Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ПАРАЗИТОЛОГИЯ

по специальности 32.05.01 «МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности32.05.01 «Медико-профилактическое дело»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в 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:**

ОПК-4: Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины

Инд.ОПК4.1: Обоснование выбора специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, дезинфекционных средств, лекарственных препаратов, иных веществ и их комбинаций исходя из поставленной профессиональной задач

ОПК-5: Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Инд. ОПК5.2: Интерпретация результатов исследований биосубстратов, обследований различных контингентов для решения профессиональной задачи

ОПК-6: Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

Инд.ОПК6.3: Осуществление противоэпидемическихмероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях

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

Инд.ПК5.4: Определение иммунной прослойки населения в отношении инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики

ПК-6: Способен и готов к участию в обеспечении санитарной охраны территории Российской Федерации, направленной на предупреждение заноса и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также в предотвращении ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека

Инд.ПК6.2: Оценка ситуации, связанной с опасностью заноса на территорию Российской Федерации и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также с предотвращением ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

При изучении дисциплины «Инфекционные болезни, паразитология» в рамках самостоятельной работы каждый студент осуществляет курацию больного с инфекционным заболеванием в отделении под руководством преподавателя с последующим оформлением истории болезни по предлагаемой схеме (схема оформления учебной истории представлена в методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся).

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Реферат**

**Темы рефератов**

**Модуль №2 «Кишечные инфекции»**

1. Кампилобактериоз

2. Виды и механизмы диарей

3. Полиомиелит

4. Ротавирусная инфекция

5. Норовирусная инфекция

**Модуль № 3 «Природно-очаговые и антропургические заболевания»**

1. Лихорадка Зика
2. Столбняк
3. Ящур

**Модуль №4 «Воздушно-капельные инфекции»**

1.Скарлатина

2. Инфекционно-токсический шок

**Модуль № 5 «Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция»**

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

**Рубежный тестовый контроль**

**Модуль №2 «Кишечные инфекции»**

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

1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе и тошноты

2. тошнота, рвота

3. водянистый зловонный стул

4. жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе

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

1. гипотермия

2. генерализованные судороги

3. гипертермия

4. анурия

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

1. 3%

2. 6%

3. 9%

4. 10% и более

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

1. регидрон

2. цитроглюкосолан

3. 5% раствор глюкозы

4. «Трисоль»

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

1. проникновение вибриона в энтероциты

2. слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки

3. поражение вегетативной иннервации тонкой кишки

4. воздействие токсических субстанций на ферментные системы энтероцитов

**6. Укажите характер стула при холере**

1. обильный, водянистый, зловонный

2. обильный, водянистый, без калового запаха и окраски

3. обильный, водянистый, зеленоватой окраски

4. водянистый, с примесью крови

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

1. интоксикация

2**.** изотоническая дегидратация

3. инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

4. генерализация инфекционного процесса

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

1. кровь

2. моча

3. кал

4. слюна

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

1. трисоль

2. дисоль

3. хлосоль

4. регидрон

**10. Патогенетические механизмы ботулизма**

1. нарушение синтеза холинацетилтрансферазы

2. снижение уровня ацетилхолина в нервных синапсах

3. развитие параличей и парезов

4. воздействие токсина на парасимпатическую нервную систему

5. все перечисленное

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

1. схваткообразных болей в эпигастральной области

2. однократной или двукратной рвотой съеденной пищей, послабления стула

3. сухости слизистых оболочек рта

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

5. высокой температуры с ознобом

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

1. «острая дальнозоркость»

