федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ФТИЗИАТРИЯ**

по направлению специальности

31.08.51 Фтизиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.51. Фтизиатрия утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22»июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

ПК-5 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ПК-2. готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Инд.ОПК.1.1. Знать пути распространения, факторы риска развития туберкулеза, основные методы профилактики, принципы работы по раннему выявлению туберкулеза среди населения и контингентов ЛПУ инфекционного профиля |
| Инд.ОПК.1.2. Уметь определить показания и противопоказания к проведению основных и специальных методов диагностики туберкулеза |
| Инд.ОПК.1.2. Владеть оформлением медицинской документации по осуществлению диагностики и профилактики туберкулеза |
| ПК-6 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Инд.ПК.1.1. Знать теоретические основы фтизиатрии, классификацию туберкулеза в соответствии с МКБ-10;симптоматику туберкулеза, основы его дифференциальной диагностики, основные методы обследования при туберкулезе |
| Инд.ПК.1.2. Уметь установить диагноз, определить показания и противопоказания к проведению специальных методов диагностики (туберкулиновые пробы, микробиологические исследования биологического материала, эндоскопические исследования) |
| Инд.ПК.1.2. Владеть проведением, оценкой и клинической интерпретацией результатов туберкулиновых проб, эндоскопических и визуализирующих методов исследования) |

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

**Модуль *1: Фтизиатрия***

**Тема 1: Эпидемиология и патогенез туберкулеза**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, собеседование***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация и морфология микобактерий, формы их существования и изменчивость. Микобактериозы – понятие, виды, значение в патологии человека.
2. Патогенез туберкулеза, особенности нарушений микроциркуляции, состояние аэрогематического барьера, роль клеточных факторов защиты и сурфактантной системы в развитии туберкулеза, факторы восприимчивости к туберкулезу. Иммунитет и аллергия при туберкулезе.
3. Эпидемиология туберкулеза: закономерности эпидемического процесса; пути распространения инфекции; факторы повышенного риска заболевания туберкулезом.
4. Эпидемиология туберкулеза: показатели, характеризующие эпидемический процесс.

**Тестовые задания:**

1. К какому виду изменений чаще всего относятся патофизиологические нарушения со стороны различных органов и систем у больных туберкулезом?

1) Неспецифическим\*

2) Параспецифическим

3) Специфическим

4) К любому из перечисленных

1. Как правильно характеризовать иммунитет при туберкулезе?

1) Клеточный, стерильный, пассивный

2) Гуморальный, пассивный, нестерильный

3) Гуморальный, нестерильный, активный

4) Клеточный, пожизненный, пассивный

5) Клеточный, нестерильный, активный\*

6) Клеточный, нестерильный, пассивный

1. Какие клетки являются активаторами Т-лимфоцитов при формировании противотуберкулезного иммунитета?

1) Макрофаги, выделяющие интерлейкин\*

2) Плазматические клетки выделяющие интерлейкин

3) Эозинофилы, выделяющие иммуноглобулины

4) Тучные клетки, выделяющие гистамин

5) Нейтрофилы, содержащие микобактерии

1. Какая форма туберкулеза наиболее опасна в эпидемиологическом отношении?

1) Казеозная пневмония

2) Милиарный туберкулез

3) Цирротический туберкулез

4) Кавернозный туберкулез

5) Фиброзно-кавернозный туберкулез\*

1. Какие морфологические процессы преобладают в стенке полости при кавернозной форме туберкулеза?

1) Некротические

2) Экссудативные

3) Продуктивные\*

1. Каков наиболее частый механизм развития туберкулеза у взрослых в странах с высокой инфицированностью?

1) Экзогенная суперинфекция

2) Экзогенная инфекция

3) Эндогенная реактивация инфекции\*

1. Сколько новых больных туберкулезом ежегодно выявляется во всем мире?

1) Около 25-30 милионов человек

2) Около 10 миллионов человек\*

3) Около 5-6 миллионов человек

4) Около 150 - 200 тысяч человек

1. Какие группы показателей из перечисленных в наибольшей мере отражают эпидобстановку по туберкулезу?

1) Заболеваемость туберкулезом, смертность от туберкулеза, процент закрытия полостей распада у вновь выявленных больных

2) Болезненность туберкулезом, смертность от туберкулеза, доля выявленных при профосмотрах, обеспеченность тубкойками

3) Заболеваемость, болезненность туберкулезом, смертность от туберкулеза, инфицированность туберкулезом\*

1. Кому принадлежит ведущая роль в организации фтизиатрической помощи в республике, крае, области?

1) Городским и районным тубдиспансерам

2) Туберкулезным отделениям больниц

3) Республиканской (областной, краевой) клинической больнице

4) Кафедрам туберкулеза и НИИ туберкулеза

5) Республиканским (областным, краевым) отделам (управлениям) здравоохранения

6) Противотуберкулезному областному (краевому, республиканскому) диспансеру\*

1. Что подразумевает показатель "Заболеваемость туберкулезом"?

1) Количество заболевших туберкулезом в данном году на определенной территории

2) Количество заболевших туберкулезом, распределенных по возрасту, полу и месту жительства

3) Общее количество заболевших туберкулезом и рецидивов в данном году на 100тыс. населения

4) Количество впервые выявленных больных в данном году на определенной территории в пересчете на 100 тыс. населения\*

1. В какой возрастной группе лиц мужского пола отмечается наиболее высокая заболеваемость туберкулезом?

1) Среди детей

2) Среди подростков

3) Среди взрослых до 30 лет

4) Среди взрослых зрелого возраста от 30 до 50 лет\*

5) Среди пожилых от 60 до 75 лет

6) Среди лиц старческого возраста (после 75 лет)

1. Что подразумевает показатель "Смертность от туберкулеза"?

1) Число умерших от туберкулеза за истекший год

2) Количество умерших от активного туберкулеза в данном стационаре за отчетный год

3) Число умерших от активного туберкулеза за год на данной территории в пересчете на 100 тыс. населения\*

1. Какие факторы играют наибольшую роль в эпидемиологии туберкулеза в экономически развитых странах?

1) Иммунологические факторы, "аллергизация" населения

2) Социальные факторы\*

3) Генетические факторы

4) Степень вирулентности микобактерий туберкулеза

1. Какой резервуар инфекции играет основную роль в эпидемиологии туберкулеза?

1) Больной туберкулезом мелкий рогатый скот

2) Больной туберкулезом крупный рогатый скот

3) Больные туберкулезом люди\*

4) Больные туберкулезом кошки и собаки

1. Сколько в среднем человек за год (по данным ВОЗ) инфицирует один больной открытой формой туберкулеза?

1) 1-2 человека

2) 4-5 человек\*

3) 15-20 человек

4) 20-25 человек

1. На какой возрастной группе в первую очередь отражаются отрицательные сдвиги в эпидемиологии туберкулеза?

1) Дети\*

2) Подростки

3) Взрослые

4) Старики

**Тема 2: Диагностика туберкулеза (микробиологические, рентгенологические, эндоскопические методы). Туберкулинодиагностика.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, собеседование***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Значение изучения анамнеза, клинических проявлений и физикальных методов в диагностике туберкулеза.
2. Лабораторные методы диагностики туберкулеза; туберкулинодиагностика туберкулеза.
3. Методы лучевой диагностики туберкулеза легких и внелегочного туберкулеза.
4. Эндоскопические методы диагностики туберкулеза;

**-** Функциональные методы исследования больных туберкулезом;

**-** Хирургические методы исследования при туберкулезе.

**Тестовые задания:**

1. Что необходимо произвести для оценки чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам?
	1. Флотацию мокроты
	2. Окраску мокроты специальным методом
	3. Автоклавирование взятого материала
	4. Назначение туберкулостатиков больному
	5. Посев мокроты на специализированную среду\*
2. Каковы отличительные морфологические признаки микобактерий туберкулеза?
	1. Высокая стабильность строения и формы
	2. Наличие ундулирующей мембраны и жгутиков
	3. Отсутствие ядра или ядерной субстанции
	4. Высокое сходство с вирусами
	5. Разнообразие нитевидных, кокковидных и зернистых форм\*
3. Какие микобактерии из перечисленных вызывают туберкулез у человека?
	1. MYCOBACTERIUM MICROTI
	2. MYCOBACTERIUM PARATUBERCULOSIS
	3. MYCOBACTERIUM PHLEI
	4. MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE
	5. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS\*
4. Какие факторы являются определяющими в возникновении и развитии туберкулеза?
	1. Различные штаммы микобактерий
	2. Наследственная сниженная устойчивость макроорганизма к МБТ
	3. Возрастные особенности макроорганизма
	4. Вредные привычки, профессиональные вредности
	5. Микобактерии туберкулеза и нарушение иммунитета**\***
5. Какие субпопуляции МБТ выделяют?
	1. Бактериальные формы, L-формы, ультрамелкие МБТ
	2. Внутриклеточные и внеклеточные микобактерии
	3. Устойчивые и чувствительные к туберкулостатикам
	4. Активно метаболизирующие, медленно размножающиеся, персистирующие\*
6. Как долго растут микобактерии туберкулеза человеческого типа при посеве на питательные среды?
	1. От 1 месяца до 6 месяцев
	2. От 2 недель до 3 месяцев\*
	3. От 2 недель до 3 недель
	4. От 2 дней до 7 дней
7. Как выглядят микобактерии при окраске мазка по Цилю-Нильсену?
	1. Фиолетовые микобактерии на белом фоне
	2. Черные микобактерии на белом фоне
	3. Красные микобактерии на желтом фоне
	4. Зеленые микобактерии на розовом фоне
	5. Красные микобактерии на синем фоне\*
8. Всегда ли однократное обнаружение МБТ в мокроте пациента методом бактериоскопии подтверждает активность туберкулеза?

