ротавирусный гастроэнтерит.

2. Характер стула, наличие легких катаральных явлений, отсутствие эпидемиологических данных позволяют считать диагноз ПТИ маловероятным. Наличие болевого синдрома, характер стула, начало болезни с появления рвоты позволяет исключить холеру. Для амебиаза характерен более длительный инкубационный период, отсутствие катаральных явлений, рвоты, постепенное развитие болезни, наличие кала со слизью и кровью. Диагноз иерсиниоза полностью не может быть исключён, однако локализация болей, характер стула, наличие метеоризма более типичны для гастроэнтерита.

3. Необходимо провести бактериологическое исследование испражнений, вирусологическое и серологическое исследования с ротавирусными, иерсиниозными и сальмонеллезными антигенами.

Задача № 34

Больная П., 29 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, кашицеобразный стул 3-4 раза, с примесью слизи. Заболела месяц назад, когда появились боли в животе, а затем жидкий стул до 4-х раз в сутки со слизью и кровью. Температура тела не повышалась. Обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз: острая дизентерия, назначен тетрациклин. Состояние улучшилось, стул нормализовался. Через неделю вновь возобновился неустойчивый стул со слизью и кровью. Больная госпитализирована с диагнозом: обострение дизентерии.

Из эпиданамнеза известно, что за 2 недели до заболевания отдыхала в Египте, ела фрукты, овощи, пила водопроводную воду.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Бледная. Язык влажный, обожжен белым налётом. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях (больше справа). Слепая и сигмовидная кишки утолщены, болезненные при пальпации. Печень + 2 см.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Установите наиболее вероятный диагноз.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Назначьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет.
2. Наиболее вероятный диагноз - кишечный амебиаз.
3. В отличие от острой дизентерии, отсутствует общая интоксикация, стул сохраняет каловый характер, имеется характерная «биполярность» поражения и типичные изменения в сигмовидной кишке при отсутствии поражения сфинктера и прямой кишки.

4. Для уточнения диагноза необходимо паразитологическое исследование нативного мазка фекалий. Параллельно провести бактериологическое исследование кала. Лечение следует проводить одним из следующих препаратов: метронидазол, тинидазол, орнидазол.

Задача № 35

Врач МСЧ завода вызван к главному инженеру этого завода Л., 58 лет. В 10 часов утра во время заседания у больного возникла боль постоянного характера в эпигастриальной области, тошнота, рвота пищей 3 раза, однократно жидкий стул, резкая слабость. Вечером накануне заболевания обильно поужинал вместе с семьей. Члены семьи здоровы. При осмотре врач оценил состояние как среднетяжёлое, однако, настораживали сохранение болей в эпигастрии, бледность, акроцианоз, беспокойство больного. Сердечные тоны

приглушены, ритмичные. Пульс 94 уд/мин. АД снижено до 100/70 мм.рт.ст. (привычное АД 140/85 мм.рт.ст.) Вызвана машина скорой помощи, врач которой решил госпитализировать больного с диагнозом «ПТИ», так как на ЭКГ отклонений не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать в подобной ситуации?
- 4.Какой должна быть дальнейшая тактика лечения.

Эталон ответа:

1. Нет, т.к. тяжесть состояния больного не соответствует выраженности диспептического синдрома. Характер болей также не типичен для ПТИ.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с инфарктом миокарда, т.к. отсутствие изменений на ЭКГ в первые часы не исключает возможность этого заболевания.

3. Определить активность кардиоспецифических ферментов (КФК, АСТ). ЭХО КГ сердца. ЭКГ в динамике, посев кала на БД и сальмонеллы.

До уточнения диагноза необходимо использовать тактику ведения больных с инфарктом миокарда, воздержаться от промывания желудка и внутривенной регидратации.

Задача №36

Больная Н., 42 лет, госпитализирована в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». При поступлении состояние средней тяжести. Жалобы на боли в правом подреберье, тошноту, повышение температуры, кашель. Заболела около 2-х недель назад, когда появилось недомогание, повышение температуры, беспокоил кашель, одышка, на коже появились зудящие высыпания. 3 дня назад заметила потемнение мочи, а на следующий день желтушность склер и кожи. Контакта с инфекционными больными не имела, гепатитом раньше не болела, за последние полгода никаких парентеральных манипуляций не проводилось. Питается дома. За 3 недели до начала болезни в течение 3-х дней ела вяленую рыбу, привезенную из Сибири.

При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Составьте план обследования и лечения.

4. Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

Эталон ответа:

1. Описторхоз, острая фаза, среднетяжелое течение болезни. Диагноз поставлен на основании выраженной лихорадки, наличия признаков гепатита, лейкоцитоза и эозинофилии крови, а также эпидемиологических данных (употребление вяленой рыбы, привезенной из Сибири).

2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с вирусными гепатитами, а также с генерализованной формой иерсиниоза, лептоспирозом, обострением хронического гепатита.

3. Необходимо исследование дуоденального содержимого и испражнений с целью обнаружения яиц возбудителя, ИФА, биохимия крови, рентген легких, исследование крови на маркеры ВГВ и ВГС; а также провести обследование на лептоспироз и иерсиниоз. Лечение – празиквантел из расчета 50 мг/кг однократно.

Возбудитель – кошачья двуустка (*opistorchis felineus*) - поражает внутрипеченочные желчные ходы и протоки поджелудочной железы.

Задача №37

Больной К., 38 лет, обратился в поликлинику с жалобами на высокую лихорадку в течение 12 дней, головную боль, боли в мышцах. При осмотре обнаружены высыпания на коже, увеличение печени. Госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «брюшной тиф»?

При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до 37,3-37,8°C, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекали глаза». Температура в течение недели достигла 38-38,8°C (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже.

Контактов с больными не имел. Примерно за 3 недели до болезни был в гостях пил водку, закусывал салатом, свиным салом, квашеной капустой. У больного имеются сведения, что двое из участников застолья болеют «гриппом».

Состояние при поступлении средней тяжести. Лицо гиперемировано, одутловато. Веки отечны. Склеры, конъюнктивы инъекцированы. Пальпация мышц шеи, плечевого пояса, бедер болезненна. В легких – без патологии. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2 см. В левом подреберье пальпируется край селезенки. Стул регулярный, кашицеобразный. Дизурии нет. Со стороны ЦНС без патологии.

Ан. крови при поступлении: Нb-138 г/л, L- 12,8*109/л, э-24%, п/я-15%, с/я –39%, лимф.-18%, мон.-4%. СОЭ-36 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения и обследования.
4. Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Трихинеллез, средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании длительной лихорадки, болей в мышцах, отека лица, уртикарных высыпаний на коже, инъекции сосудов склер и конъюнктив, эозинофилии в крови.

2. В отличие от трихинеллеза, при брюшном тифе отмечается бледность кожных покровов, заторможенность и адинамия, сыпь носит розеолезный характер, отмечается относительная брадикардия, в крови – лейкопения и анэозинофилия. Кроме того, для брюшного тифа не характерны боли в мышцах и отек лица. Дифференциальный диагноз следует также проводить с лептоспирозом, сыпным тифом, описторхозом, бруцеллезом.

3. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение трихинелл в биоптатах мышц больного, в остатках подозрительных мясных продуктов (сала), серологические реакции РНГА, РСК. Лечение следует проводить мебендазолом по 300 мг/сутки в течение 5-10 дней. Одновременно следует назначить антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты.

4. В основе патогенеза болезни лежит токсикоаллергическое действие продуктов метаболизма возбудителя и воспалительная реакция мышечной ткани на внедрение личинок возбудителя.

Задача №38

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела 37,4°C. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. 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. Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ.

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Что лежит в основе указанных клинических проявлений.

Эталон ответа:

1. Гельминтоз, ранняя (миграционная) фаза, вероятнее всего аскаридоз. Диагноз поставлен на основании наличия токсикоаллергического синдрома. В пользу аскаридоза свидетельствует наличие «летучих» инфильтратов в легких и данные эпиданамнеза.

2. Дифференциальный диагноз проводят с анкилостомидозами, токсокарозом, трихинеллезом, филяриатозами, стронгилоидозом.

3. РНГА с антигенами аскарид, обнаружение личинок в мокроте, гельминтологическое исследование фекалий в кишечной фазе. Лечение в миграционной стадии проводится антигистаминными препаратами, в кишечной фазе применяется пирантел 10 мг/кг однократно. Также могут быть использованы левамизол 150 мг однократно, мебендазол по 100 мг 2 раза в день в течение 2-х дней, албендазол –200-400 мг однократно.

Токсикоаллергические реакции общего и местного характера обусловлены миграцией личинок гельминта (эозинофильные инфильтраты в легких).

Задача №39

Больная А., 22 лет, студентка из Египта, госпитализирована с подозрением на острую дизентерию. Жалобы на боли в животе схваткообразного характера, частый стул со слизью и кровью, боли при дефекации. Состояние средней тяжести. Больна в течение 3-х месяцев, за этот период было 3 эпизода диареи, в промежутках между которыми наблюдались запоры. За 2-3 недели до первого эпизода диареи у больной отмечалась лихорадка в течение 5 дней, сопровождавшаяся зудящей сыпью и кашлем. К врачу не обращалась. При осмотре отмечена бледность кожных покровов, увеличение печени и селезенки. Болезненность при пальпации толстого кишечника, сигма уплотнена. Стул осмотрен, скудный, слизисто-кровянистого характера. При ректороманоскопии обнаружены участки катарального воспаления в прямой и сигмовидной кишке, единичные эрозии; остальная поверхность слизистой оболочки бледная, со значительным количеством мелких, желтоватого цвета гранул. При бактериологических и серологических исследованиях на кишечную группу получены отрицательные результаты.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.С каким диагнозом следует проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Составьте план обследования и назначьте лечение.
- 4.Каков механизм заражения?

Эталон ответа:

1. Можно предположить наличие кишечного шистосомоза, в пользу которого свидетельствуют: характерная динамика развития болезни, наличие острой фазы, проявляющейся лихорадкой и зудящей сыпью, в дальнейшем чередование запоров и поносов, увеличение печени и

- селезенки, наличие при ректороманоскопии шистозных гранулем, а также проживание в эндемичном регионе - Египте.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с дизентерией, амебиазом, неспецифическим язвенным колитом.
 3. Необходимо гельминтологическое исследование испражнений и биоптатов слизистой оболочки прямой кишки. Возможна постановка кожно-аллергической реакции и серологические исследования. Лечение - празиквантел 40 мг/кг однократно.
 4. Заражение происходит в результате проникновения церкарий (шистосом) через кожу при купании в зараженных водоемах, стирке белья, хождении босиком или при питье необеззараженной воды.