2. сужение зрачков, близорукость

3. диплопия

4. мидриаз

5. анизокория

**13Лабораторная диагностика ботулизма**

1. бактерилогическое исследование кала

2. выделение гемокультуры

3. биологическая проба (реакция нейтрализации токсина) на белых

мышах

4. РНГА

д) клинический анализ крови

**14. Лечение больных ботулизмом:**

1. промывание желудка

2. пнтибиотики широкого спектра действия внутрь

3. дезинтоксикационная терапия

4. введение лечебной противоботулинической сыворотки

5. все перечисленное

**15. Каков основой механизм передачи иерсиниозов**

1. аэрозольный

2. фекально-оральный

3. трансмиссивный

4. контактный

**16. Патогенетические механизмы гастроинтестинальной формы иерсиниозов**

1. секреторная диарея

2. воспалительный процесс в кишечнике

3. токсико-аллергические реакции

4. эндотоксемия

5. все вышеперечисленное верно

**17. Для генерализованной формы иерсиниозов характерно**

1. длительная лихорадка

2. миалгия и артралгия

3. гепатолиенальный синдром

4. экзантема

5. все вышеперечисленное верно

6. все вышеперечисленное неверно

**18. Укажите клинические формы иерсиниозов**

1. абдоминальная

2. катаральная

3. гастроинтестинальная

4. вторично-очаговая

5. верны ответы 2, 3, 4

6. верны ответы 1, 3, 4

**19. Для этиотропной терапии иерсиниозов используют**

1. фторхинолоны

2. аминогликозиды

3. цефалоспорины III поколения

4. все вышеперечисленное верно

5. все вышеперечисленное неверно

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

1. бактериемии

2. интоксикации

3. сенсибилизации лимфатического аппарата тонкой кишки

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

5. секреторной диареи

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

1. сенсибилизация лимфатических образований, развитие реакции гиперчувствительности замедленного типа

2. токсическое воздействие желчи при заболевании

3. активизация и воздействие условно – патогенной флоры

4. отсутствие щадящей диеты на 1-й недели заболевания

5. усиленная перистальтика кишечника

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

1. лихорадки

2. скудной петехиальной сыпи

3. слабости, вялости, адинамии

4. гепатолиенального синдрома

5. отечного языка со свободными от налета краями и кончиком

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

1. высокая температура тела, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия, выраженная интоксикация с преобладанием заторможенности

2. выраженная интоксикация с преобладанием возбуждения, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия

3. экзантема, тахикардия, гепатоспленомегалия, запор

**24. Сыпь при брюшном тифе**

1. скудная, петехиальная с преимущественной локализацией на нижних конечностях

2. скудная, розеолезная , с преимущественной локализацией в области живота и груди

3. пятнисто-папулезная, равномерно покрывающая все тело

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

1. гиперсекреторный

2. экссудативный

3. гиперкинетический

4. гиперосмолярный

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

1. тонкая кишка

2. терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка

3. правые отделы толстой кишки

4. сигмовидная и прямая кишки

5. аппендикулярная область

**27. Стул при дизентерии:**

1. частый, жидкий, обильный

2. водянистый с неприятным запахом

3. кашицеобразный с примесями слизи, алой крови и гноя

4. обильный, водянистый, белесоватый, без примесей и запаха

5. скудный, слизисто-кровянистый, бескаловый

**28.При установлении диагноза ПТИ больного**

1. не госпитализируют

2. госпитализируют всегда

3. госпитализируют по клиническим показаниям и эпидемиологическим показаниям

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

1. острое начало с симптомов интоксикации

2. тошнота, рвота

3. жидкий обильный водянистый стул без примесей

4. скудный стул с примесью кровью

5. схваткообразные боли в животе

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

1. бактериологическое исследование рвотных масс и промывных вод желудка

2. бактериологическое исследование кала

3. бактериологическое исследование крови

4. серологические реакции с аутоштаммом

**Модуль № 3 «Природно-очаговые и антропургические заболевания»**

**1. Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом**

1.Лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота

2.Боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век

3.Кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные

кровотечения

4.Снижение диуреза, упорная бессонница, неадекватное поведение больного,

наличие менингеальных знаков

5.Все перечисленное

**2. Основные клинические синдромы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом**

1.Менингоэнцефалитический

2.Абдоминальный

3.Геморрагический

4.Общелихорадочный

5.Все перечисленные

**3. В прогрессирующей фазе олигурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают**

1.Изогипостенурию, протеинурию

2.Эритроциты и лейкоциты

3.Клетки почечного эпителия, зернистые, фибринные цилиндры

4.Все перечисленные изменения

5.Все указанное не соответствует истине

**4. Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют следующие**

1.Агглютинации (Райта)