1) Да

2) Нет\*

3) Да, если бактериоскопия сделана с использованием метода флотации

1. Сколько нужно иметь МБТ в 1 мл материала, чтобы обнаружить их методом бактериоскопии?

1) 100 - 200

2) 1 тысяча - 2 тысячи

3) 5 тысяч – 10 тысяч\*

4) 10 тысяч - 20 тысяч

5) 25 тысяч - 50 тысяч

6) 100 тысяч и более

1. Какой метод исследования материала на МБТ используется наиболее часто?

1) Бактериологический (метод посева на питательные среды)

2) Биологический метод

3) Метод простой микроскопии\*

4) Радиометрический метод

5) Иммунологический метод

1. В каких случаях нецелесообразно делать пробу Манту с 2 ТЕ?
	1. Если делалась прививка БЦЖ в течение последнего года
	2. Инфекционное заболевание в период обострения\*
	3. Предшествующая положительная реакция на туберкулин
	4. Предшествующая отрицательная реакция на туберкулин
	5. Подозрение на туберкулезное инфицирование
2. С какой целью проводится индивидуальная туберкулинодиагностика?

1) Отбор на ревакцинацию БЦЖ

2) Определение риска инфицирования туберкулезом

3) Создание специфического иммунитета против туберкулеза

4) Определение активности туберкулеза, дифференциальная диагностика\*

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

1) Проба Коха с 10 ТЕ ППД-Л 2) Проба Квейма

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л\*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

1. Какая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ у взрослых считается положительной?

1) Папула диаметром 5-21 мм\*

2) Папула диаметром 3-25 мм

3) Гиперемия диаметром более 5 мм

4) Гиперемия диаметром более 21 мм

5) Папула диаметром до 5 мм

1. Что учитывается при оценке реакции Манту с 2 ТЕ?

1) Поперечный размер папулы, везикулы\*

2) Размер папулы и гиперемия

3) Гиперемия и везикулы

4) Продольный размер папулы, везикулы

1. Что называется туберкулином?

1) Вытяжка из ослабленного штамма бульонной культуры МБТ

2) Фильтрат бульонной культуры бычьего типа МБТ

3) Вакцина, содержащая обломки и продукты МБТ бычьего типа

4) Автоклавированный фильтрат 6-8 недельной культуры МБТ \*

5) Гомогенизированная очищенная культура авирулентных МБТ

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

1) Проба Коха с 10 ТЕ ППД-Л

2) Проба Квейма

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л \*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

1. Что называется виражом туберкулиновой пробы?

1) Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ не связанной с прививкой БЦЖ и обусловленной заражением туберкулезом\*

2) Появление впервые положительной реакции Манту, связанной с прививкой БЦЖ

3) Нарастание пробы Манту с 2 ТЕ на 6мм и более с образованием папулы более 17 мм или папулы любого размера с везикулами

4) Появление впервые положительной реакции Манту, нарастание реакции с образованием папулы 12 мм и более

1. С какого возраста должны проводиться массовые флюорографические профосмотры населения в благополучных по туберкулезу регионах?

1) С семилетнего возраста

2) С десятилетнего возраста

3) С двенадцатилетнего возраста

4) С пятнадцатилетнего возраста\*

1. Какие методы приняты для массового профосмотра с целью своевременного выявления туберкулеза среди населения?

1) Флюорографический, иммунологический, термометрия

2) Флюорографический, туберкулинодиагностика \*

3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический

4) Туберкулинодиагностика, исследование мокроты на МБТ методом флотации и посева

**Тема 3: Профилактика туберкулеза.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Общие принципы профилактики туберкулеза и ее виды.
2. Специфическая профилактика туберкулеза (медицинская - вакцинация, химиопрофилактика).
3. Неспецифическая профилактика туберкулеза (санитарная, социальная).

**Тестовые задания:**

1. Почему в предупреждении заболевания туберкулезом великароль общеоздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий?

1) Развитие и течение туберкулеза определяется общим состоянием организма и влиянием на него факторов внешней среды

2) Общеоздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия важны для предупреждения всех заболеваний

3) Туберкулез является общим заболеванием организма, поэтому общеоздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия имеют большое значение\*

1. Какова оптимальная длительность курса химиопрофилактики туберкулеза?

1) 1 месяц

2) 4 месяца

3) 5 месяцев

4) 6 месяцев

5) 2 месяца

6) 3 месяца\*

1. Какие контингенты населения из перечисленных составляют группу повышенного риска заболевания туберкулезом легких?

1) Лица с остаточными изменениями в легких, плевре и внутригрудных лимфоузлах

2) Больные сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, длительно леченные глюкокортикоидными гормонами, пациенты с болезнью оперированного желудка\*

3) Курильщики, алкоголики, наркоманы

4) Лица длительное время работавшие на вредном производстве

5) Все приведенные контингенты

1. Предупреждает ли вакцинация БЦЖ заболевание туберкулезом?

1) Предупреждает

2) Не предупреждает\*

3) Предупреждает только повторная вакцинация

1. В течение какого срока сохраняется иммунитет после вакцинации БЦЖ?

1) 1-2 года

2) 3-4 года

3) 10 лет

4) 5-7 лет\*

1. Через какой срок после вакцинации БЦЖ формируется достаточно выраженный противотуберкулезный иммунитет?

1) 2-3 недели

2) 4 недели

3) 12-14 недель

4) В течение года

5) 6-8 недель\*

6) 5-7 дней

1. На какой день после рождения ребенка проводится вакцинация БЦЖ?

1) 3-7

2) 8-10

3) 1-2\*

1. Как должна вводиться вакцина БЦЖ?

1) Внутрикожно\*

2) Подкожно

3) Накожно

4) Внутримышечно

1. Какова типичная динамика местной прививочной реакции БЦЖ?

1) Пятно, папула, пустула, корочка, рубчик\*

2) Гиперемия, папула, корочка, рубчик, пустула

3) Гиперемия, инфильтрат, корочка, рубчик

4) Папула, корочка, пустула, пигментация

1. Какие противопоказания для вакцинации БЦЖ являются абсолютными?

1) Гемолитическая болезнь новорожденных, нарушения гемоликвородинамики

2) Иммунодефицит, ферментопатии, генерализованная инфекция БЦЖ у других детей в семье\*

3) Перинатальная энцефалопатия, асфиксия новорожденных

1. Какой метод является методом активной специфической профилактики туберкулеза?

1) Вторичная химиопрофилактика

2) Массовая туберкулинодиагностика

3) Туберкулинотерапия

4) Массовая флюорография

5) Вакцинация БЦЖ \*

1. Через какой срок после введения вакцины БЦЖ можно назначать другие профилактические прививки?

1) 1 год

2) 4 месяца

3) 6 месяцев

4) 2 года

5) 1 месяц\*

1. Что может произойти, если вакцина БЦЖ будет введена подкожно?

1) Разовьется иммунитет к человеческому типу микобактерий

2) Возможно развитие местной и общей токсической реакции

3) Возникает риск развития первичной устойчивости к препаратам

4) Возникает риск формирования холодного абсцесса\*

1. В каком случае из перечисленных не проводится ревакцинация БЦЖ?

1) Отрицательная реакция на 2 ТЕ РРD-Л

2) Отрицательная реакция на 100 ТЕ АТК

3) Положительная проба Квейма

4) Положительная проба Кацони

5) Положительная реакция на 2 ТЕ РРD-Л\*

1. Какие факторы являются наиболее существенными в возникновении рецидива туберкулеза?

1) Неполноценные противорецидивные курсы химиотерапии

2) Сопутствующие заболевания, курение

3) Неблагоприятные условия внешней среды, труда и быта

**4) Неполноценный основной курс АБТ, большие остаточные изменения\***

1. Какой препарат из перечисленных является наиболее предпочтительным для проведения химиопрофилактики туберкулеза?

**1) Изониазид\***

2) Рифампицин

3) Метазид

4) Тизамид

5) Этамбутол

1. Кто отвечает за проведение профилактических осмотров населения на участке?
2. Учасиковый фтизиатр
3. Участковый терапевт
4. Заведующий региональной поликлтиникой
5. Главный врач регионального противотуберкулезного учреждения
6. Все перечисленные, каждый за свой раздел работы\*

**Тема 4: Клинико-Р-логические формы туберкулеза.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация туберкулеза. Понятие о первичном и послепервичном туберкулезе, особенности их клинических проявлений.
2. Ограниченные недеструктивные форм туберкулеза (очаговый, туберкулома, инфильтративный без распада, плеврит); их дифференциальная диагностика с недеструктивными заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии.
3. Распространенные и деструктивные формы туберкулеза (инфильтративный с распадом, диссеминированный, казеозная пневмония); их дифференциальная диагностика с распространенными и деструктивными заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии.