Задача №40

Больной В., 26 лет, житель Сибири, обратился к врачу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, тупые боли в эпигастрии, тошноту, отрыжку, слабость. Болен полгода, за время болезни помимо вышеперечисленных жалоб, отмечал периодическое появление сыпи, сопровождавшейся зудом. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры желтушны. В легких – хрипов нет. ЧД 16 /мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная на 3 см печень, умеренной плотности. В правой доле печени выявляется каменистой плотности бугристое образование, стул обычный, регулярный, гипохолчный, моча темная. По органам мочевыделительной системы и ЦНС – без патологии. Из эпид.анамнеза: контакта с больными не имел, парентеральных манипуляций не было, в последнее время в доме живут 3 собаки.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2.С какими диагнозами необходимо дифференцировать?
- 3.План обследования и лечения.
- 4.Прогноз болезни.

Эталон ответа:

1. Эхинококкоз печени. В пользу данного диагноза говорит длительность заболевания, отсутствие интоксикации, наличие периодической зудящей сыпи, увеличение печени, пальпация на ее поверхности плотного образования, а также проживание в эндемичном районе.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с раком печени, желчнокаменной болезнью, вирусными гепатитами разной этиологии.

3. УЗИ печени, сканирование печени, лапароскопия, реакция латекс–агглютинации, РНГА, ИФА. Лечение – хирургическое, химиотерапия – мебендазол по 0,1 г х 3 дня.

4. При невозможности оперативного лечения – радикального удаления паразита - прогноз неблагоприятный. Возможно обсеменение в дальнейшем печени и легких.

Задача №41

Больная С., 42 лет, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъёма температуры до 40°C., беспокоили мышечные боли и боли в суставах. В течение последующих 3-х дней сохранялась высокая (до 40,2°C) температура, с колебаниями в течение дня до 2,5-3°C. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. К врачу не обращалась, т.к. несмотря на высокую температуру, субъективно чувствовала себя неплохо и не позволяли хозяйственные дела. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,7°C и держалась на субфебрильных цифрах с колебаниями до 0,5°C в течение 5 дней, продолжала беспокоить потливость. В дальнейшем температура с ознобом вновь поднялась до 40,1°C, появились боли в крестце, в коленных суставах, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники.

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7°C. Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД –110/70мм.рт.ст. Appetit не снижен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2см выступают из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Больная эмоционально лабильна, раздражительна.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Наметьте план обследования больной.

Эталон ответа:

1. Острый бруцеллез. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки с ознобами, потами, колебаниями температуры тела до 3°C в течение суток, значительной интоксикации, появления артралгий при повторном повышении температуры, полиаденопатии, гепатолиенального синдрома, эпидемиологических данных.

2. В данном случае необходим дифференциальный диагноз с малярией, сепсисом, острым ревматизмом.

3. Кровь на реакции Райта и Хеддельсона, проба Бюрне, бактериологическое исследование крови, ревматические пробы.

Задача №42

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0°C, отметил сильную боль в мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура

снизилась до 37,8°C, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6°C.

За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. С чем связано ухудшение состояния больного?
3. Составьте план обследования.
4. Какие изменения спинномозговой жидкости характерны для менингита при лептоспирозе?
5. Какие органы наиболее часто поражаются при данной болезни?

Эталон ответа:

1. Лептоспироз, менингит. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки, мышечных болей, признаков поражения печени и оболочек мозга, связи заболевания с употреблением необеззараженной воды.

2. Ухудшение связано с развитием менингита.

3. Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, трансферазы, осадочные пробы, мочевины, креатинин), микроскопия цитратной крови, реакция микроагглютинации и реакция агглютинации - лизиса лептоспир.

4. Умеренный плеоцитоз смешанного характера, небольшое повышение уровня белка.

5. Характерны: поражение почек вплоть до развития ОПН, сосудов с развитием геморрагического синдрома, печени с развитием паренхиматозного гепатита, в части случаев с желтухой, воспаление оболочек мозга.

Задача №43

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, бледен, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, преимущественно в шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка (ЧД 28 в мин.), при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен правосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния

наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация.

При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отеком ткани.

ЗАДАНИЕ.

1. С чем может быть связано ухудшение состояния больного ВИЧ-инфекцией?
2. Назначьте обследование.
3. Какова тактика ведения больного?
4. Прогноз.

Эталон ответа:

1. У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений ШВ (СПИД) вероятнее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).

2. В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита необходима информация о токсоплазмозном поражении мозга. Необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном, хотя основным доказательством токсоплазмоза являются данные компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отеком ткани). Внутривенная проба с токсоплазмином (КП) неинформативна у больных СПИДом, так как теряет свою специфичность.

3. Госпитализация в специализированное отделение для больных ВИЧ-инфекцией. Лечение комплексное. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамин (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). Для профилактики побочных реакций (влияние на гематологические показатели) необходимо назначение фолиевой кислоты.

4. Если не проводить вторичную профилактику токсоплазмоза, неминуем рецидив болезни. Поэтому, в случае успешного лечения, назначение пириметамин и сульфадиазина - пожизненно.

Задача №44

Больной Н. 37 лет, заболел постепенно, стал отмечать неприятные ощущения, чувство онемения стоп, затем кистей, боли в конечностях. Через несколько дней появились слабость в ногах, а затем в руках. Примерно через 2 недели не смог ходить и обратился к врачу. Осмотрен на дому неврологом и госпитализирован с диагнозом «алкогольная полиневропатия» в

неврологическое отделение. Перенес корь, ветряную оспу, грипп. За 3 месяца до болезни перенес токсическую дифтерию ротоглотки. Алкоголем злоупотребляет с 27 лет.

В отделении несмотря на лечение развился тетрапарез, двусторонний парез диафрагмы, дыхательная недостаточность, пневмония. В течение 2 недель находился на ИВЛ. Выписан через 4,5 месяца с остаточными явлениями тетрапареза (снижение мышечной силы в конечностях).

ЗАДАНИЕ.

1. Правильно ли установлен направительный диагноз?
2. Каков механизм поражения ЦНС?
3. Каков прогноз болезни?

Эталон ответа:

1. В связи с тем, что за 3 месяца до настоящего заболевания больной перенес токсическую дифтерию ротоглотки, в первую очередь следует думать о дифтерийной полиневропатии. Алкоголизм в данном случае может сыграть дополнительную провоцирующую роль.

2. В основе дифтерийной полиневропатии лежит нарушение синтеза миелина в результате действия дифтерийного токсина и развитие демиелинизации нервных стволов.

3. Прогноз благоприятный при условии отказа от употребления алкоголя.

Задача №45

В терапевтическое отделение поступила больная М., 58 лет, с направительным диагнозом: пневмония.

Заболела 7 дней назад, в первый день было познабливание, боль в суставах, недомогание. Со 2-го дня болезни температура поднялась до 38,7°C, появился сухой кашель. Лечилась ампиоксом в таблетках - без эффекта.

При осмотре: кожа чистая. В легких некоторое укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия, ЧСС=пульсу-92 уд/мин. АД-150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., пальпируется селезенка.

Со слов больной: «В семье все болеют. Внук госпитализирован в больницу с пневмонией, у дочери тоже высокая температура и кашель, но она отказалась от госпитализации. Из животных дома есть кошка, недавно купили попугая».

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

Орнитоз, пневмоническая форма. В пользу данного диагноза говорит наличие клинических признаков пневмонии, гепатолиенального синдрома, неэффективность лечения ампиоксом, одновременное заболевание нескольких членов семьи, контакт с попугаем.

Ку-лихорадка, легионеллез, микоплазменная инфекция, бактериальная пневмония.

РСК, РТГА с орнитозным антигеном, РСК с коксиеллезным и микоплазменным АГ, исследование мокроты в ИФА для выявления легионелл, обнаружение антител в РНИФ. Лечение: антибиотики тетрациклинового ряда или рифамицин в средних терапевтических дозах до 7-10 дней нормальной температуры.

Задача №46

Больной 37 лет обратился в медпункт гостиницы с жалобами на головную боль, боль в мышцах, резкую слабость, повышение температуры до 39,5°C, сухой кашель. Болен 2 день, заболел остро. Проживает в гостинице в течение 7 дней, участник конференции. Заседание происходит в конференц-зале гостиницы, оборудованной системой кондиционирования воздуха. Судя по записям в журнале регистрации больных мед. пункта за последние 3-ие суток со сходными жалобами обратилось 12 участников конференции. Повторных обращений не было.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его, укажите необходимые исследования для уточнения диагноза.

2. О каком механизме распространения инфекции можно думать?

3. Какие меры необходимо предпринять для предупреждения дальнейшего распространения болезни.

Эталон ответа:

1. Легионеллез, острое респираторное заболевание (лихорадка Понтиак). Диагноз поставлен на основании характерной клинической картины болезни и эпидемиологических данных (одномоментное заболевание 13 участников конференции, заседания которой проходили в конференц-зале, оборудованном системой кондиционирования воздуха). Для подтверждения диагноза необходимы: посев мокроты на специальные питательные среды, серологические методы (РНИФ).

2. При легионеллезе заражение происходит в результате вдыхания аэрозоля, содержащего возбудитель. Резервуаром возбудителя в данном случае, по-видимому, является система кондиционирования воздуха.

Необходимо прекратить использование конференц-зала для любых мероприятий и произвести дезинфекцию системы кондиционирования воздуха.

Задача №47

Больной К., 19 лет, военнослужащий, заболел остро: с ознобом, температура повысилась до 39,5°C, появился сухой кашель, заложенность носа, головная боль. В течение последующих 2-х суток состояние не улучшилось. На 4-й день болезни госпитализирован с диагнозом «грипп». При осмотре в стационаре температура 39,8°C, заложенность носа, очень частый сухой кашель. Признаков легочной недостаточности, физикальных изменений в легких не выявлено. На 5-й день болезни при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки справа в прикорневой зоне обнаружены пневмический конус, ветвистость корней. В этот же день возникли боль в грудной клетке при дыхании, ощущение заложенности и боль в левом ухе, появились кровянистые выделения из слухового прохода. ЛОР-врачом диагностирован геморрагический менингит.

В период начинающегося улучшения состояния на 8 день болезни появились боль в коленном суставе слева и умеренный отек его. В течение 4-х дней передвигался с трудом. Полное выздоровление наступило к 15 дню болезни.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом гриппа?
- 2.Каков Ваш диагноз? Обоснуйте.
- 3.Изложите принципы лечения данного больного.