2.Непрямой гемагглютинации (РНГА)

3.Хеддльсона

4.Кумбса

5.Все перечисленные

**5. К основным клиническим симптомам при туляремии относятся все перечисленные, кроме**

1.Лихорадки, головной боли, потливости

2.Лимфаденопатии, полиморфной сыпи

3.Гепатолиенального синдрома

4.Болей в мышцах ног, спины, поясницы

5.Анурии

**6. Вариантами исхода бубона при туляремии могут быть**

1.Нагноение

2.Изъязвление

3.Рубцевание и склеротизация

4.Полное рассасывание

5.Все перечисленное

**7. Для диагностики туляремии применяют**

1.Серологические реакции

2.Кожно-аллергическую пробу

3.Биологический метод

4.Все указанные методы

5.Все перечисленное не соответствует истине

**8. Для лечения туляремии применяют**

1.Рифампицин

2.Гентамицин

3.Тетрациклин

4.Левомицетин

5.Все перечисленное

**9. При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме**

1.Трансмиссивного

2.Контактного

3.Парентерального

4.Алиментарного

5.Воздушно-капельного

**10. Для чумы характерны все следующие эпидемиологические закономерности, кроме**

1.Эпидемии чумы следуют за эпизоотиями ее среди грызунов

2.Заболеваемость имеет сезонный характер

3.Возникновение эпидемий чумы обусловлено не только биологическими.

но и социально-бытовыми факторами

4.Тяжесть заболевания не связана со штаммом возбудителя чумы

5.К особо опасным инфекциям чума относится вследствие высокой

летальности и склонности к пандемическому распространению

**11. В патогенезе локализованной чумы имеют значение**

1.Внедрение возбудителя через кожу и слизистые оболочки

2.Возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумной

карбункул

3.Поражение лимфатических желез с образованием первичного бубона

первого, второго и т.д. порядков

4.Поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации

сосудистых стенок

5.Все перечисленное

**12. По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы**

1.Кожную

2.Бубонную

3.Легочную

4.Септическую

5.Все перечисленное

**13. Для кожной формы чумы характерны все изменения, кроме**

1.Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы.везикулы,пустулы

2.Изъязвление пустулы с появлением темного струпа

3.Образование фликтены

4.Выраженная гиперестезия

5.Развитие лимфангоита

**14. При бубонной форме чумы могут быть выявлены все следующие изменения, кроме**

1.Воспаленный лимфоузел, регионарный к месту внедрения возбудителя

2.Наличие периаденита, болезненного при пальпации

3.Сглаженность контуров бубона

4.Вынужденное положение больных

5.Развитие лимфангоита

**15. Наиболее частыми осложнениями бубонной формы чумы являются**

1.Септицемия

2.Пневмония

3.Менингит

4.Флегмона

5.Рожа

**16. Легочная форма туляремии в отличие от чумы**

1.Протекает более легко по типу мелкоочаговой пневмонии, бронхита

2.Имеет благоприятный прогноз

3.Не сопровождается развитием инфекционно-токсического шока

4.Отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн

5.Все ответы правильные

**17. Для антибактериального лечения чумы применяют**

1.Стрептомицин

2.Тетрациклины

3.Левомицетин

4.Гентамицин

5.Все перечисленное

**18. Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат**

1.Выделения больных животных и их трупы

2.Пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных

3.Почва, вода, воздух, обсемененные сибиреязвенными спорами

4.Предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья:

головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и т.д.