**Тестовые задания:**

1. Какие характеристики туберкулезного процесса включает клиническая классификация туберкулеза?

1) Фазу процесса, локализацию, бактериовыделение, остаточные изменения

2) Протяженность, локализацию, фазу процесса, бактериовыделение

3) Локализацию, фазу процесса, бактериовыделение, сопутствующие болезни

4) Форму, локализацию, фазу процесса, бактериовыделение, осложнения\*

1. Чем обычно отличается физикальная картина легочного туберкулеза от неспецифического воспаления легких?

1) Скудностью феноменов\*

2) Яркой выраженностью феноменов

3) Быстрой динамикой феноменов

4) Полным отсутствием феноменов

5) Быстрой сменой локализации феноменов

1. Какой метод лучевой диагностики является наиболее информативным для диагностики очаговых теней в легких?

1) Флюорография

2) Рентгеноскопия

3) Электрорентгенография

4) Латерография

5) Рентгенография с томографией\*

1. В каких сегментах легких наиболее часто локализуется туберкулез у взрослых?

1) В 3, 7 и 10 сегментах

2) В 1, 2 и 6 сегментах\*

3) В базальных сегментах

4) В язычковых сегментах

5) В 3, 7 и 9 сегментах

1. Какой способ рентгенологического исследования подтверждает наличие свободной жидкости в плевральной полости?

1) Обзорная рентгенограмма в боковой проекции

2) Исследование больного на трохоскопе

3) Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

4) Рентгенограмма в латеропозиции\*

1. Что используется в качестве эталона при отнесении пятнистых теней к очагам максимальной интенсивности (кальцинатам)?

1) Поперечное сечение сосудов

2) Продольное сечение сосудов

3) Кортикальный слой близлежащего ребра\*

4) Тени грудины и лопатки

1. При какой патологии чаще наблюдаются нечеткие контуры корня легкого?

1) Туберкулез внутригрудных лимфоузлов\*

2) Хроническая пневмония

3) Силикоз

4) Врожденные пороки сердца

5) Центральный рак

1. Какие основные критерии учитываются при характеристике рентгенологических симптомов при легочной патологии?

1) Локализация, количество, форма, размеры, интенсивность, структура, контуры\*

2) Отношение к соседним анатомическим образованиям, множественность, величина, плотность, распространенность, четкость контуров

3) Расположение, величина, плотность, количество

1. Как отличить очаговую тень от фокуса затемнения?

1) По форме

2) По интенсивности

3) Правильны все ответы

4) По размерам\*

1. Какая форма первичного туберкулеза самая ранняя?

1) Первичный туберкулезный комплекс

2) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

3) Диссеминированный острый милиарный туберкулез

4) Туберкулезный менингоэнцефалит

5) Туберкулезная интоксикация детей и подростков\*

1. Наиболее часто встречающийся симптом бронхо-плевро-легочного синдрома?

1) Незначительный малопродуктивный кашель

2) Кровохарканье

3) Слабость

4) Снижение аппетита

5) Боли в грудной клетке, кашель\*

1. Какие рентгенологические признаки синдрома патологически измененного корня наиболее важные?

1) Увеличение размеров корня, деформация его тени, повышение ее интенсивности и нарушение структуры корня\*

2) Расширение ветвей легочной артерии

3) Асимметричность корней, воспалительная или опухолевая инфильтрация клетчатки, сужение проекции главного бронха

4) Увеличение размеров сосудов и лимфатических узлов, перибронхит, лимфангоит

1. При каком варианте диссеминированного туберкулеза легких не дифференцируется легочной рисунок?

1) Милиарный\*

2) Подострый гематогенный

3) Хронический диссеминированный

4) Бронхогенный

1. Какому процессу из перечисленных свойственны толстые стенки внутрилегочной полости?

1) Эмфизематозной булле

2) Воздушной кисте

3) Туберкулезной каверне\*

1. Какое определение рентгенологического синдрома полостного образования легких наиболее правильное?

1) Округлое просветление, окруженное замкнутой кольцевидной тенью\*

2) Деструкция легочной ткани

3) Объемное образование, содержащее воздух

4) Кольцевидная тень, соединенная дорожкой с корнем легкого

**Тема 5: Раннее выявление внелегочного туберкулеза.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Туберкулезный менингит, методы его выявления, диагностики и дифференциальной диагностики с инфекционными менингитами нетуберкулезной этиологии.
2. Методы выявления и диагностики туберкулеза внелегочной локализации (туберкулеза костей и суставов, мочеполовой системы, абдоминального туберкулеза, периферических лимфоузлов, туберкулезного менингита, туберкулеза глаз и кожи).
3. Дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза с заболеваниями нетуберкулезной этиологии.

**Тестовые задания:**

1. Какой метод диагностики туберкулеза кожи и подкожной клетчатки является наиболее информативным?

1) Иммунологический

2) Лабораторный

3) Гистологический\*

4) Туберкулинодиагностика

5) Радиологический

1. Какой метод диагностики костно-суставного туберкулеза является ведущим?

1) Лабораторный

2) Радиоизотопный

3) Рентгенологический\*

4) Туберкулинодиагностика

1. Может ли туберкулезный менингит протекать с нормальным количеством клеток в ликворе?

1) Нет

2) Да\*

3) Может только при рациональной терапии с первых дней заболевания

1. Какие отделы глаза поражаются туберкулезом в первую очередь?

1) Склера

2) Радужная оболочка\*

3) Сетчатая оболочка

4) Хрусталик

5) Роговица

1. Какой путь распространения инфекции является ведущим в патогенезе туберкулезного менингита?

1) Гематогенный\*

2) Лимфогенный

3) Ликворогенный

4) Контактный

5) Гемато-ликворогенный

1. Какой показатель свидетельствует о повышении давления в спинномозговой жидкости при тубменингите?

1) 10-15 капель в минуту

2) 30-39 капель в минуту

3) 70-80 капель в 1 минуту\*

4) 50-59 капель в 1 минуту

1. Какому заболеванию ЦНС наиболее характерны следующие лабораторные показатели ликвора: цитоз-сотни клеток в 1 мкл, белок-0,66-3,0 г/л, сахар 1,0-1,5 ммоль/л, хлориды-

100-110 ммоль/л?

1) Опухоль

2) Абсцесс

3) Гнойный менингит

4) Серозный (вирусный) менингит

5) Туберкулезный менингит\*

1. Какие симптомы являются наиболее типичными для начального периода тубменингита

(первая неделя заболевания)?

1) Повышение температуры тела, головная боль, рвота, менингеальные знаки\*

2) Менингеальные симптомы, расстройство сознания, резкое снижение зрения

3) Тошнота, рвота при нормальной или субфебрильной температуре, расстройство психики

1. Какой метод диагностики туберкулеза женских половых органов наиболее достоверен?

1) Клинический

2) Метросальпингография

3) Бактериологический\*

4) Туберкулинодиагностика

1. Какая форма туберкулеза почек встречается чаще всего?

1) Туберкулез почечной паренхимы

2) Туберкулез почечных сосочков\*

3) Кавернозная форма

4) Фиброзно-склеротическая, фиброзно-кавернозная

5) Инфильтративная

1. Какая реакция на туберкулин чаще бывает у больных туберкулезом кожи?

1) Отрицательная

2) Положительная\*

3) Гиперергическая

4) Сомнительная

1. Какой метод диагностики туберкулезного мезаденита наиболее информативный?

1) Клинический

2) Компьютерная томография

3) Туберкулинодиагностика

4) Гистологический\*

5) Бактериологический

1. Какой путь развития туберкулезного перитонита наиболее частый?

 1) Контактный

2) Алиментарный

3) Лимфогематогенный\*

4) Спутогенный

1. При каком туберкулезе чаще поражаются периферические лимфоузлы?

1) Первичном\*

2) Вторичном

3) В одинаковой степени

1. Какие группы периферических лимфоузлов поражаются туберкулезом наиболее часто?

1) Паховые

2) Подчелюстные

3) Надключичные и подключичные

4) Подмышечные

5) Шейные\*

1. Какой метод диагностики туберкулеза наружных лимфоузлов является наиболее информативным?

1) Клинический

2) Иммунологический

3) Гистологический\*

4) Рентгенологический

5) Туберкулинодиагностика

1. Какие кости и суставы поражаются туберкулезом чаще всего?

1) Кости и суставы конечностей, позвоночник\*

2) Плоские кости

3) Кости и суставы черепа и лица

4) Кости и суставы таза

**Тема 6: Диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Проявления туберкулеза и его диагностика у ВИЧ-инфицированных больных.
2. Дифференциальная диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией с заболеваниями нетуберкулезной этиологии (бактериальная, пневмоцистная пневмония, ЦМВ-инфекция и др.)
3. СВИС, клинические проявления, профилактика.