Эталон ответа:

1. Первоначальные проявления болезни соответствуют диагнозу гриппа. Однако развившиеся в дальнейшем осложнения болезни: атипично протекающая пневмония, менингит, менингит не характерны для гриппа и дают основание исключить грипп.

2. У больного имеет место микоплазма-пневмонии инфекция, в пользу которой говорит выявленная рентгенологически пневмония, протекающая без симптомов легочной недостаточности и без физикальных изменений в легких, менингит и геморрагический менингит.

3. Эффективными средствами лечения микоплазма-пневмонии инфекции являются тетрациклины, полусинтетические пенициллины. Развившиеся внеpulmonary проявления болезни лечатся симптоматически.

Задача №48

Больной К., 34 лет, поступил в отделение нейроинфекции с направительным диагнозом: менингококковая инфекция, менингит.

Заболел остро, температура тела повысилась до 38,2°C, появилась головная боль, боли в мышцах. На 3 день болезни состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 39,5°C, дважды была рвота, к концу дня окружающие обратили внимание на неадекватное поведение (не узнавал близких), нарушение речи (путал слова). Вечером появились

генерализованные судороги в конечностях, после чего больной потерял сознание и был госпитализирован.

Контакта с инфицированными больными не имел. В детстве болел паротитной инфекцией; взрослым болел пневмонией и гриппом, а также респираторными заболеваниями, при которых отмечал высыпания на губах. При поступлении состояние тяжелое. Кожа и слизистые без изменений. Лимфатические узлы не увеличены. В легких без патологии. ЧД - 20 в минуту. Температура тела 39,2°C. Пульс 116 уд/мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Ригидность мышц затылка умеренно выражена, с-м Кернига слабopоложительный с обеих сторон. Зрачки Д=S, сглаженность левой носогубной складки. Мышечный тонус в правой руке и ноге снижен. Сухожильные рефлексы S=D. Брюшные и кремастерные рефлексы не вызываются. Клонус левой стопы. С-м Бабинского справа. Двусторонний ладонно-подбородочный рефлекс.

При люмбальной пункции получен опалесцирующий ликвор, вытекающий под давлением 260 мм водного столба.

СМЖ - цитоз 84 клетки в 1 мкл., лимфоцитов 64%, нейтрофилов 36%, белок 0,9 г/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, реакция Панди ++.

После осмотра у больного был повторный судорожный приступ, после которого появилась аритмия дыхания и больной переведен в отделение реанимации.

ЗАДАНИЕ.

1. Установите и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Каков характер поражения ЦНС при данном заболевании?
5. Каков прогноз болезни?

Эталон ответа:

1. Вирусный менингоэнцефалит. Высокая лихорадка, наличие судорожного синдрома, очаговая симптоматика, быстрое развитие коматозного состояния, картина ликвора позволяют предположить герпетическую этиологию заболевания.

2. Дифференциальную диагностику в данном случае следует проводить с другими менингоэнцефалитами (бактериальными, включая туберкулезный; вирусными, в том числе коревым, краснушным, энтеровирусным, паротитным).

3. Исследование ликвора и крови на а/т против ВПГ I-II, ПЦР для обнаружения ДНК вышеуказанных вирусов, МРТ или КТ головного мозга. Бактериологическое исследование крови и ликвора. Лечение - ацикловир в дозе 30-40 мг/кг в сутки в/в, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, дыхательная реанимация, дексазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг в сутки.

4. Для герпетического менингоэнцефалита характерно формирование некротических очагов преимущественно в теменно-височных областях головного мозга.

Прогноз в связи с характером течения заболевания тяжелый. Возможен летальный исход или выздоровление с тяжелым органическим поражением ЦНС. Также возможно течение болезни по типу медленной инфекции с неоднократным рецидивированием.

Задача №49

На прием к терапевту обратилась больная А., 28 лет, после перенесенного ОРЗ; в настоящее время чувствует себя лучше, но отмечает слабость, плохой аппетит, боль в суставах.

При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете последующих наблюдений. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-240 нмоль/с*л, АсАТ-586 нмоль/с*л; сулемовая проба 1,7мл; протромбиновый индекс-60%. Обнаружены также: HBs-антиген, HBe-антиген, anti-HBcore IgM.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите план лечения больной.

Эталон ответа:

1. Хронический гепатит В. Диагноз поставлен на основании наличия гепатита в анамнезе, характерных клинических и биохимических показателей, наличия маркеров гепатита В.

2. Больную следует госпитализировать в отделение вирусных гепатитов, провести симптоматическое и патогенетическое лечение в связи с наличием геморрагического синдрома, интоксикации, вероятным нарушением синтетической функции печени, а также дальнейшее обследование для уточнения этиологии, степени активности и стадии течения процесса (контроль развернутого биохимического и общего клинического анализов крови, уровня протромбинового индекса, показателей коагулограммы, определение белковосинтетической функции печени, ДНК HBV, маркеров HDV и HCV - инфекции, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при отсутствии противопоказаний по данным анализов провести пункционную биопсию печени). В последующем – наблюдение врача-инфекциониста поликлиники совместно с врачом-консультантом гепатологического центра, по результатам обследования - решение вопроса о противовирусной терапии, симптоматическая и патогенетическая терапия, решение вопросов трудоустройства, соблюдение диеты и режима с ограничением физических нагрузок.

Задача №50

Больная Р., 72 лет, работница прачечной, обратилась к участковому врачу на 5-й день болезни с жалобами на головную боль, высокую температуру, сильную слабость. Заболела остро 20.01. - был озноб, температура повысилась до 38,2°C. Появились головная боль, тошнота, головокружение. Принимала анальгин и папазол, но лучше не стало. Ночью спала плохо, испытывала беспокойство, потребность «куда-то идти, что-то предпринять».

Состояние средней тяжести, многословна, эйфорична. Лицо гиперемировано, блеск глаз. Конъюнктивы инъекцированы, на переходной складке единичные кровоизлияния. Цианоз губ. На коже обильная, яркая розеолезно-петехиальная сыпь. Тремор рук и языка при его высывании. Язык обложен, сухой. Пульс 100 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируются печень и селезенка. Менингеальных симптомов нет. Из перенесенных заболеваний: в 1943г - сыпной тиф, ежегодно ОРЗ, грипп. Госпитализирована с подозрением на брюшной тиф.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом?
- 2.Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 3.Проведите дифференциальный диагноз.
- 4.Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет, т.к. для брюшного тифа не характерно острое начало болезни, возбуждение, гиперемия лица, кровоизлияния в конъюнктиву, тремор рук и языка и розеолезно-петехиальная сыпь на 5 день болезни.

2. Болезнь Брилля. В пользу этого диагноза говорит указанная выше клиническая картина, сыпной тиф в анамнезе.

3. В отличие от сыпного тифа, брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10 день болезни – розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки.

Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилля» РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека. Препаратом выбора для лечения является доксициклин по схеме, показаны седативная и кардиотропная терапия.

Задача №51

Больной К., 38 лет, поступил в больницу с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты, головную боль, потливость. Заболел 5 дней назад: озноб, температура-38,5°C, на следующей день появилось першение и боль в горле при глотании, с 4 дня болезни – кашель, боли в суставах.

Контактов с инфекционными больными, не имел, работает на животноводческой ферме. Состояние на момент осмотра средней тяжести, температура - 38,8°C, лицо гиперемировано, конъюнктивы инъецированы, слизистая ротоглотки гиперемирована, отечна. При перкуссии грудной клетки небольшое укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе, там же жесткое дыхание, единичные сухие и влажные хрипы. Пульс – 84 уд. в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезёнка увеличены.

Анализ крови: Лейкоциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 19%, с/я – 49%, лимф. – 26%, мон. – 6%, СОЭ – 24 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: правосторонняя интерстициальная пневмония.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз: пневмококковая пневмония; орнитоз; Ку-лихорадка; легионеллез; грипп, осложненный пневмонией.

2. Составьте план обследования.

3. Назначьте этиотропную терапию.

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятным диагнозом является Ку-лихорадка, о чем свидетельствует сочетание лихорадочного-интоксикационного синдрома с интерстициальной пневмонией, арталгиями, гепатолиенальным синдромом, лейкопенией в крови, а также эпидемиологические данные (работа на ферме).

2. Для подтверждения диагноза необходимо: обнаружение антител при помощи РСК с риккетсиями Бернета, РНИФ в парных сыворотках с интервалом 7-12 дней. Наличие гепатолиенального синдрома, физикальные и рентгенологические данные, лейкопения в крови позволяют исключить пневмококковую и постгриппозную пневмонию.

3. Препаратами выбора являются антибиотики тетрациклинового ряда в средних терапевтических дозах.

Задача № 52

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°C. 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°C, 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?

Эталон ответа:

1. Диагнозу «менингококковая инфекция» противоречат сроки появления, характер и локализация сыпи, отсутствие менингеальных симптомов, наличие «первичного аффекта».

2. Североазиатский клещевой риккетсиоз. Установлен на основании характерного для риккетсиозов симптомокомплекса (острое начало, поражение ЦНС, внешний вид больного, сыпь) в сочетании с наличием «первичного аффекта» и эпидемиологических данных (пребывание в Иркутской области, присасывание клещей).

3. Препаратами выбора являются антибиотики тетрациклинового ряда (доксциклин, тетрациклин) и патогенетическая терапия.

Задача № 53

Больная К., 28 лет. Обратилась в поликлинику 1 июля с жалобами на головную боль, ломоту в мышцах, бессонницу, высокую температуру.

Больна в течение 10 дней, заболевание началось остро с сильного озноба, головной боли, повышения температуры до 40°C. Обратилась к врачу в первый же день, диагностирована грипп; принимала панadol. Через 3 дня температура нормализовалась, обильно потела, самочувствие значительно улучшилось, но 2 дня спустя вновь повысилась температура до 39°C, возобновилась вышеперечисленные симптомы.

Из эпиданамнеза - в течение июня гостила у родственников, живущих в Казахстане, в селе; снимала с себя клещей, кусали комары.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшая гиперемия лица. На правом голени точечное кровоизлияние, папулы. Тоны сердца приглушены, ритмичны, не учащены. Язык влажный, обложен. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. Стул 3 раза в день, жидкий. Беспокойство, по ночам бредит.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз.

2.С какими болезнями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3.Назначьте обследование.