5.Все перечисленное

**19. Типичными симптомами сибиреязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме**

1.Наличия язвы с темным дном

2.Выраженноговоспалительного отека по краям язвы

3.Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости

4.Появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы

5.Наличие болезненности в зоне некроза

**20. Возможны следующие осложнения и исходы при кожной форме сибирской язвы**

1.Выздоровление

2.Летальный исход

3.Вторичная септицемия

4.Токсико-инфекционный шок

5.Все перечисленное

**21. Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с**

1.Банальным карбункулом

2.Рожей

3.Кожной формой чумы

4.Язвенно-бубонной формой туляремии

5.Стрептодермией

**22. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют**

1.Специфический глобулин

2.Противосибиреязвенную сыворотку

3.Противосибиреязвенную вакцину

4.Нормальный человеческий иммуноглобулин

5.Нормальный человеческий иммуноглобулин, насыщенный IgM

**23. Для антибиотикотерапии сибирской язвы используют все перечисленные препараты, кроме**

1.Пенициллина

2.Левомицетина

3.Тетрациклина и его производных

4.Цефалоспоринов

5.Рифампицина

**Модуль №4 «Воздушно-капельные инфекции»**

**Вопросы рубежного тестового контроля**

**1. Возбудитель гриппа относится к**

1.Ротавирусам

2.Пикорна-вирусам

3.Энтеровирусам

4.Ортомиксовирусам

5.Арбовирусам

**2. Источником инфекции при гриппе является**

1.Больной человек

2.Реконвалесцент

3.Животные - резервуар вируса

4.Птицы - резервуар вируса

5.Все перечисленное

**3. Механизм передачи гриппа**

1.Воздушно-капельный

2.Контактный

3.Фекально-оральный

4.Птицы - резервуар вируса

5.Все перечисленное

**4. Основными звеньями патогенеза гриппа являются**

1.Внедрение вируса в клетку эпителия и репродукция вируса

2.Вирусемия. токсемия

3.Поражение центральной и вегетативной нервной системы

4.Снижение иммунологической реактивности организма и активизация

эндогенной бактериальной флоры

5.Все перечисленное

**5. Основные клинические симптомы гриппа**

1.Лихорадка, гиперемия лица

2.Катаральные явления

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

4.Озноб, недомогание, ломота, боли в мышцах

5.Все перечисленное

**6. Грипп может протекать в следующих клинических формах**

1.Легкая, бессимптомная

2.Среднетяжелая

3.Тяжелая

4.Молниеносная (гипертоксическая)