Тестовые задания:

1. Воспалительная реакция при туберкулезе у больных на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции характеризуется:

А) альтеративными изменениями

Б) экссудативными изменениями

В) продуктивными изменениями

Г) верно А и Б

Д) все перечисленное верно\*

1. Особенностями патогенеза туберкулеза у больных на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекцией являются:

А) редкость образования каверн

Б) быстрое гематогенное и лимфогенное распространение туберкулезной инфекции

В) образование свищей

Г) распространенная перифокальная инфильтрация окружающих тканей

Д) верно А и Б\*

Е) все перечисленное верно

1. Заболевание туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией имеет преимущественно:

А) острое начало

Б) подострое начало\*

В) бессимптомное

1. Основные клинические проявления заболевания туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией характеризуются:

А) интоксикационным синдромом

Б) бронхолегочным синдромом

В) все перечисленное верно\*

1. Клиническими формами туберкулеза, наиболее характерными для больных ВИЧ-инфекцией на «поздних стадиях» являются все указанные, кроме:

А) инфильтративная

Б) милиарная

В) фиброзно-кавернозная

Г) туберкулезный менингит\*

Д) казеозная пневмония

Е) туберкулез кишечника

1. У больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, при проведении пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л преимущественно регистрируется:

А) гиперэргическая реакция

Б) гипоэргическая реакция\*

В) нормоэргическая реакция

1. При иммунологическом обследовании больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, могут быть выявлены следующие изменения:

А) снижение количества СД-4 клеток\*

Б) сдвиг соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров до 1:1 и меньше

В) все перечисленное

1. Заболевание туберкулезом у больного ВИЧ-инфекцией можно заподозрить при наличии следующих симптомов, кроме:

А) лихорадка неясного генеза\*

Б) увеличение периферических лимфатических узлов

В) похудание

Г) кашель

Е) верно А, В и Г

Ж) все перечисленное верно

1. При заболевании туберкулезом у больных на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции могут быть выявлены следующие особенности рентгенологической картины органов грудной клетки, кроме:

А) наличие милиарных высыпаний, преимущественно интерстициального характера, по типу усиления легочного рисунка\*

Б) частое развитие прикорневой аденопатии

В) присоединение плеврального выпота

Г) осложнения в виде ателектазов

Д) поражение нижних отделов легких

1. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких у больных на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции проводится со следующими заболеваниями, кроме:

А) пневмоцистная пневмония

Б) саркоидоз\*

В) бактериальная пневмония

Г) цитомегаловирусная инфекция

**Тема 7: Неотложные состояния при туберкулезе.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Легочные кровотечения и неотложная помощь.
2. Спонтанный пневмоторакс и неотложная помощь.
3. Острый респираторный дистресс-синдром.

Тестовые задания:

1. Какой дополнительный метод может быть полезен для топической диагностики и лечения легочного кровотечения?

1) Плевральная пункция

2) Торакоскопия

3) Фистулография

4) Реопульмонография

5) Бронхоскопия\*

1. При каком количестве выделенной крови легочное кровотечение называется профузным?

1) Более 100 мл

2) Более 200 мл

3) Более 1000 мл

4) Более 50 мл

5) Более 500 мл\*

1. Какой метод из перечисленных является дополнительным для топической диагностики легочного кровотечения?

1) Компьютерная томография

2) Диагностическая торакоскопия

3) Рентгенография

4) Бронхиальная артериография\*

1. Признаками какого осложнения туберкулеза являются следующие симптомы: боли в груди, акроцианоз, нарастание одышки, исчезновение дыхательных шумов при аускультации, коробочный звук при перкуссии с одной стороны грудной клетки?

1) Закрытого пневмоторакса

2) Открытого пневмоторакса

3) Искусственного пневмоторакса

4) Пневмоперитонеума

5) Клапанного пневмоторакса\*

1. Как охарактеризовать ограничительные нарушения дыхания со снижением жизненной емкости легких без существенного снижения скоростей выдоха?

1) Обструктивный синдром

2) Синдром гиалиновых мембран

3) Синдром Хаммена-Рича

4) Легочно-сердечная недостаточность

5) Рестриктивный синдром\*

1. Какое определение термина "дыхательная недостаточность" является наиболее полным и правильным?

1) Нарушение бронхиальной проходимости

2) Нарушение диффузионной способности альвеол

3) Расстройство гемодинамики малого круга кровообращения

4) Нарушение газотранспортной функции крови

5) Нарушение тканевого метаболизма кислорода

6) Нарушение вентиляции, транспорта и утилизации кислорода\*

1. Какой метод самый информативный для диагностики спонтанного пневмоторакса?

1) Исследование функции внешнего дыхания

2) Иммунологическое обследование

3) Физикальное обследование

4) Рентгенологическое обследование\*

1. Какие признаки более характерны для легочного кровотечения?

1) Кровь алая, пенистая выделяется с кашлем и мокротой\*

2) Кровь темная, с примесью желудочного содержимого

3) Ярко-красная кровь, стекающая по задней стенке носоглотки

1. В каких случаях выделение крови из дыхательных путей следует отнести к легочному кровотечению в отличие от кровохаркания?

1) Одномоментное выделение более 50мл крови

2) Выделение крови отдельными плевками на протяжении длительного времени

3) Откашливание крови в чистом виде\*

1. Какие патогенетические механизмы играют ведущую роль в возникновении легочного кровотечения при туберкулезе легких?

1) Нарушение целостности стенки кровеносных сосудов\*

2) Патофизиологические нарушения токсико-аллергического характера

3) Вазомоторные нарушения в результате дисфункции вегетативной нервной системы

4) Нарушение диапедеза сосудистой стенки

5) Правильны все ответы

1. Какие рентгенологические признаки наиболее характерны для пневмоторакса?

1) Отсутствие легочного рисунка, наличие контура поджатого легкого, смещение органов средостения в противоположную сторону\*

2) Ячеистый легочный рисунок, горизонтальный уровень в нижних отделах грудной клетки, смещение органов средостения в сторону пневмоторакса

3) Наличие контура поджатого легкого, отсутствие легочного рисунка, смещение органов средостения в сторону пневмоторакса

1. Какие причины из перечисленных чаще вызывают развитие пневмоторакса у больных туберкулезом легких?

1) Субплеврально расположенная каверна, буллезная эмфизема\*

2) Крупные казеозные очаги

3) Сопутствующие туберкулезу болезни: поликистоз, абсцесс, бронхоэктазы

4) Посттуберкулезный плевропневмофиброз

1. Какие физикальные признаки наиболее типичны для пневмоторакса?

1) Тимпанит при перкуссии, отсутствие голосового дрожания, дыхание ослаблено или не прослушивается\*

2) Укорочение перкуторного звука, отсутствие дыхания и голосового дрожания, влажные хрипы

3) Дыхание ослаблено или не прослушивается, тимпанит, крепитация, болезненность при пальпации

1. Какие клинические симптомы наиболее типичны для пневмоторакса?

1) Боль в груди, одышка, цианоз\*

2) Одышка, кашель при перемене положения тела, акроцианоз

3) Боль в груди только во время физического напряжения, кашель, одышка при физической нагрузке

**Тема 8: Принципы и методы лечения больных туберкулезом.**

**Форма текущего контроля** **успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач***.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

Вопросы для устного опроса:

1. Общие принципы лечения больных туберкулезом.
2. Осложнения химиотерапии и методы их предупреждения.
3. Патогенетическая терапия и ее виды, иммуно- и стимулирующая терапия.

Тестовые задания:

1. Каким побочным реакциям на химиотерапию свойственна стереотипность клинических проявлений?

1) Токсическим

2) Дисбактериозу

3) Идиосенкразии

4) Аллергическим\*

1. Каким побочным реакциям на химиотерапию свойственна органоспецифичность?

1) Токсическим\*

2) Аллергическим

3) Дисбактериозу

4) Идиосенкразии

1. Какие осложнения при применении стрептомицина наиболее часты?

1) Невриты

2) Спазм коронарных сосудов

3) Депрессия, галлюцинации

4) Вестибулярные и слуховые расстройства\*

1. Какие побочные действия рифампицина встречаются наиболее часто?

1) Нефротоксичное

2) Ототоксичное

3) Аллергические реакции

4) Гепатотоксическое, диспепсии\*

1. На каком этапе лечения показана кортикостероидная терапия?

1) В начале лечения при выраженной экссудативной реакции\*

2) В фазе рассасывания, когда организм начинает справляться с тубинфекцией

3) При замедлении положительной динамики процесса

1. Каков основной механизм воздействия кортикостероидной терапии на патологический процесс?

1) Уменьшение воспаления\*

2) Усиление вялотекущего воспаления

3) Стимуляция репаративных процессов в тканях

1. Каков механизм воздействия на нормализацию окислительно-восстановительных процессов в тканях лечения с применением АТФ?

1) Прямой

2) Опосредованный путем стимулирования синтеза кокарбоксилазы\*

3) Прямой и опосредованный

1. На каком этапе комплексного лечения туберкулеза легких следует применять биогенные стимуляторы?

1) В начале лечения при выраженных экссудативных проявлениях

2) На заключительном этапе химиотерапии

3) После двухмесячной предварительной химиотерапии при замедленной рентгендинамике\*

1. Каковы наиболее значимые, контролируемые лабораторией, противопоказания к назначению гепарина в комплексном лечении туберкулеза?

1) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

2) Острый гепатит, острый нефрит

3) Апластическая и гипопластическая анемия

4) Все перечисленные

5) Кровохарканье

6) Изменения коагулограммы, свидетельствующие о пониженной свертываемости крови\*

1. На каком этапе основного курса химиотерапии рекомендуется применение гепарина в комплексном лечении туберкулеза?

1) На этапе рассасывания туберкулезных бугорков

2) На этапе рубцевания

3) Первые два месяца химиотерапии\*

1. Какие основные свойства гепарина обуславливают показания к его назначению в комплексном лечении туберкулеза?

1) Антигистаминное, антикоагуляционное

2) Потенцирующее действие антибиотиков

3) Потенциирующее действие химиопрепаратов

4) Противовоспалительное, улучшает микроциркуляцию, десенсибилизирующее\*

1. Какой вид воздействия оказывают в организме больного препараты кокаборсилазы, АТФ и липоевой кислоты?

1) Стимулируют белковый обмен

2) Стимулируют жировой обмен

3) Стимулируют углеводный обмен

4) Стимулируют энергетический обмен\*

1. Какие состояния и сопутствующие заболевания относятся к противопоказаниям для назначения кортикостероидной терапии?

1) Эндокринные и психические заболевания

2) Туберкулезная эмпиема

3) Декомпенсация сердечной деятельности, болезнь Иценко-Кушинга\*

1. При лечении каких форм туберкулеза назначение кортикостероидов является обязательным даже при наличии противопоказаний?

1) Менингоэнцефалит\*

2) Лимфаденит

3) Острые деструктивные формы туберкулеза легких

4) Цирротический туберкулез легких

5) Первичные формы туберкулеза у детей и подростков

1. Какие аэрозольные установки позволяют получить высокодисперсную, однородную аэрозоль?

1) Турбоингаляторы

2) Пневматические

3) Ингаляторы индивидуального пользования

4) Все перечисленные

5) Ультразвуковые\*

1. В каких случаях из перечисленных нецелесообразно назначать протеолитические ферменты в комплексном местном лечении туберкулеза бронхов?

1) При язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки\*

2) При свищевых формах туберкулеза бронхов

3) При стенозах бронхов 1-2 степени

1. Каково действие кортикостероидных гормонов?

1) Противовоспалительное, иммуностимулирующее

2) Иммуностимулирующее, анаболическое

3) Иммуномодулирующее, анаболическое, противоспалительное

4) Противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммунодепрессивное\*

**Ситуационные задачи:**

Задача **1**

Больной 34 лет госпитализирован 29.06 на 3 день заболеванияия. Жалобы при

поступлении на общую слабость, плохой аппетит, схваткообразные боли внизу живота, скудный стул со слизью и кровью. Заболел 27.06, утром почувствовал небольшую слабость, познабливание. Работал. Вечером слабость наросла, понизился аппетит, повысилась Т - до

38,00С. Спал плохо. Утром следующего дня к выше указанным жалобам присоединилась тошнота, боли по всему животу и жидкий стул. Стул за день повторился 5-6 раз. Вечером в кале заметил слизь. Ночью не спал; стул был частый, скудный; усилилась боль в животе, она носила схваткообразный характер и локализовалась в левой подвздошной области. С утра

29.06 Т – 39,20 С, выраженная общая слабость, отсутствие аппетита, тошнота, боли в животе, частый (каждые 30-40 минут) скудный стул, кроме слизи в кале появились прожилки крови. Вызвал врача «Скорой помощи» и доставлен в инфекционное отделение.

Эпиданамнез. Проживает с семьей в частном доме со всеми удобствами. В семье двое детей - 5 и 8 лет, оба организованы. В детском саду, который посещает младший сын, зарегистрированы случаи желудочно-кишечных заболеваний. Воду пьет некипяченую. Не всегда строго соблюдает правила личной гигиены.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Т тела – 38,50С. АД –100/60 мм рт. ст. Пульс – 92 в 1 мин удовл. качеств. Язык суховатый, обложен. Живот несколько втянут, болезненный по ходу толстого кишечника и особенно в области сигмы. Сигма спазмирована.

Задания**:**

1. Предварительный диагноз.

2. Назначить обследование больному.

3. Какова предположительно этиология (вид возбудителя) заболевания?

4. Назначить лечение больному.

**Ответы:**

1. О. дизентерия, колитическая форма.

2. Ректороманоскопия: проктосигмоидит, который может быть катаральный,

геморрагический, эрозиво-язвенный. ИФА, РПГА., БАК, копрология, ИФ.

3. Флекснера (а Зонне вызывает гастроэнтероколит)

4. Диета, антимикробгные средства, пероральная дегидратация: регидрон, оралит

Задача **2**

Больной 45 лет госпитализирован 9/VIII, на второй день болезни. Жалобы при

поступлении: собрать не удалось в связи с тяжелым состоянием больного. (Со слов жены) заболел 8.VIII. Утром появился жидкий стул, который в течение дня повторился неоднократно. Испражнения стали водянистыми, обильными. Боли в животе не ощущал. С каждой дефекацией состояние больного ухудшалось, появилась выраженная общая слабость, пропал аппетит. В середине дня повысилась температура тела до 37,50С. Вечером 8.VIII присоединилась рвота, которая была повторной, а содержимое водянистым и обильным. В ночь на 9.VIII беспокоили судороги мышц ног, плохо спал. С 12 часов 9.VIII понос и рвота прекратились, но состояние больного ухудшилось: не мог самостоятельно встать с постели, пропал голос, отмечались судороги в верхних и нижних конечностях. Мочился редко и понемногу.

Эпиданамнез. С 25 июля был на рыбалке с друзьями в низовьях Волги. Жили в палатке, пили воду из реки, купались. Вернулся домой 5.VIII.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Черты лица заострившиеся, глаза запавшие. Tемпература тела – 35,60С. Слизистые рта сухие. Афония. Судороги конечностей. Число дыханий в 1 минуту – 28-32. Пульс нитевидный, АД – не определяется. Живот втянут, при пальпации безболезненный.

Задания**:**

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования больного.

3. Какова неотложная медицинская помощь?

4. Какое осложнение заболевания имеет место?

5. Правила госпитализации больного, тактика врача при подозрении на заболевание.

**Ответы:**

1. Холера, 4 степень эксикоза (10 и > % массы), алгид.

Механизм фекально-оральный, пути: водный, пищевой, контактно-бытовой, обезвоживание изтоническое

2. Бактериология с посевом (рвотных масс и испражнений). Экспресс- метод иммобилизации и микроагглютинации вирионов. Иммунофлюресценция. ОАК (повышение эритроцитов, лейкоцитов, снижение ТЦ), б/х и электролиты (понижается К, CL, метаболический ацидоз), ЭКГ (признаки лёгочной гипертензии, перегрузка правых отделов)

3. Водно-электролитная терапия (этиотропная терапия второстепенна): 1 этап – восстановление потери жидкости и солей до лечения, скорость вливания 70-120 мл в минуту (квартасоль = NaCl-4,75, натрия ацетат 2,6, нария гирокарбонат 1, калия хлорид 1,5; хлосоль, трисоль (натрий хлор 5: натрия гирокабонат 4: КCl:1), противопоказаны коллоиды, можно оралит, 2 этап – коррекция продолжающихся потерь – до оформления стула, в/в 40-

60мл/мин, орально 1,5 л/ч. антибиотики тетрациклин 0,5 4р, левомицетин 0,5 4 р 4-5 дней,

выписка после 3х кратного бактериологического исследования.

4. Холерный алгид. ОПН (преренальная форма?)

5. Закрыть двери и окна в квартиру, поставить в известность главврача поликлиники, спросить у него защитную одежду, средства экстренной профилактики, дезинтоксикационные средства, предметы ухода за больным, медикаменты. Нельзя пользоваться раковиной. Переодеться в защитную одежду, обработать дезрастворами открытые части тела, оказать больному необходимую помощь (до взятия материала для БАК посева не начинать АБ терапию), уточнить данные эпиданамнеза, записать фамилии и адреса контактных, текущая дезинфекция, доложить прибывшим консультантам основные сведения о больном и контактных, оформить направление в больницу и экстренное извещение.

Задача **3**

Больная 32 лет поступила в стационар 11.01 на второй день болезни. Жалобы при

поступлении на выраженную общую слабость, головокружение, тошноту и рвоту, боль в животе, жидкий стул, судороги в нижних конечностях. Заболела 10.01 в 6 часов утра, когда появился озноб, головная боль, тошнота. Через час присоединилась рвота, сначала - съеденной накануне пищей. В последующем рвота повторилась много раз, рвотные массы содержали жидкость зеленоватого цвета. В середине дня температура тела была – 39,50С, появился жидкий стул, сначала каловый, затем водянистый, зловонный, зеленый. Стул в течение дня был раз 5-6. Ночью все симптомы сохранились, не спала из-за повторных рвоты, поноса, судорог икроножных мышц, сильных постоянных болей в животе. В связи с ухудшением самочувствия вызвала «скорую помощь» и доставлена в инфекционное отделение.

Эпиданамнез. Накануне заболевания (10.01) в 12 часов обедала в столовой предприятия. Ела суп с гусятиной, котлеты, салат. Проживает в благоустроенной квартире, в семье все здоровы. Молоко и воду употребляет некипячеными.