4.Тактика ведения больной.

Эталон ответа:

1. Клещевой возвратный тиф.
2. Болезнь Лайма, туляремия, малярия.
3. Исследование мазка и толстой капли крови на боррелии.
4. Госпитализация в инфекционную больницу, антибиотикотерапия (пенициллин, левомицетин, тетрациклин).

Задача № 54

Больной Р., 42 лет, в течение года живет в Москве, до этого жил в Таджикистане. Поступил в стационар по «скорой помощи», с подозрением на сепсис. Жалобы на слабость, потливость, ознобы. Заболел 4 месяца назад, когда постепенно появились познабливание, утомляемость, субфебрильная температура, которая достигла 39°C, ухудшился аппетит, больной значительно похудел. Неоднократно обращался к врачу, - подозревалось заболевание крови, однако диагноз не подтвердился. При осмотре состояние средней тяжести. Бледен. Обращает на себя внимание землянисто-серая окраска кожи. Кахексия. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 84 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык обложен. На миндалинах, в области небных дужек эрозии и язвы, покрытые грязно-серым налетом. Живот втянут, болезненный. Печень увеличена на 20 см, плотная, селезенка выступает из подреберья на 5,0см, плотная. Дизурических явлений нет. Со стороны ЦНС патологии нет.

Анализ крови: Нв-96г/л, эрит-3,2*10¹²/л, тромб.-156 тыс, лейкоц-3,4*10⁹/л, э.-0, п/я-1%, с/я-28%, лимф-59%, мон-12%, СОЭ-54 мм/час.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.

Эталон ответа:

1. Висцеральный лейшманиоз, о чем свидетельствует длительная лихорадка, истощение, окраска кожи, эрозивно-язвенное поражение слизистой ротоглотки, диарея, спленомегалия, гипохромная анемия, тромбоцитопения, гранулоцитопения, высокая СОЭ, длительное проживание в Таджикистане.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с ВИЧ-инфекцией (СПИД), гематологическими заболеваниями, сепсисом.
3. Паразитоскопия мазка костного мозга, мазка и толстой капли крови, РСК, РНИФ, ИФА.

Задача № 55

Больной С., 20 лет, переведен из терапевтического отделения с диагнозом: брюшной тиф, реакция Видаля 1:200.

Заболел остро, когда среди ночи появился озноб, головная боль, температура до 39,70С. В последующие 4 суток состояние больного ухудшалось, нарастала слабость, беспокоили головные боли, боли в суставах, мышцах, ознобы, потливость. На 5 д.б. госпитализирован с подозрением на ревматизм. За день до госпитализации усилилась головная боль, дважды была рвота.

При обследовании в стационаре ревмопробы отрицательные, признаков порока сердца не обнаружено. Анализ крови: Hb-105г/л, эритроц.- $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $5,6 \cdot 10^9$ /л, э.-0, п/я-3%, с/я-47%, лф-16%, м-4%. СОЭ-48мм/ч. После получения результатов обследования на брюшной тиф переведен в инфекционную больницу на 8 д.б. В прошлом кроме ветряной оспы ничем не болел.

Состояние тяжелое. Бледен, сыпи нет. Склеры субиктеричны. Кровоизлияния в конъюнктивы обоих глаз. В области локтевых сгибов – следы множественных инъекций. Суставы внешне не изменены, но движения в них болезненны. ЧДД – 28 в минуту. В легких – при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации с обеих сторон в средних и нижних отделах небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. Ps – 112 уд/мин. АД 105/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, легкий систолический шум на верхушке. Язык густо обложен. Живот мягкий. Печень и селезенка увеличены. Симптом Пастернацкого слабоположительный. В последние 2 дня отмечает уменьшение количества мочи. Цвет ее с красноватым оттенком. Больной в сознании, но возбужден, беспокоен, агрессивен. Ригидность мышц затылка умеренно выражена. Симптом Кернига слабоположительный с обеих сторон.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Установите и обоснуйте диагноз. Какие данные анамнеза необходимо уточнить. Укажите наиболее вероятную причину заболевания.
- 3.Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Нет, т.к. острое начало болезни, лихорадка с ознобом и потами, полиорганность поражения, высокая СОЭ не укладываются в направительный диагноз. Р-я Видаля в титре 1:200 недостаточна для подтверждения диагноза.
2. Острое начало болезни, высокая лихорадка с ознобом и потами, признаки поражения легких, ЦНС, почек, гепатолиенальный синдром, высокая СОЭ позволяют предположить у больного сепсис. Для уточнения причины возникновения сепсиса необходимо выяснить, по какому поводу проводились множественные внутривенные инъекции. Вероятнее всего, развитие сепсиса связано с внутривенным введением наркотиков.
3. Посев крови, мочи, кала на тифо-паратифозную группу. РПГА с сальмонеллезным диагностикумом. Рентгенография грудной клетки. УЗИ

органов брюшной полости и почек. Биохимический анализ крови, коагулограмма. Консультация нарколога. Люмбальная пункция с бактериологическим исследованием ЦСЖ.

4. Лечение: до установления этиологического фактора назначают антибактериальные препараты широкого спектра (амоксиклав, цефатоксим, цефтриаксон, меропенем, фторхинолоны), в дальнейшем - по результатам исследования чувствительности выделенной флоры; иммунопрепараты – нормальный человеческий иммуноглобулин, пентоглобин, эндоглобин; дезинтоксикационная терапия.

Задача № 56

Больная Л., 26 лет, рабочая рыбокомбината, направлена в инфекционную больницу с диагнозом «рожа левой кисти». Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалобы на зуд и жжение в области среднего пальца левой кисти. Больна 3-й день, болезнь началась с появления указанных выше жалоб, небольшого недомогания, повышения температуры до 37,6°C. Обратила внимание на покраснение кожи среднего пальца левой кисти, который за 2 дня до заболевания уколола рыбной костью.

При осмотре в области ладонной поверхности среднего пальца участок эритемы багрового цвета, распространяющийся на ладонную поверхность кисти. Края эритемы четкие, приподнятые, кожа на пораженном участке инфильтрирована, безболезненна при пальпации. Среднефаланговый сустав отечен, движения болезненны.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. Эризипеллоид, диагноз поставлен на основании характерного поражения и данных анамнеза (укол рыбной костью).

2. Дифференциальный диагноз проводится с рожей. В отличие от рожи, при эризипелоиде отсутствует высокая лихорадка и интоксикация. Локализация процесса на пальцах не характерна для рожи. При роже эритема распространяется быстро, охватывает другие участки кожи и имеет яркую пунцовую окраску. Выражен отек мягких тканей. Не характерно поражение суставов.

3. Этиотропную терапию проводят пенициллином 500 тыс. через 4 часа в течение 7 дней. В патогенетической терапии больные не нуждаются.

Задача № 57

Больной Ш., 20 лет, рядовой. Обратился в МСЧ 3.04 с жалобами на припухлость шеи в области правой околоушной железы, боль при открывании рта, сухость во рту, головную боль, слабость.

Заболел накануне вечером, когда заметил припухлость в области угла нижней челюсти справа, боль при открывании рта, слабость, боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, температура 37,7°C. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Незначительный тризм жевательной мускулатуры. В правой околоушной области отмечается припухлость, слегка болезненная при пальпации, тестоватой консистенции, не связанная с подлежащими тканями, кожа над ней натянута и лоснится. Слизистая глотки не гиперемирована. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 уд/мин, ритмичный удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык густо обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул скудный 2 раза в сутки без патологических признаков. Печень и селезенка не пальпируются. Менингеальных явлений нет. Госпитализирован.

В дальнейшем температура тела стала снижаться и нормализовалась 5.04. Припухлость в области правой околоушной железы стала постепенно исчезать. При обследовании выявлено повышение амилазы крови до 320 г/(ч/л) (норма 16 – 32 г/(ч/л)). 7.04 появился озноб, температура тела 39,1°C. головная боль. Ноющие боли в правом яичке, паховой области. При осмотре: правое яичко увеличено в размере по сравнению с левым в 2 раза, плотное, болезненное, кожа мошонки гиперемирована.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Поражение каких органов возможно при данном заболевании (особенно у взрослых)?
3. Какие отдаленные неблагоприятные последствия возможны после перенесения данной инфекции?

Эталон ответа:

1. Паротитная инфекция: правосторонний паротит, панкреатит, правосторонний орхит. Диагноз установлен на основании наличия лихорадки, увеличения и болезненности правой околоушной железы, болей в животе, жидкого стула и повышения активности амилазы крови, клинических признаков орхита.

2. Помимо наблюдавшихся у данного больного проявлений, возможно еще поражение ЦНС в виде менингита, менингоэнцефалита; сальпингоофорит, бартолинит, мастит у женщин; поражение щитовидной железы, в редких случаях наблюдается поражение и других желез (слезной, вилочковой, паращитовидной, надпочечников, предстательной железы).

3. Развитие сахарного диабета. При 2-х стороннем орхите возможна атрофия яичек и бесплодие.

Задача № 58

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-эпидемическое

состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Эталон ответа:

Задача № 59

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения имеется рост заболеваемости дизентерией, появились единичные не наблюдавшиеся ранее заболевания брюшным тифом, при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территория населенного пункта и водосточников. Как оценивается санитарно-эпидемическое состояние района ЧС? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Эталон ответа:

Неустойчивое. Изоляция и госпитализация инфекционных больных, выявление и бактериологическое обследование контактных, а также работников питания и водоснабжения, вакцинация и антибиотикопрофилактика, усиление санитарного надзора за объектами питания и водоснабжения, санитарно-просветительная работа и др.

Задача № 60

В результате обследования зоны ЧС (населенного пункта М.) группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой. Как оценивается санитарно-гигиеническое состояние района ЧС?

Эталон ответа:

Неблагополучное. Обсервационные мероприятия.

Задача № 61

Для обеззараживания эпидемического очага инфекции введена дезинфекционная группа. Состав дезинфекционной группы? Возможности дезинфекционной группы?

Эталон ответа:

Дезинструктор, дезинфектор и два санитара. В течение рабочего дня группа способна обработать 25 квартир площадью 60м² каждая.

Задача № 62

Примите управленческое решение по организации работы ЛПУ и режиму поведения персонала и больных.