Объективно: общее состояние средней тяжести, ближе к тяжелому. Температура –

390C. Кожные покровы бледные, губы цианотичные. АД- 90/60 мм рт. ст. Пульс – 100 уд. в

1 мин., ритмичный, слабый. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Живот мягкий, болезненный в эпи-, мезогастрии, толстая кишка чувствительна при пальпации, сигма не спазмирована. В приемном покое был стул – водянистый, зловонный, зеленый, не обильный, без патологических примесей.

Задания**:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно?

2. План обследования больной.

3. С каким заболеванием следует дифференцировать?

4. Каковы механизм и фактор заражения?

**Ответы:**

1. Сальмонеллез, гастроэнтестинальная форма. Гастроэнтероколитический вариант.

2. Рвонтные массы, промывные воды желудка , испражнения, кровь-на посев, продукты. Также иммунология- РА в титре 1:200, РНГА- то же, (латексная РА, коагглютинация, ИФА)=обнаружение специфических АГ в крови. Б/х, электролиы (снижение КСl, метаболический ацидоз), ЭКГ – возможны экстрасистолы

3. ПТИ, дизентерия, холера.

4. Фекально-оральный, фактор заражения: пища – салат, молоко.

Задача **4**

Больной 18 лет обратился в поликлинику с жалобами на слабость, плохой аппетит,

тошноту после еды, потемнение мочи, тяжесть в правом подреберье. Заболел остро 5 августа

2002 года, когда температура повысилась до 37,40С, появилась тошнота, был двукратно кашицеобразный стул без патологических примесей. На 2 день болезни резко снизился аппетит, наросла слабость, была однократно рвота, температура тела 37,2-37,40С. На 3-й день болезни к вышеуказанным симптомам присоединились: носовое кровотечение, потемнение мочи, отвращение к пище и табачному дыму. Обратился в поликлинику, направлен на стационарное лечение.

Эпиданамнез. Живет в двухкомнатной квартире. Семья состоит из 4-х человек: отца, матери, младшего брата в возрасте 10 лет. В июле 2002 г. брат болел острым вирусным гепатитом. Личную гигиену соблюдает нерегулярно; питается только дома. За пределы города в течение 2-х месяцев не выезжал. Пьет не кипяченую водопроводную воду. Парентеральных вмешательств за последние 6 месяцев не было. Половой партнер здоров.

Объективно: состояние удовлетворительное, склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; сердце - границы в норме, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный, пульс 78 уд. в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст., язык влажный обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Пальпируется край печени: округлый, чувствительный, мягкий. Размеры печени по Курлову:

13 х 11 х 8 см. Селезенка не пальпируется. Моча темная, кал обычной окраски.

Общий анализ крови от 9.08.2002 г. Эритроциты- 4.1012/л, Нв -140 г/л, цв. показ. 1,0. лейкоциты - 4,2 . 109/л, (э – 1, п - 1, с - 48, л - 42, м – 8%). СОЭ – 4 мм /час. Общий анализ мочи уд. вес 1012, б- 0, сахар – 0, желчные пигменты – 2, лейкоциты 4 в п.зр. Анализ крови: билирубин общ. - 62 мкМоль /л, прямой -40 мкМоль/л, непрямой -22 мкМоль/л, тимоловая проба – 54 ЕД, АСТ – 560 ЕД, АЛТ –928 ЕД, протромбиновый индекс – 0,8. Обнаружены а- HAV JgM от 8.09.2002 г.

Задания**:**

1. Клинический диагноз.

2. Наиболее вероятный путь заражения.

3. Назначьте лечение.

4. Возможные исходы заболевания.

5. План обследования контактных.

6. Перечислите возможные пути профилактики.

**Ответы:**

1. О. вирусный гепатит А, преджелтушный период.

2. Контактно-бытовой или алиментарный (механизм фекально-оральный)

3. Диета №5 (исключение жарения, копчения, д\б углеводы, каши, белый хлеб,

животный белок, творог, рыба, усвояемые жиры, обильное питьё (отвар шиповника), для

средне-тяжёлой формы – в/в 5% глюкоза, р-р Рингера, гемодез. Выписка при хорошем самочувствии, отсутствии желтухи, улучшении лабораторных показателей.

4. В большинстве полное выздоровление в течение 1,5 мес после выписки. Возможна постгепатитная гепатомегалия, дискинезия ЖВП. Хронического гепатита нет. Наблюдения в КИЗ 1-3 мес

5. Контактные – наблюдение 35 дней (термометрия, опрос, размеры печени, осмотр слизистых, при сомнениях активность АЛТ.

6. С-Г мероприятия, обеспечение доброкачественной водой и пищей; изоляция заболевших, раздельная госпитализация, Ig профилактика.

Задача **5**

Больной 40 лет поступил в инф.отд. с жалобами на отсутствие аппетита, резкую

слабость, темную мочу, желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых, обесцвеченный кал. Болен в течение 3 недель. В первые 10 дней отмечал интенсивные боли в локтевых, лучезапястных, коленных суставах. На 11 день повысилась Т до 37,40, появилась головная боль, снизился аппетит, самостоятельно принимал аспирин, индометацин, улучшения не было. Продолжал работать. С 12 дня отмечал боли в правом подреберье, тошноту п/еды, нарастали слабость, резко снизился аппетит. На 19 день отметил темную мочу. Обратился в п-ку, направлен на стац. лечение.

Эпиданамнез: живет в благоустр. 3-х комн. квартире. Семья из 4-х человек: жена и 2 детей; все здоровы. За 3 месяца до заб-я проводилось лечение зубов в стомат. п-ке. 2 месяца назад было ранение пр. кисти, проводилась хир. обработка и лечение у хирурга. Личную гигиену соблюдает.

Объективно: состояние ср.тяжести, вялый, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слиз. оболочки интенсивно желтушные. В легких дых. везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны глухие, шумов нет, ЧСС – 60 уд. в 1 мин.; АД -100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненной в правом подреберье; печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см; край печени мягкий чувствительный, закруглен. Пальпируется край селезенки. Симптом Пастернацкого «-« с обеих сторон, моча темная, кал ахоличный.

ОАК: Эр 4,2 . 1012/л, НВ – 140 г/л, цв. показ - 1,0; лейкоциты – 3,6 . 109 /л, (э-0,п-1, с-

57, л-36, м-6) СОЭ –3 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1018, белок – следы, сахар –0, э-0-1 в п/з, л – 2-3 в п/з, желчные пигменты – 3.

БАК: Б/Б общ. – 210 мкМоль/л, прямой –182 мкМоль/л, непрямой –28 мкМоль/л, АСТ

– 1340 ЕД, АЛТ – 2920 ЕД, протромб. индекс –0,6. Выявлены НBSAg, a-HВcor Ag JgM, a- HВeAg.

Задания**:**

1. Какое заболевание наиболее вероятно?

2. Каков механизм заражения?

3. Составьте план лечения.

4. Какие осложнения возможны у данного пациента?

5. Перечислите возм. исходы заболевания.

6. Составьте план обследования контактных лиц.

**Ответы:**

1. О. Гепатит В, тяжелое течение (т.к > 200 мкмоль/л), желтушный период.

2. Парентеральный.

3. Госпитализация, Постельный режим, диета №5, 1-1,5л в сутки глюкозо-инсулин. смесь, витамины, преднизолон 60 мг в сутки, роферон, интрон реаферон 2 млн ед в сутки 5-6 дней, затем 1 млн однократно в течение 5 дней. Тяж. течение снижение белковой пищи, криоплазма, аминокапроновая к-та, жидкость в/в не > 2 литров. При снижении диуреза – фуросемид. ГБО, плазмаферез. 1%.

4. Холестаз. Энцефалопатия.

5. Выздоровление – 80%, хронизация – 10%, бессимптомное носительство, смерть –

6. Контактные лица – специфический Ig, с высоким титром.

Задача **6**

Больная 25 лет, поступила в инф отделение с жалобами на слабость, тошноту после

каждого приема пищи, период. высыпания на коже, головную боль, пониженную работоспособность. Считает себя больной в течение месяца, когда появились повышенная утомляемость, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье после жирной и жареной пищи. Период. на коже появлялась уртикарная зудящая сыпь в области живота, груди. После употребления алкоголя отмечала тёмную мочу и расстройства стула: жидкий, водянистый, без примесей слизи и крови. Обратилась в п-ку, направлена на стац лечение и обследование.

Эпиданамнез: живет в 2-комн. благоустр. квартире. Семья из 3 человек: муж и дочь 2 лет. Правила личной гигиены соблюдает. Родственники здоровы. Во время родов 2 года назад проводилось переливание крови, за последние 6 месяцев парентер. вмешательств не было. За пределы города не выезжала.

Объективно: состояние удовл. Сознание ясное. Адекватна. Склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны ясные, шумов нет, ЧСС – 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на вдохе выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется.

ОАК : эр- 3,8 –1012, НВ – 136 г/л, цв. показ. 0,9; лейк. – 4,0 .109, (э – 2, п-2, с-43, л-36,

м-6) СОЭ –9 мм/ч.

ОАМ в норме.

Б/х: б/б общ. -32 мкМоль/л, пр. –10 мкМоль/л, непр. -22 мкМоль/л, АСТ – 320 ЕД,

АЛТ – 840 ЕД, протромб. индекс – 0,8. Выявлены а-HCV JgM+G.

Задания**:**

1. Клинический диагноз.

2. Каков наиболее вероятный механизм и срок заражения?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения?

4. Составьте план лечения.

5. Перечислите возможные исходы заболевания.

6. Перечислите пути профилактики.

**Ответы:**

1. Хр.вирусный гепатит С, обостр-е, преджелтушный п-д

2. Парентеральный, 6-8 нед ИК, но может быть до 26 нед

3. Серология (ИФА, тест системы к HCV, иммуноблоты (Riba 2), определение последовательности РНК), пункционная биопсия печени (фибропластический процесс)

4. Диета №5, дезинтокс. терапия в зависимости от функции печени рациональность п/в терапии (интерфероны 3-6 млн ЕД 3 раза в неделю) + рибавирин + иммуностимуляторы

5. Выздоровление редко, хронизация до 100%, первичный рак печени.+ аутоимунные проявления: артриты, псориаз, криоглобулинемия

6. Отбор доноров по АЛТ и HbC, медработники, контактные, матери, дети

Задача **7**

Больная 20 лет поступила в стационар 15.03.03 г. Жалобы при поступлении на

двоение предметов, резкое ухудшение зрения, затруднение при глотании твердой пищи и поперхивание водой, слабость. Заболела 09.03.03 г., когда появились неприятные ощущения в эпигастрии и нарушение зрения – сливались буквы газетного текста. На второй день – двукратная рвота, слабость, ухудшилось зрение – не могла прочитать заголовки газетных статей. На третий день – двоение предметов и сухость во рту, твердую пищу могла

глотать, только запивая её водой. В последующие три дня присоединилось поперхивание при глотании воды, задержка стула. Температура в течение болезни не повышалась. 15.03.03 г. На 7 день болезни, осмотрена окулистом, невропатологом, терапевтом и направлена на стационарное лечение.

Эпиданамнез: накануне заболевания, 08.03.03 г., была в гостях, ела салаты, консервированные грибы, жареную рыбу. В застолье участвовали 15 человек. Двое из них тоже жалуются на нарушение зрения, но к врачу не обращались.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены слабость, вялость, бледность наружных покровов, амимия. Левая глазная щель уже правой из-за полуптоза верхнего века. Левое глазное яблоко слегка не доводит кнаружи. Зрачки широкие, диаметр 7-8 мм. Реакция на свет вялая. Острота зрения 0,1. Голос с гнусавым оттенком. Слизистая ротоглотки сухая. Мягкое небо ограничено в подвижности. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 100 ударов в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот незначительно вздут, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочится нормально. Стул задержан.

Задания**:**

1. Диагноз и его обоснование.

2. Особенности возбудителя и эпидемиологии данного заболевания.

3. Методы лабораторной диагностики.

4. Специфическое средство лечения.

5. Последовательность первичных лечебно- диагностических мероприятий.

6. Меры профилактики данного заболевания..

**Ответы:**

1. Ботулизм.

2. Клостридия. Гр+ анаэроб. Споры термостабильны (дохнут через 1,5 часа кипячения) . Зоосапроноз. Самый сильтый токин (7 типов). В кишке у теплокровных –кал- загрязнение-домашние консервы: грибы> мясо> рыба> овощи. Больной не опасен. Блокада высвобождение АХ из больших нейронов передних рогов сп.мозга. Размножаются в больших кусках колбасы, ветчины, рыбы. Резервуар: теплокровное животное (испражнение). Место обитания – почва. Макс размножение – в трупе + Анаэробные условия

3. ОАК (лейкоцитоз), ОАМ, РН на мышах – обнаружение токсина в сыворотке, в среде (15-20 мл крови), 25 г каловых масс, до введения сыворотки!!! АТ нет

Иммунной диагностики нет, т.к. АТ не успевают образоваться. Выявляют токсин реакцией нейтрализации на мышках, , возбудителя-посевом.

4. ПБС к А и Е по 10000МЕ, к В 5000МЕ, при тяжёлом течение каждые 6-8 часов вводится 4 дня, сейчас – поливалентная сыворотка однократно.

5. Промыть до чистых вод, независимо от срока. Высокая сифонная клизма с содой. Сыворотка типов A,B,E. по 10 тыс АиЕ, и 5-В. левомицетин (теоретически может образовывать токсин in vivo). ИВЛ с санацией бронхиального дерева. ГБО.

6. Профилактически вводится ПБС 1-2000 МЕ, консервирование в аэробных условиях,

кипячение.

Задача **8**

Женщина 26 лет. Через 2 дня после того, как две ее сотрудницы заболели ОРВИ,

появились к вечеру резь в глазах, водянистое отделяемое из носа, мышечная слабость, боли в пояснице и конечностях, головная боль, познабливание. К 23.00 температура тела поднялась до 37,80С. Утром следующего дня отметила охриплость голоса, ощущение “щекотания” за грудиной и кашель - грубый, приступообразный, сопровождающийся саднением за грудиной. Врач, пришедший вечером того же дня, отметил гиперемию конъюнктив, инъекцию сосудов склер, яркую гиперемию зева, а в легких - жесткое дыхание и рассеянные жужжащие хрипы. Число дыханий 20 в 1 мин., ЧСС 92 уд. в мин. При аускультации сердца ритм правильный, небольшая приглушенность тонов. Температура тела при осмотре 37,60С.

Кашель к этому времени стал более частым, но менее грубым, с трескучими и свистящими компонентами в кашлевом звуке. Назначив лечение, врач при активном посещении больной на следующий день (3 день болезни) отметил свободное носовое дыхание при отделении небольшого количества слизи, уменьшение гиперемии конъюнктив и зева, урежение кашля. Одновременно появилось скудное отделение мокроты в виде комочков слизи, увеличилось в легких количество сухих жужжащих хрипов. Температура тела снизилась до 37,10 С. Пальпация и перкуссия грудной клетки патологии не выявили, число дыханий 18 в 1 мин.

Задания**:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Укажите предположительную этиологию и способы верификации болезни.

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Назначьте и обоснуйте лечение.

**Ответы:**

1. ОРВИ. Аденовирусная инфекция. о.Трахеобронхит.

2. Аденовирус. Культивация на куриных эмбрионах(редко и сложно). ИФА,

серодиагностика.

3. Грипп.

4. Симптоматическое, препараты интерферона.

Задача **9**

Больная 54 лет почувствовала резкую слабость, сонливость, головную боль, озноб.

Температура при измерении оказалась 39,10С. Самостоятельно приняла 2 табл. аспирина, димедрол. На следующий день состояние не улучшилось, присоединились умеренные боли в горле, в подчелюстной области, голос стал охрипшим. Осмотрена врачом «Скорой помощи». Объективно: общее состояние средней тяжести. Лицо бледное с сероватым оттенком, пастозное. Осмотр образований зева: миндалины увеличены в размерах, гиперемированы, покрыты сероватым налетом, расползающимся на язычок и небные дужки, язык обложен у корня, губы сухие, изо рта ощущается сладко – приторный запах. Дыхание затруднено, шумное, голос с носовым оттенком. Все шейные и подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены и болезненны. Имеется отек клетчатки шеи, достигающий ключиц. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, единичные экстрасистолы. Пульс – 110 уд. в

1мин., АД – 100/70 мм рт. ст. По другим органам без существенной патологии.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Прививалась в детстве по графику. Однако, в последующие годы ревакцинации не было. В настоящее время муж больной лежит в терапевтическом отделении с диагнозом

«Постгриппозный миокардит», она его ежедневно навещала.

Задания**:**

1. Поставьте предв диагноз.

2. Назначьте программу обследования.

3. Вероятная причина заболевания.

4. Принципы и методы лечения заболевания и осложнения.

5. Профилактика данного заболевания.

**Ответы:**

1. Дифтерия, токсическая форма 2 степень.

2. Бактериология: посев из зева, исследование титра антител в динамике РПГА, ИФА.

3. Возможный источник заражения. Может быть, у мужа-постдифтерийный миокардит?

4. Экстренная госпитализация, специфическое лечение: Антитоксическая лошадиная сыворотка по Безредке 60-70 антитоксических единиц в первый раз, затем 2 дня 2 раза в сутки-пока не пройдет токсический отек. Цефалоспорины. Плазма с антитоксическим титром

1: 1280. Для сердца –цитохром С, добутамин( если понадобится). Дигиталис не катит!.

Глюки в/в. Дезинтоксикационная терапия + короткий курс глюкокортикоидов.

5. Санация носителей макролидами, рифампицином. Прививать АКДС в 3,4,5 месяцев ( п/показ-только иммунодепрессия и лейкоз). –1,5 года-7 лет-11-16 и через 5 лет. Контактных обследуют бактериологически, разобщают на 7 дней.

Задача **10**

Больная 48 лет поступила в клинику инф болезней 28.01.03. на третий день

лихорадочного заболевания, которое началось с явлений общей слабости, разбитости, повышения Т до 38,70С. На второй день состояние ухудшилось – ломота во всем теле, особенно в пояснице, головная боль преимущественно в лобной и периорбитальной областях, Т 39,20С, саднение в носоглотке, заложенность носа. Участковым врачом назначены аспирин, сульфален и эритромицин. На третий день усилилась головная боль, присоединились головокружение, саднение за грудиной, грубый болезненный кашель, насморк, Т 39,60C. Ночью бредила. Доставлена врачом «Скорой помощи».