Эталон ответа:

1. Персонал ЛПУ и больные, находящиеся на стационарном лечении, подлежат эвакуации;
2. Нетранспортабельные больные подлежат укрытию в защищенном стационаре.
3. В результате аварии на градообразующем горно-химическом

комбинате, облако, содержащее изотопы ^{131}I , ^{92}Kr , ^{92}Ru , ^{90}Sr , ^{137}Cs , движется в направлении населенного пункта, в котором находится руководимое Вами ЛПУ. Предполагаемый уровень радиоактивного загрязнения территории может составить 250 кюри/м². Ожидаемое время прохода облака над городом – через 4 часа.

Задача № 63

Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью? Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

Эталон ответа:

Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды.

Задача № 64

Для оценки эффективности использования коечного фонда рассчитываются следующие показатели: среднее число дней использования койки в году, оборот койки, среднее число дней пребывания больного на койке.

Какой из перечисленных показателей характеризует функцию койки. Обоснуйте свое решение.

Эталон ответа:

Функцию койки характеризует её оборот – число лечившихся больных.

Задача № 65

Работник общепита Гирина С.И., контактная по дизентерии, была отправлена врачом-инфекционистом районной поликлиники № 90 на карантин с 5.10. по 11.10. Оформите нетрудоспособность Гириной С.И. Гирина Серафима Игоревна 39 лет, повар столовой завода «Пластполимер». Проживает по адресу: ул. Демьяна Бедного д. 4 кв 112.

Эталон ответа:

При временном отстранении от работы граждан, контактировавших с инфекционными больными, или граждан, выявленных как бактерионосители, листок нетрудоспособности выдается врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания и соприкасавшихся с ними.

II этап государственного экзамена – экзамен в устной форме по экзаменационным билетам

Вопросы для устного опроса

1. Типы инфекционного процесса. Сущность и особенности инфекционных болезней
2. Инфекционный процесс. Основы рациональной терапии больных инфекционными заболеваниями
3. Классификация инфекционных болезней. Лекарственная болезнь
4. Госпитальные инфекции. Болезни, вызванные условно-патогенными бактериями. Понятие об оппортунистических инфекциях.
5. Периоды инфекционных заболеваний и их значение для диагностики и лечения. Исходы болезни.
6. Осложнения, связанные с лечением. Дисбиотические изменения в кишечнике.
7. Основные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний. Правила работы с патогенными микроорганизмами.
8. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний. Экспресс диагностика. ПЦР.
9. Современные методы диагностики гриппа и других респираторных заболеваний.
10. Клинические, эпидемиологические и лабораторные методы диагностики инфекционных заболеваний и их интерпретация
11. Основные группы антибактериальных и противовирусных препаратов, показания к их назначению
12. Регидратационная терапия при кишечных инфекциях
13. Фаготерапия при кишечных инфекциях, показания к применению
14. Лечение кишечных инфекций в амбулаторных условиях.
15. Основы рациональной терапии инфекционных больных.
16. Этиологическая структура острых респираторных заболеваний.
17. Современные принципы и методы терапии у больных с инфекционными заболеваниями.
18. Диспансеризация и реабилитация инфекционных больных
19. Кабинет инфекционных заболеваний. Задачи и функции. Диспансеризация реконвалесцентов инфекционных заболеваний.
20. Клинические и эпидемиологические показания для госпитализации инфекционных больных
21. Эпидемический процесс-современная концепция учения об эпидемическом процессе. Эпидемиологические исследования в очаге инфекционных заболеваний
22. Противоэпидемическая деятельность в очагах инфекционных болезней.
23. Особенности транспортировки и госпитализации инфекционных больных. КИЗ и его функции
24. Тактика врача при выявлении случаев инфекционного заболевания
25. Диспансерное наблюдение за инфекционными больными.
26. Профилактические и противоэпидемические мероприятия.

- Дезинфекция. Санитарная обработка.
- 27.Профилактические прививки. Осложнения и неблагоприятные события при проведении вакцинации.
 - 28.Календарь профилактических прививок.
 - 29.Лечение и профилактика гриппа и ОРВИ
 - 30.Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 31.Дизентерия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 32.Сальмонеллёзы. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 33.Дисбактериоз кишечника, причины, микробиологические и клинические аспекты.
 - 34.Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 35.Грипп. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 36.Коклюш. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 37.Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности течения у взрослых. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика
 - 38.Краснуха. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Краснуха у беременных. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия.
 - 39.Вирусные менингиты и энцефалиты. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 - 40.Гнойные менингиты. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия

41. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
42. Вирусные гепатиты у беременных, клинические проявления, осложнения и диагностика
43. Исходы хронических вирусных гепатитов. Цирроз печени и его синдромы.
44. ВИЧ инфекция. Этиология, эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, принципы терапии. Оппортунистические инфекции. Профилактика.
45. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
46. ГЛПС. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия.
47. Малярия. Клиника. Рецидивы. Паразитоносительство. Злокачественные формы болезни. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Основные принципы борьбы с малярией. Профилактика.
48. Малярия. Этиология. Виды и штаммы, цикл развития малярийных плазмодиев человека. Эпидемиология, патогенез, Особенности патогенеза тропической малярии. Иммунитет.
49. Энттеровирусные инфекции. Клинические формы и диагностика.
50. Роза. Этиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Исходы, лечение, лечение рецидивирующей розы. Профилактика рецидивов.
51. Иерсиниозы. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
52. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
53. Столбняк. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика
54. Вирусные геморрагические лихорадки. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
55. Бешенство. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная

- диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
56. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия. Тактика врача при выявлении больного чумой.
 57. Туляремия. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика и противоэпидемические мероприятия
 58. Алгоритм действия при выявлении больного с особо опасным инфекционным заболеванием.
 59. Принципы лабораторной работы с высокопатогенными микроорганизмами. Противочумные костюмы.
 60. Обезвоживание при инфекционных заболеваниях и терапия.
 61. Отек и набухание головного мозга. Диагностика. Неотложная терапия
 62. Неотложные мероприятия при крупах вирусной этиологии.
 63. Чрезвычайные ситуации: основные понятия, определения, классификация, медико-санитарные последствия. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций.
 64. Сущность современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях. Виды и объем медицинской помощи.
 65. Понятие об этапе медицинской эвакуации: определение, задачи, принципиальная схема развертывания.
 66. Медицинская сортировка на этапах медицинской эвакуации. Виды медицинской сортировки. Сортировочные признаки. Сортировочные группы.
 67. Алгоритм действия врача в ЧС. Сроки инкубационных периодов при ОИЗ. Сбор эпидемиологического анамнеза.
 68. Расчет возможного объема помощи в очаге ЧС.
 69. Рандомизированные клинические испытания – «золотой» стандарт экспериментальных исследований по оценке потенциальной эффективности лечебных и профилактических препаратов.
 70. Организация РКИ. Планирование числа участников. Критерии включения/исключения. Согласие участников. Комплаенс. Формирование выборки. Рандомизация: цели, методы, ошибки. Псевдорандомизация.
 71. Использование принципов доказательной медицины в сфере охраны здоровья населения, включая медицинское образование, практическое руководство и экономику здравоохранения.
 72. Основные принципы доказательной медицины. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения.
 73. Модели информационных систем в медицине. Медицинские серверы.

- Примеры информационных систем в эпидемиологии. (Whosis (WHO Statistical Information System), Health Metric NetWork, VAERs и др.).
74. Базы данных (БД) – определение, классификация. Реляционные и постреляционные (документально-ориентированные) виды баз данных. Информационные технологии. Обмен данными. Информационные потоки.
 75. Управление информационными потоками. Электронные источники доказательной информации. Носители. Сеть. Доступ. Подписка. Обновление. Поиск информации. Поисковые системы (OVID, Silver Reatter). Рубрикаторы (MESH).
 76. Стратегия формирования поискового запроса в различных поисковых системах и баз данных в зависимости от типа клинического вопроса.
 77. Содержание и характеристика баз данных, содержащих сведения по доказательной медицине.
 78. Систематический обзор как важнейший инструмент доказательной медицины. Определение и основная характеристика систематических обзоров.
 79. Отличия систематических обзоров от обзоров литературы. Возможности и ограничения систематических обзоров. Основные этапы составления систематического обзора. Принципы отбора исследований для систематических обзоров.
 80. Мета-анализ. Определение. Цель проведения. Требования к проведению мета-анализа. Преемники Кохрановского сотрудничества. Кохрановская библиотека.
 81. Основные направления развития профессионального медицинского и фармацевтического образования. Структура ДПО. Законодательная основа.
 82. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при инфекционных заболеваниях. Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.
 83. Структура личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
 84. Самообразование и самовоспитание личности специалиста медицинского или фармацевтического профиля.
 85. Барьеры в общении с пациентом и способы их устранения.
 86. Конфликт в практике врача инфекциониста – понятие, стадии конфликта.
 87. Стратегия разрешения и предупреждения конфликта.
 88. Толерантное взаимодействие как условие успешной профессиональной деятельности специалистов медицинского и фармацевтического профиля.

4. Критерии оценивания результатов сдачи итоговой государственной аттестации

Форма контроля	Критерии оценивания
<p>Ответ на вопросы экзаменационного билета</p>	<p>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:</p>
	<p>Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий 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: Однако допускается одна - две неточности в ответе.</p>
	<p>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:</p>
	<p>Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материала, 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:</p>
<p>Сдача практических навыков (решение задач и выполнение практических заданий)</p>	<p>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.</p>
	<p>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.</p>

	<p>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.</p>
	<p>Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. 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.</p>

5. Образец экзаменационного билета

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.**

« _____ » _____ 202__
года

**Этап государственного экзамена:
Сдача практических навыков
Уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей
квалификации
Специальность: «31.08.35 Инфекционные болезни»**

БИЛЕТ №1

1. Больной К. 42 лет, заболел после употребления из озера воды, находясь на рыбалке в Подмосковье. На следующий день почувствовал слабость, появились тошнота, рвота, схваткообразная боль в животе, частый водянистый стул, пенистый, ярко-желтого цвета с легким «кислым» запахом. Нарастала слабость. Температура 37,6°C. Отмечает першение в горле.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Тургор нормальный, отмечается громкое урчание в животе, которое слышно на расстоянии. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 87 уд/мин., ритмичен. Язык влажный, обложен. Отмечается умеренная гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, небных дужек, язычка. При пальпации живота – небольшая болезненность и урчание в параумбиликальной области. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз: ПТИ; Cholera; Amebiasis; Rotavirusный гастроэнтерит; Иерсиниоз
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

2. Бригада «скорой помощи» была вызвана 20.01 к больной С., 29 лет. Врач нашел больную без сознания. Со слов родственников стало известно, что 13.01 больная отметила слабость, головную боль, боли в мышцах, озноб, насморк, светобоязнь, температура тела поднялась до 38,2°C. Принимала аналгин, 15.01 утром появилась сыпь на туловище, а к вечеру – на верхних и нижних конечностях. Отметила также боль в затылочной области. Вызванный участковый врач поставил диагноз «ОРЗ, медикаментозная сыпь». Назначена десенсибилизирующая терапия. С 3-го дня болезни температура начала снижаться и к 5-му дню болезни нормализовалась. В это же время сыпь побледнела и к 5-му дню угасла,

не оставив следов. Утром 20.01 вновь поднялась температура до 38,8°C, появилась неадекватность поведения, рвота, судороги. При осмотре: состояние тяжелое, сознание отсутствует. Кожа чистая. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Дыхание ритмичное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 60 уд/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Реакция зрачков на свет снижена, легкая сглаженность носогубной складки слева, положительные симптомы Гордона, Оппенгейма слева, положительный ладонно-подбородочный рефлекс справа. Выявлена также ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Составьте план обследования и лечения.
- 3.Каков прогноз заболевания?

3. Больной В., 40 лет, поступил в терапевтическое отделение больницы с диагнозом «острый пиелонефрит» 10.09. При поступлении жалуется на головную боль, тошноту, боли в животе и пояснице. Заболел 6.09 остро: появилась головная боль, озноб, боли в мышцах, температура повысилась до 39,40. Был диагностирован грипп. Лечился бисептолом, состояние не улучшалось. Из-за сильной жажды и сухости во рту пил много жидкости. 9.09 температура снизилась до 37,60С, но состояние ухудшилось. Появились сильные боли в животе и пояснице, тошнота, отметил уменьшение количества мочи. Повторно вызвал врача, который направил больного в стационар. Контакта с больными не имел. В течение второй половины августа жил на даче в Подмосковье. Пил сырую воду из колодца. На посуде, газовой плите обнаруживал мышиный помет.

Состояние при поступлении тяжелое. Лицо гиперемировано, конъюнктивы и склеры инъектированы. Кровоизлияние в склереу левого глаза. В аксиллярных областях небольшое количество петехий, расположенных полосками. В легких – везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 64 уд/мин. АД 130/90. Язык обложен, суховат. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в правом и левом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень +2см. В течение 6 часов не мочился. Мочевой пузырь пуст. Пальпация поясничной области резко болезненна. Больной в сознании, но заторможен, адинамичен. Менингеальных и очаговых симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
- 2.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 3.С какими заболеваниями необходимо поводить дифференциальный диагноз?
- 4.Составьте план обследования.

Заведующий кафедрой
эпидемиологии и инфекционных болезней
д.м.н., доцент

Паньков А.С.

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре

Декан факультета подготовки кадров
высшей квалификации
к.м.н., доцент

Ткаченко И.В.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**«Утверждаю»
проректор по учебной работе
д.м.н., профессор Чернышева Т.В.**

« _____ » _____ 20__ года

**Этап государственного экзамена:
Экзамен в устной форме по экзаменационным билетам
Уровень образования: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность: «31.08.35 Инфекционные болезни»**

БИЛЕТ №1

1. Классификация инфекционных болезней. Лекарственная болезнь.
2. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Корь. Этиология, эпидемиология, патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Особенности течения у взрослых. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

Заведующий кафедрой
эпидемиологии и инфекционных болезней
д.м.н., доцент

Паньков А.С.

Председатель учебно-методической комиссии
по подготовке кадров высшей квалификации
в ординатуре

Декан факультета подготовки кадров
высшей квалификации
к.м.н., доцент

Ткаченко И.В.

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на государственной итоговой аттестации

№	Компетенция	Индикатор достижения компетенции	Дескрипторы	
1	УК-1. Способен критически и системно анализировать возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контекст	Инд.УК1.2. Определение возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать: - способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной деятельности	Вопросы №1-62
			Уметь: - определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в своей профессиональной деятельности	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
			Владеть: - навыком использования достижений в области медицины и фармации в процессе профессиональной деятельности, в т.ч. при оказании медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями	Ситуационные задачи №1-57
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им		Инд.УК2.1. Разработка проектов, в том числе в условиях неопределенности	Знать: основы проектного менеджмента и международные стандарты управления проектом.	Вопросы №69-80
			Уметь: разрабатывать план по реализации проекта, в том числе в условиях неопределенности, с учетом мероприятий по защите результатов интеллектуальной деятельности и финансово-экономическое обоснование реализации проекта в рамках обозначенной проблемы	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
		Инд.УК2.2. Реализация проектов в сфере профессиональной деятельности	Владеть: навыками разработки проектов в области медицины и критерии его эффективности, разработки, маркетингового обоснования проекта в рамках обозначенной проблемы	Ситуационные задачи №62-64
			Знать: этапы и методики реализации проектов	Вопросы №69-80
			Уметь: реализовывать проект, в том числе в условиях неопределенности.	Вопросы №69-80

			Руководить проектной командой на этапах реализации проекта. Осуществлять мониторинг и контроль над осуществлением проекта, в том числе в условиях неопределенности.	Ситуационные задачи №62-64
			Владеть: Навыками управления проектом в области медицины, в том числе в условиях неопределенности управления командой проекта	Ситуационные задачи №62-64
УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Инд.УК3.1. Руководство работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Знать: методы руководства работой младшего и среднего медицинского персонала	Вопросы №81-88	
		Уметь: руководить и контролировать работу младшего и среднего медицинского персонала Мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат коллективной деятельности	Вопросы №81-88 Ситуационные задачи №62-64	
		Владеть: навыками построения и руководства командой	Ситуационные задачи №62-64	
	Инд.УК3.2. Организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Знать: принципы организации процесса оказания медицинской помощи	Вопросы №81-88	
		Уметь: организовывать процесс оказания медицинской помощи	Вопросы №81-88 Ситуационные задачи №62-64	
		Владеть: технологиями организации медицинской помощи населению	Ситуационные задачи №62-64	
	Инд.УК3.3. Разрешение конфликтов в коллективе	Знать: основы конфликтологии и умеет разрешать конфликты внутри команды	Вопросы №81-88	
		Уметь: формировать безконфликтную среду организации	Вопросы №81-88 Ситуационные задачи №62-64	
		Владеть: навыками разрешения конфликтов.	Ситуационные задачи №62-64	
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Инд.УК4.1. Построение профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Знать: основы социопсихологии и методы построения своего поведения в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Вопросы №81-88	
		Уметь: поддерживать профессиональные отношения с представителями различных этносов, религий и культур	Вопросы №81-88 Ситуационные задачи №62-64	
		Владеть: приемами профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Ситуационные задачи №62-64	

2		Инд.УК4.2. Ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции	Знать: - правила ведения медицинской документации - правила оформления корреспонденции при ведении деловой переписки	Вопросы №69-80
			Уметь: - использовать способы оформления медицинской документации, деловых писем, приказов, распоряжений, отчетов и др. в рамках своей профессиональной деятельности	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть: - навыком оформления медицинской документации и ведения деловой переписки	Ситуационные задачи №62-64
			Инд.УК4.3. Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях	Знать: принципы и методы организации деловых коммуникаций, ролевые аспекты взаимодействия человека в организации Уметь: вести диалог с партнером, высказывать и обосновывать свое мнение Владеть: навыками деловых коммуникаций, публичной речи, аргументации, ведения дискуссии
3	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Инд.УК5.2. Определение целей собственного профессионального и личностного развития	Знать: - возможности собственного профессионального и личностного развития	Вопросы №81-88
			Уметь: - планировать и определять цели собственного профессионального и личностного развития	Вопросы №81-88 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть: - навыком решения задачи собственного профессионального и личностного развития	Ситуационные задачи №62-64
	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в	Инд.ОПК1.1. Использовать информационно-коммуникационные технологии в	Знать: современные информационно-коммуникационные технологии и ресурсы, применимые в научно-исследовательской,	Вопросы №69-80

профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	профессиональной деятельности	профессиональной деятельности и образовании	
		Уметь: использовать современные информационно-коммуникационные технологии для повышения медицинской грамотности населения, медицинских работников. Планировать, организовывать и оценивать результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни.	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
		Владеть: Навыками работы в медицинской информационной системе, вести электронную медицинскую карту.	Ситуационные задачи №62-64
	Инд.ОПК1.2. Соблюдение правил информационной безопасности в медицинской деятельности	Знать: основные принципы и документы по обеспечению информационной безопасности в медицинской организации	Вопросы №69-80
		Уметь: применять на практике основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации.	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
		Владеть: Методами защиты данных в медицинской информационной системе	Ситуационные задачи №62-64
	Инд. ОПК1.3. Применение методов телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи.	Знать: Нормативные основы и основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.	Вопросы №69-80
		Уметь: Применять основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий.	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
		Владеть: Навыками организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.	Ситуационные задачи №62-64

	ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Инд.ОПК2.1 Реализация основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Вопросы №69-80
			Уметь: оценивать и прогнозировать состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть: навыками реализации основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Ситуационные задачи №62-64
		Инд.ОПК2.2 Управление качеством медицинской помощи	Знать: основные принципы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Вопросы №69-80
			Уметь: анализировать и оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть: навыками анализа, оценки и управления качеством оказания медицинской помощи	Ситуационные задачи №62-64
	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Инд. ОПК 3.1. Организует и осуществляет педагогическую деятельность по профессиональным программам среднего и высшего медицинского образования	Знать: приоритетные направления развития образовательной системы Российской Федерации; ведущие подходы и принципы организации осуществления педагогической деятельности по программам среднего	Вопросы №69-80

			<p>профессионального и высшего медицинского образования; виды современных образовательных технологий, инновационные формы, средства, методы обучения, воспитания и диагностики в профессиональной деятельности</p>	
			<p><i>Уметь:</i> реализовывать педагогическую деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами, федеральными государственными образовательными стандартами, с учетом современных трендов в сфере медицинского образования; применять современные технические средства обучения и образовательные технологии, в том числе при необходимости осуществлять электронное обучение, использовать дистанционные образовательные технологии, информационно-коммуникационные технологии, электронные и цифровые образовательные и информационные ресурсы при решении профессиональных задач.</p>	<p>Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64</p>
			<p><i>Владеть:</i> навыками реализации активных и интерактивных методов обучения в педагогической практике,</p>	<p>Ситуационные задачи №62-64</p>