Объективно: состояние тяжелое, больная вялая, сонливая, заторможенная. Жалуется на головную боль и головокружение, усиливающиеся при перемене положения. Лицо гиперемировано, одутловато. Кожа сухая, горячая на ощупь. Отмечается гиперестезия кожных покровов. Легкий склерит. Дыхание через нос затруднено, из носа серозные выделения. Частый сухой кашель, сопровождающийся болью за грудиной. Слизистая задней стенки глотки и небных дужек ярко гиперемирована, гиперплазированы фолликулы. Миндалины не увеличены. В легких перкуторно - ясный легочный звук, дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Температура – 39,60C. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отр. Диурез не нарушен. Стул задержан. Отмечается ригидность мышц затылка, сомнительный симптом Кернига, повышение сухожильных рефлексов.

При люмбальной пункции получена прозрачная жидкость, вытекающая под повышенным давлением: белок – 0,16 г/л, цитоз – 3 клетки - лимфоциты, реакция Панди отрицательная, сахар – 0,55 г/л.

ОАК: эр 5,0 .1012/л, Нв – 120 г/л, лейк 7,0 .109/л, э –2, п- 10, с- 43, л-40, м-5 %, СОЭ –

24 мм/час.

Задания**:**

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Правильна ли тактика врача поликлиники?

3. С какими заб-ми необходимо дифференцировать?

4. Перечислите необходимые для подтверждения диагноза лабораторные методы исследования.

5. План лечения.

**Ответы:**

1. Грипп, менингизм.

2. Нет. Он назначил аспирин - увеличивает проницаемость гематоэнцеф барьера,

ухудшают интоксикацию, АБ - не было показаний.

3. Менингит.

4. Культивирование на куриных эмбрионах, метод флюоресцирующих АТ, серологическое исследование: РТГА, РСК,РН.Нарастание АТ в 4 раза, ИФА.ОАК, ОАМ, бх крови, белок, КТ, повторная люмбальная пункция при сохранении симптоматики менингита.

5. Противогриппозный гамма-глобулин, лейкоцитарный интерферон, ремантадин, рибомунил, бронхомунал, мочегонные, т.к. имеется отёк мозга, жаропонижающие, ингаляции, отхаркивающие, витамины.

Задача **11**

Больная 57 лет, пенсионерка, поступила в стационар 03.01.03 с жалобами на кашель,

насморк, повышение Т до 38,40, покраснение и отечность век, слабость. Заболела 29.12.02 г.,

появились кашель, насморк, субфебрильная Т. Лечилась домашними средствами. К 4-5 дню состояние ухудшилось наросла слабость, Т достигла 38,0-38,50С, появились отек и покраснение век. Участковым врачом направлена на стац лечение.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены слабость, бледность кожных покровов, Т 38,00С. Пальпируются шейные и подчелюстные лимфоузлы, эластичные, чувствительные, размером до 1 см в диаметре. Лицо одутловато, резкая гиперемия и отечность конъюнктив, отечность век, больше справа. На правом нижнем веке плотная белая пленка. Обильный слизистый насморк. Небные дужки, задняя стенка глотки гиперемированы, гипертрофия миндалин, гиперплазия фолликулов. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. ЧДД – 24 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, пульс 90 ударов в 1 мин. Живот мягкий, б/б. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отр. Диурез не нарушен. Стул кашицеобразный 1-2 раза в сутки.

ОАК: эритроциты. – 5,0 .1012/л, Нв – 120 г/л, лейкоциты – 7,0 .109/л, э -2, п –10, с –43,

л –40, м-5 %, СОЭ – 24 мм/час.

Задания**:**

1. Поставьте предварительный диагноз

2. Перечислите необходимые для подтверждения диагноза лабораторные методы исследования.

3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

4. План лечения.

**Ответы:**

1. Аденовирусная инфекция: фарингоконъюнктивальная лихорадка

2. ИФ, выделение вируса из носоглоточных смывов, конъюнктивального содержимого, фекалий, РСК, РТГА, РН

3. Дифтерия глаза, другие ОРВИ

4. Человеческий иммуноглобулин, 6 мл в/м, в/в дезинтоксикация, глюкоза, гемодез. При поражении глаз Ig закапывают в конъюнктивальный мешок. При плёнчатых конъюнктивитах 2% р-р борной кислоты, 30% альбуцид, 0,5% мазь теброфена.

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

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

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме\_\_\_\_\_зачета\_\_\_\_\_\_ проводится (зачета, экзамена)

по зачетным билетам, в устной форме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

*где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного рейтинга.*

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

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

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

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Классификация и морфология микобактерий, формы их существования и изменчивость. Микобактериозы – понятие, виды, значение в патологии человека.
2. Патогенез туберкулеза, особенности нарушений микроциркуляции, состояние аэрогематического барьера, роль клеточных факторов защиты и сурфактантной системы в развитии туберкулеза, факторы восприимчивости к туберкулезу. Иммунитет и аллергия при туберкулезе.
3. Эпидемиология туберкулеза: закономерности эпидемического процесса; пути распространения инфекции; факторы повышенного риска заболевания туберкулезом.
4. Эпидемиология туберкулеза: показатели, характеризующие эпидемический процесс.
5. Лабораторные методы диагностики туберкулеза; туберкулинодиагностика туберкулеза.
6. Методы лучевой диагностики туберкулеза легких и внелегочного туберкулеза.
7. Эндоскопические методы диагностики туберкулеза;

**-** Функциональные методы исследования больных туберкулезом;

**-** Хирургические методы исследования при туберкулезе.

1. Общие принципы профилактики туберкулеза и ее виды.
2. Специфическая профилактика туберкулеза (медицинская - вакцинация, химиопрофилактика).
3. Неспецифическая профилактика туберкулеза (санитарная, социальная).
4. Классификация туберкулеза. Понятие о первичном и послепервичном туберкулезе, особенности их клинических проявлений.
5. Ограниченные недеструктивные форм туберкулеза (очаговый, туберкулома, инфильтративный без распада, плеврит); их дифференциальная диагностика с недеструктивными заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии.
6. Распространенные и деструктивные формы туберкулеза (инфильтративный с распадом, диссеминированный, казеозная пневмония); их дифференциальная диагностика с распространенными и деструктивными заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии.
7. Туберкулезный менингит, методы его выявления, диагностики и дифференциальной диагностики с инфекционными менингитами нетуберкулезной этиологии.
8. Методы выявления и диагностики туберкулеза внелегочной локализации (туберкулеза костей и суставов, мочеполовой системы, абдоминального туберкулеза, периферических лимфоузлов, туберкулезного менингита, туберкулеза глаз и кожи).
9. Дифференциальная диагностика внелегочного туберкулеза с заболеваниями нетуберкулезной этиологии.
10. Проявления туберкулеза и его диагностика у ВИЧ-инфицированных больных.
11. Дифференциальная диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией с заболеваниями нетуберкулезной этиологии (бактериальная, пневмоцистная пневмония, ЦМВ-инфекция и др.)
12. СВИС, клинические проявления, профилактика.
13. Легочные кровотечения и неотложная помощь.
14. Спонтанный пневмоторакс и неотложная помощь.
15. Острый респираторный дистресс-синдром.
16. Общие принципы лечения больных туберкулезом.
17. Осложнения химиотерапии и методы их предупреждения.
18. Патогенетическая терапия и ее виды, иммуно- и стимулирующая терапия.

**Таблица соответствия результатов обучения по модулю «Фтизиатрия» дисциплины и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практи ческого задания) |
| 1 | ПК-2. готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Инд.ОПК.1.1. Знать пути распространения, факторы риска развития туберкулеза, основные методы профилактики, принципы работы по раннему выявлению туберкулеза среди населения и контингентов ЛПУ инфекционного профиля | тестовые задания №1-16, 37-68, 86-95 |
| Инд.ОПК.1.2. Уметь определить показания и противопоказания к проведению основных и специальных методов диагностики туберкулеза | Вопросы №1-8, 18-20 |
| Инд.ОПК.1.2. Владеть оформлением медицинской документации по осуществлению диагностики и профилактики туберкулеза | Вопросы №9-11 |
| 2 | ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Инд.ПК.1.1. Знать теоретические основы фтизиатрии, классификацию туберкулеза в соответствии с МКБ-10;симптоматику туберкулеза, основы его дифференциальной диагностики, основные методы обследования при туберкулезе | тестовые задания №17-37, 69-85, 96-126 |
| Инд.ПК.1.2. Уметь установить диагноз, определить показания и противопоказания к проведению специальных методов диагностики (туберкулиновые пробы, микробиологические исследования биологического материала, эндоскопические исследования) | Вопросы №12-17, 21-26 |
| Инд.ПК.1.2. Владеть проведением, оценкой и клинической интерпретацией результатов туберкулиновых проб, эндоскопических и визуализирующих методов исследования) | Ситуационные задачи №1-11 |