			<p>в том числе в электронной образовательной среде учреждения; навыками решения различных видов образовательных задач (обучение, воспитание, консультирование, профилактика, просвещение и др.), отбора и применения современных форм, средств, методов и приемом обучения, воспитания и диагностики в профессиональной деятельности.</p>	
		<p><i>Инд.ОПК3.2. Разрабатывает и использует методическое обеспечение образовательных и профилактических программ</i></p>	<p><i>Знать:</i> основные требования к разработке программно-методического обеспечения образовательного процесса и реализации профилактических программ для решения профессиональных задач</p>	<p>Вопросы №69-88</p>
			<p><i>Уметь:</i> разрабатывать (обновлять) компоненты (содержательный, функциональный, оценочный) программно-методического обеспечения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей) по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования</p>	<p>Вопросы №69-88 Ситуационные задачи №58-65</p>
			<p><i>Владеть:</i> навыками разработки (обновления) методического обеспечения образовательных программ, в том числе профилактических, санитарно-гигиенических</p>	<p>Ситуационные задачи №58-65</p>

			и оздоровительных программ и мероприятий с использованием наглядных демонстрационных материалов	
		<i>Инд. ОПК 3.3. Проводит медицинское консультирование, формирует у населения, пациентов и членов их семей мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	<i>Знать:</i> основные принципы общения и ведения диалога в лечебном, диагностическом, консультативном процессах; виды общения в терапевтическом взаимодействии, в медицинском консультировании; типичные для медицинской профессиональной деятельности вербальные и невербальные средства коммуникации, различные форматы коммуникации (внутриличностная, межличностная, групповая коммуникация, организационная, межкультурная, общественная и массовая коммуникация)	Вопросы №69-88
			<i>Уметь:</i> вести диалог с субъектом медицинской деятельности (ИЛИ партнером), умения устанавливать контакт, умения слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы	Вопросы №69-88 Ситуационные задачи №58-65
			<i>Владеть:</i> методикой ведения беседы с больным; принципами межличностного общения и медицинского	Ситуационные задачи №58-65

			консультирования; основными принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	
4	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Инд.ОПК4.1. Проводит сбор жалоб и анамнестических данных пациента (его законного представителя), интерпретирует и анализирует полученную информацию	Знать: - методику сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с инфекционными заболеваниями	Вопросы №1-62
			Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с инфекционными заболеваниями - анализировать жалобы и анамнестические данные у пациента (его законного представителя) с инфекционными заболеваниями	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
			Владеть: - навыком описания и интерпретации данных, полученных при сборе жалоб и анамнестических данных пациента (его законного представителя) с инфекционными заболеваниями	Ситуационные задачи №1-57
		Инд. ОПК4.2. Осуществляет осмотр пациента и интерпретирует полученные результаты	Знать: - методику проведения осмотра пациента с инфекционными заболеваниями, включая физикальный осмотр - медицинские показания для направления пациента с инфекционным заболеванием на консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	Вопросы №1-62

		<p>помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания для направления пациента с инфекционным заболеванием для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара 	
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить осмотр пациента с инфекционными заболеваниями, включая физикальный осмотр - определять диагностические признаки и симптомы болезней, анализировать данные состояния пациента - обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам - определять медицинские показания для оказания пациенту с инфекционным заболеванием медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара 	<p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком интерпретации, обобщения и описания данных осмотра пациента с инфекционным заболеванием - навыком организации консультирования пациента врачами-специалистами в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи - навыком определения медицинских показаний для оказания пациенту с инфекционным заболеванием медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара 	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>
	Инд.ОПК4.3.	Знать:	<p>Вопросы №1-62</p>

		<p>Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные</p>	<p>- методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья пациента при инфекционных заболеваниях</p> <p>- медицинские показания для направления пациента с инфекционным заболеванием на лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с действующими Порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- правила интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований</p>	
			<p>Уметь:</p> <p>- составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями</p> <p>- обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального исследований</p>	<p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>
			<p>Владеть:</p> <p>- навыком направления пациента с инфекционным заболеванием на лабораторные и инструментальные исследования</p> <p>- навыком оценки и интерпретации данных лабораторного, инструментального исследований пациентов по профилю «Инфекционные болезни»</p>	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>
		<p>Инд.ОПК4.4. Формулирует клинический диагноз с учетом Международной статистической</p>	<p>Знать:</p> <p>- Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>Вопросы №1-62</p>

		классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	- клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи при различных инфекционных заболеваниях	
			Уметь: - формулировать диагноз инфекционного заболевания с учетом действующей МКБ	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
			Владеть: - навыком формулирования клинического диагноза с учетом МКБ	Ситуационные задачи №1-57
5	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Инд.ОПК5.1. Определяет план лечения на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: - Порядки оказания медицинской помощи по профилю «Инфекционные болезни» - клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи при инфекционных заболеваниях - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи при инфекционных заболеваниях	Вопросы №1-62
			Уметь: - определять план лечения пациента при инфекционных заболеваниях	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
			Владеть: - навыком составления плана лечения на основе клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи при инфекционных заболеваниях с учетом результатов клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента, сопутствующей патологии	Ситуационные задачи №1-57
		Инд.ОПК5.2. Назначает комплексное лечение	Знать: - принципы и методы лечения инфекционных заболеваний, включая этиотропную и патогенетическую терапию, основы лечебного питания, особенности ухода за	Вопросы №1-62

		пациентами с инфекционными заболеваниями	
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать и выписывать лекарственные препараты, лечебное питание пациентам при инфекционных заболеваниях в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи 	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком назначения и выписывания лекарственных препаратов, лечебного питания для проведения комплексного лечения пациентов с инфекционными заболеваниями 	Ситуационные задачи №1-57
	<p>Инд.ОПК5.3. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - критерии эффективности лечения - медицинские противопоказания к назначению лекарственных препаратов - побочные эффекты (нежелательные явления) лекарственных препаратов 	Вопросы №1-62
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать эффективность проводимого лечения и проводить его коррекцию при наличии медицинских показаний - оценивать динамику состояния пациента в процессе проводимого лечения - своевременно выявлять клинические симптомы, указывающие на побочное действие лекарственных препаратов 	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
		<p>Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком оценки эффективности и безопасности лечения с учетом данных клинического, лабораторного и инструментального 	Ситуационные задачи №1-57

			<p>обследования пациента при инфекционных заболеваниях</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком описания динамики состояния пациента - навыком выявления побочных действий лекарственных препаратов 	
6	<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Инд.ОПК6.1. Осуществляет мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие организацию и проведение мероприятий по медицинской реабилитации - клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи при инфекционных заболеваниях - основы медицинской реабилитации пациентов при инфекционных заболеваниях - методы медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при инфекционных заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов вследствие перенесенных инфекционных заболеваний <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при инфекционных заболеваниях и их последствиях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов вследствие перенесенных инфекционных заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания 	<p>Вопросы №1-62</p> <p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>

			<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план мероприятий для проведения реабилитационных мероприятий при инфекционных заболеваниях и их последствиях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов вследствие перенесенных инфекционных заболеваний в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - проводить мероприятия медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях и их последствиях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов - определять медицинские показания и противопоказания для направления пациентов с инфекционными заболеваниями и их последствиями на санаторно-курортное лечение, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов 	
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком оформления медицинских документов при направлении пациентов на санаторно-курортное лечение 	Ситуационные задачи №1-57
		<p>Инд.ОПК6.2. Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - противопоказания, возможные осложнения, побочные эффекты, возникающие в результате мероприятий по медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях 	Вопросы №1-62

		<p>программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>-способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникающих в результате мероприятий по медицинской реабилитации пациентов при инфекционных заболеваниях</p> <p>- факторы, ограничивающие проведение мероприятий по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации и мероприятий медицинской реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями</p> <p>- принципы оценки эффективности и безопасности реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, с учетом диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
			<p>Уметь:</p> <p>- контролировать выполнение и оценивать эффективность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, с учетом динамики состояния пациента, степени выраженности функциональных нарушений, наличия и частоты обострений заболевания</p>	<p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>
			<p>Владеть:</p> <p>- методами оценки безопасности применения мероприятий медицинской реабилитации пациентов при инфекционных заболеваниях</p>	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>

7	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Инд ОПК7.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности	Знать: - нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности, условия и порядок выдачи листков временной нетрудоспособности при инфекционных заболеваниях - порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности - функции врачебной комиссии медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности	Вопросы №1-57, 82
			Уметь: - определять признаки временной нетрудоспособности	Вопросы №1-57, 82 Ситуационные задачи №1-57, 65
			Владеть: - навыком оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде	Ситуационные задачи №1-57, 65
			Инд.ОПК7.2. Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу	Знать: - нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие направление пациентов на медико-социальную экспертизу - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкие нарушения функций организма человека, обусловленные инфекционными заболеваниями на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации или абилитации, инвалидов - требования к оформлению медицинской документации при направлении пациента на медико-социальную экспертизу

			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкие нарушения функций организма человека, обусловленные инфекционными заболеваниями на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов 	<p>Вопросы №1-57, 82 Ситуационные задачи №1-57, 65</p>	
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыком оформления медицинской документации при направлении на медико-социальную экспертизу 	<p>Ситуационные задачи №1-57, 65</p>	
8	<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Инд.ОПК8.1. Владеет методами профилактики заболеваний и (или) состояний и формированию здорового образа жизни</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы профилактики заболеваний и (или) состояний и формированию здорового образа жизни 	<p>Вопросы №18-28</p>	
			<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять методы профилактики 	<p>Вопросы №18-28 Ситуационные задачи №1-57, 65</p>	
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками применения методов профилактики 	<p>Ситуационные задачи №1-57, 65</p>	
			<p>Инд. ОПК8.2. Планирует, реализует и оценивает мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уровни профилактики и их содержание, обязательный и рекомендуемый набор скрининговых программ для различных групп населения 	<p>Вопросы №18-28</p>
				<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать и оценивать результаты санитарно-просветительной работы 	<p>Вопросы №18-28 Ситуационные задачи №1-57, 65</p>
				<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками по оценке и обобщению результатов санитарно-просветительной работы в соответствии с современными требованиями 	<p>Ситуационные задачи №1-57, 65</p>
		<p>Инд.ОПК8.3.</p>	<p>Знать:</p>	<p>Вопросы №18-28</p>	

		Владеет технологиями информирования и обучения населения по вопросам профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни	- основные принципы профилактики инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний Уметь: - организовывать работу по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Владеть: - основными методами формирования у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Вопросы №18-28 Ситуационные задачи №1-57, 65 Ситуационные задачи №1-57, 65
ОПК 9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Инд. ОПК 9.1 Анализ динамики заболеваемости, смертности и инвалидности населения		Знать методы изучения показателей общественного здоровья	Вопросы №69-80
			Уметь производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть навыком составления отчета о показателях состояния здоровья населения	Ситуационные задачи №62-64
	Инд. ОПК 9.2 Ведение медицинской документации в форме электронного документа		Знать правила оформления медицинской документации в медицинских организациях в форме электронного документа	Вопросы №69-80
			Уметь заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения в форме электронного документа	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть навыками ведения медицинской документации в форме электронного документа	Ситуационные задачи №62-64
	Инд. ОПК 9.3 Организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		Знать должностные обязанности медицинских работников, находящихся в распоряжении	Вопросы №69-80
			Уметь осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	Вопросы №69-80 Ситуационные задачи №62-64
			Владеть навыком контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в	Ситуационные задачи №62-64

			распоряжении медицинским персоналом	
9	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Инд.ОПК10.1. Выявляет клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме	Знать: - клинические признаки неотложных и экстренных состояний терапевтического профиля, в том числе возникающих при инфекционных заболеваниях, требующих срочного медицинского вмешательства - клинические признаки неотложных и экстренных состояний хирургического профиля, в том числе возникающих при инфекционных заболеваниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Вопросы №60-62
			Уметь: - выявлять основные клинические симптомы, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти - определять показатели деятельности жизненно-важных органов и систем - интерпретировать данные лабораторно-инструментального обследования пациента для диагностики экстренных состояний	Вопросы №60-62 Ситуационные задачи №9, 11, 12, 21, 44
			Владеть: - навыками физикального обследования пациента с целью выявления состояний, требующих экстренной медицинской помощи	Ситуационные задачи №9, 11, 12, 21, 44
			Инд. ОПК10.2. Оказывает скорую медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знать: - перечень состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих экстренной медицинской помощи - алгоритм действий медицинского персонала при развитии у пациента состояния, требующего медицинской помощи в экстренной форме
			Уметь: - провести комплекс экстренных мероприятий при	Вопросы №60-62

			<p>состоянии, угрожающем жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации, проводить оценку эффективности и безопасности реанимационных мероприятий - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме с учетом клинической картины экстренного состояния 	Ситуационные задачи №9, 11, 12, 21, 44
			<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме 	Ситуационные задачи №9, 11, 12, 21, 44
10	<p>ПК-1.</p> <p>Способен проводить медицинские осмотры, освидетельствования, профилактические, противоэпидемические мероприятия, диспансерное наблюдение за пациентами инфекционными заболеваниями</p>	<p>Инд.ПК1.1.</p> <p>Проводит медицинские осмотры, в т. ч. предварительные, периодические и профилактические, медицинское освидетельствование больных инфекционного профиля</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда - основные принципы профилактического осмотра - порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований больных инфекционного профиля <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, по вопросам наличия или отсутствия инфекционных заболеваний - осуществлять профилактические осмотры с целью выявления инфекционных заболеваний <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками работы по проведению медицинских осмотров, в том числе 	<p>Вопросы №1-57</p> <p>Вопросы №1-57</p> <p>Ситуационные задачи №1-57</p> <p>Ситуационные задачи №1-57</p>

		предварительных и периодических	
	Инд.ПК1.2. Проводит диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими инфекционные заболевания, длительно и часто болеющими, и пациентами с хроническими инфекционными заболеваниями	Знать: - нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	Вопросы №1-57
		Уметь: - проводить диспансерное наблюдение за пациентами при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях	Вопросы №1-57 Ситуационные задачи №1-57
		Владеть: - алгоритмом проведения диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими инфекционные заболевания, длительно и часто болеющими, и пациентами с хроническими инфекционными заболеваниями	Ситуационные задачи №1-57
	Инд.ПК1.3. Проводит медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ	Знать: - порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции	Вопрос №44
		Уметь: - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования о наличии или отсутствии ВИЧ у освидетельствуемого лица	Вопрос №44 Ситуационная задача №43
		Владеть: - навыками проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции	Ситуационная задача №43
	Инд. ПК1.4. Проводит противоэпидемиологических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в т.ч.	Знать: - перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, порядок подтверждения их наличия или отсутствия,	Вопросы №58-59, 63-68

		<p>карантинные мероприятия при выявлении особо опасных инфекционных заболеваний</p>	<p>формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний</p> <p>- алгоритм проведения противоэпидемиологических мероприятий в случае возникновения очага инфекции</p>	
			<p>Уметь:</p> <p>- разрабатывать и выполнять программы борьбы с инфекционными болезнями</p> <p>- оформлять и направлять экстренное извещение при выявлении инфекционного или профессионального заболевания, представлять внеочередные донесения о возникновении чрезвычайной ситуации</p>	<p>Вопросы №58-59, 63-68</p> <p>Ситуационные задачи №58-61, 65</p>
			<p>Владеть:</p> <p>- алгоритмом организации и проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний</p> <p>- алгоритмом действия при организации и проведении карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний</p> <p>- навыками заполнения и направления экстренного извещения о случае инфекционного, паразитарного, профессионального и другого заболевания, носительства возбудителей инфекционных болезней, отравления, неблагоприятной реакции, связанной с иммунизацией, укуса, ослюнения, оцарапывания животными в территориальные органы, осуществляющие федеральный</p>	<p>Ситуационная задача №58-61, 65</p>

			государственный санитарно-эпидемиологический надзор		
		Инд. ПК1.5. Проводит профилактические мероприятия, направленные на предупреждение распространения инфекционных заболеваний	Знать: - медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов профилактики инфекционных заболеваний и (или) состояний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, с учетом стандартов медицинской помощи - особенности специфической профилактики инфекционных заболеваний - основы вакцинопрофилактики инфекционных болезней - Национальный календарь профилактических прививок и календарь прививок по эпидемиологическим показаниям	Вопросы №1-59	
				Уметь: - организовывать и проводить мероприятия по профилактике и раннему выявлению инфекционных заболеваний и (или) состояний - организовывать мероприятия по специфической профилактике инфекционных болезней	Вопросы №1-59 Ситуационные задачи №1-61, 65
				Владеть: -навыками проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционных заболеваний	Ситуационные задачи №1-61, 65
11	ПК-2 Способен применять и интерпретировать результаты специальных методов клинической диагностики и	Инд.ПК2.1. Применяет методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями	Знать: - этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний - современные классификации, клиническую симптоматику инфекционных заболеваний	Вопросы №1-62	

<p>обследования, в том числе для дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний</p>	<p>- специфические методы диагностики инфекционных заболеваний</p> <p>- номенклатуру медицинских услуг, относящихся к сфере инфекционных болезней</p> <p>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания помощи при инфекционных заболеваниях, стандарты медицинской помощи пациентам при инфекционных заболеваниях, санитарные нормы и правила</p>	
	<p>Уметь:</p> <p>- использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Вопросы №1-62</p> <p>Ситуационные задачи №1-57</p>
	<p>Владеть:</p> <p>- навыками интерпретации клиничко-лабораторных исследований, критериями дифференциальной диагностики инфекционной патологии</p> <p>- алгоритмом работы с клиническими рекомендациями (протоколы лечения) по вопросам оказания помощи при инфекционных заболеваниях, стандартами медицинской помощи пациентам при инфекционных заболеваниях, санитарными нормами и правилами</p>	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>
<p>Инд. ПК2.2. Применяет методы диагностики коморбидной</p>	<p>Знать:</p> <p>- основные клинические проявления заболеваний и</p>	<p>Вопросы №1-62</p>

		<p>патологии у пациентов инфекционного профиля</p>	<p>(или) состояний нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и системы крови, приводящие к тяжелым осложнениям и (или) угрожающим жизни</p>	
			<p>Уметь: - выявлять среди пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями коморбидную патологию (заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, урогенитальной систем и крови), ее основные клинические проявления, способные вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход</p>	<p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>
			<p>Владеть: - навыками интерпретации, обобщения и описания результатов обследования больного для проведения дифференциального диагноза инфекционной и коморбидной патологии</p>	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>
		<p>Инд.ПК2.3. Проводит диагностику ВИЧ-инфекции</p>	<p>Знать: - Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)</p>	<p>Вопрос №44</p>
			<p>Уметь: - интерпретировать данные клинико-лабораторных исследований, методов специфической диагностики в дифференциальной диагностики ВИЧ- инфекции с инфекционными заболеваниями другой этиологии и коморбидной патологией</p>	<p>Вопрос №44 Ситуационная задача №43</p>
			<p>Владеть: - навыками интерпретации, обобщения и описания результатов обследования для проведения</p>	<p>Ситуационная задача №43</p>

			дифференциального диагноза у больного ВИЧ- инфекцией с инфекционной патологией другой этиологии и коморбидной патологии	
12	ПК-3 Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями	Инд.ПК3.1. Выявляет показания для оказания паллиативной помощи, психологической поддержки пациентам с инфекционной патологией	Знать: - современные классификации, симптомы и синдромы неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний - современные методы клинической диагностики неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний	Вопросы №1-62
			Уметь: - определять медицинские показания для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с действующим порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57
			Владеть: - навыками оценки медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями	Ситуационные задачи №1-57
		Инд.ПК3.2. Оказывает паллиативную помощь, психологическую поддержку больным инфекционной патологией	Знать: - Порядок оказания паллиативной медицинской помощи - правила проведения и прекращения реанимационных мероприятий пациентам на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний - оказание психологической поддержки больным (их законным представителям и	Вопросы №1-62

			<p>иным лицам, осуществляющим уход) с учетом индивидуальных особенностей поведения неизлечимого больного</p>	
			<p>Уметь: - оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями в соответствии с действующим порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - оказывать психологическую поддержку больным (их законным представителям) и иным лицам, осуществляющим уход, с учетом индивидуальных особенностей поведения неизлечимого больного</p>	<p>Вопросы №1-62 Ситуационные задачи №1-57</p>
			<p>Владеть: - алгоритмом действий медицинского персонала при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями, психологической поддержки больным (их законным представителям) и иным лицам, осуществляющим уход, с учетом индивидуальных особенностей поведения неизлечимого больного</p>	<p>Ситуационные задачи №1-57</p>