5.Все перечисленное

**7. Тяжелые формы гриппа сопровождаются**

1.Носовыми кровотечениями

2.Снижением артериального давления

3.Высокой температурой

4.Одышкой, кашлем

5.Всем перечисленным

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

1.Тошноты, рвоты, диареи

2.Снижени артериального давления

3.Одышки

4.Анурии

5.Тахикардии

**9. Терапия тяжелого осложненного гриппа**

1. Противовирусная

2.Антибактериальная

3.Синдромальная

4.Патогенетическая

5.Все перечисленное

**10. Сезонность заболевания при парагриппе**

1.Осенне-летняя

2.Осенне-зимняя

3.Весенне-зимняя

4.Отсутствует

5.Все ответы правильные

**11. Наиболее частое осложнение парагриппа**

1.Миокардит

2.Пиелонефрит

3.Пневмония

4.Отит

5.Гайморит

**12. Показаниями к применению антибактериальных препаратов при парагриппе являются**

1.Токсикоз

2.Ложный круп

3.Менингизм

4.Ларингит

5.Пневмония

**13. Респираторно-синтициальная инфекция вызывается**

1.Ротавирусами

2.Пикорна-вирусами

3.Энтеровирусами

4.Герпес-вирусами

5.Миксовирусами

**14.Наибольшую эпидемиологическую значимость при менингококковой инфекции имеют:**

1. больные острым назофарингитом

2.больные менингоэнцефалитом

3. «здоровые» носители менингококков

4.больные менингитом

5.больные с менингококкемией

**15. При менингококковой инфекции наибольшую эпидемиологическую значимость имеют сероварианты:**

1. А

2.В

3.С

4.D

5.Е

**16. При менингококковой инфекции аэрозольный механизм передачи реализуется путем:**

1.воздушно-капельным

2.воздушно-пылевым

3.алиментарным

4. контактно-бытовым

17. **Условия аэрозольного механизма передачи при менингококковой инфекции:**

1. близкое (0,5 м.) расстояние от источника инфекции

2.длительное общение с источником инфекции

3.кратковременное общение с источником инфекции

4.совместное использование предметов гигиены

**18. Проявления эпидемического процесса при менингококковой инфекции в последние годы:**

1. периодические (через 10 и более лет) подъемы заболеваемости

2.осеннее-зимние сезонные подъемы заболеваемости

3.зимнее-весенние сезонные подъемы заболеваемости

4.наиболее высокая заболеваемость младших возрастных групп населения

**19. Группы повышенного риска заражения менингококковой инфекцией:**

1.неорганизованные дети дошкольного возраста

2.дети дошкольного возраста, находящиеся в закрытых детских коллективах (дом ребенка)

3.взрослые

4. новобранцы в армии

**20. В очагах менингококковой инфекции проводят:**

1. текущую дезинфекцию в полном объеме

2.проветривание помещений

3.влажную уборку помещений

4.уменьшение скученности людей в помещении

21. **Для специфической профилактики менингококковой инфекции используют вакцины:**

1.против менингококковой инфекции серогруппы А

2.против менингококковой инфекции серогруппы В

3.против менингококковой инфекции серогруппы С

4. против менингококковой инфекции серогруппы Z

**22.Клиническими признаками менингита являются все, кроме:**

1.геморрагической сыпи

2.высокой интоксикации

3.повторной рвоты

4.головной боли

5.менингеальных симптомов

**23. Эритематозная форма рожи характеризуется:**

1. наличием булл на фоне гиперемированной кожи

2) горячей на ощупь гиперемией участка кожи

3) наличием булл на фоне гиперемированной кожи, лимфореей

4) болезненной, горячей на ощупь гиперемированной кожей с отеком тканей

5) болезненной, гиперемированной кожей с отеком тканей, лимфореей

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

1.Менингококцемии

2.Менингококкового менингита

3.Менингоэнцефалита

4.Смешанного варианта менингококцемии с гнойным менингитом

5.Менингококкового носительства

**25. Для менингококцемии характерны следующие клинические симптомы**

1.Острое развитие заболевания

2.Высокая лихорадка

3.Головная боль, озноб, слабость

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

5.Все перечисленное

**26. Для менингококкового менингита характерны все перечисленные симптомы, кроме**

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

2.Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы

3.Появление рвоты с 1-го дня болезни

4.Появление геморрагической сыпи на коже нижних конечностей

5.Появление менингеальных знаков

**27.Наличие лимфостаза характерно для:**

1.менингококковой инфекции

2.вирусного гепатита С

3.столбняка

4.гриппа

5.рожи

**28.Укажите генетически детерминированные группы для развития рожи:**

1. ВИЧ-инфицированные

2.онкологические больные

3.новорожденные

4.роженицы и родильницы

5.все перечисленное

**29. В основе патогенеза местных проявлений рожи лежит:**

1.дистрофия

2.воспаление

3.сенсибилизация

4.деструкция

5.пролиферация

**30. Аденовирусная инфекция может осложняться:**

1. Пневмонией

2.Отитом

3.Язвенным поражением роговицы

4.Синуситом

5.Всеми перечисленными

**Модуль № 5 «Вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекция»**

**Вопросы рубежного тестового контроля**

**1. Основные лабораторные показатели цитолиза гепатоцитов**

1.Повышение уровня билирубина сыворотки крови

2.Повышение активности АлАТ и АсАТ

3.Гипоальбуминемия

4.Гипопротромбинемия

5.Все перечисленное

**2. Механизм передачи вирусного гепатита А**

1.Капельный

2.Фекально-оральный

3.Парентеральный

4.Половой

5.Перинатальный

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

1.Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде

2.Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года

3.Заболеваемость имеет сезонный характер

4.Характерны циклические подъемы заболеваемости

5.Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

**4. Острый вирусный гепатит А верифицируется**

1.Повышением активности АлАТ

2.Повышением уровня билирубина сыворотки крови

3.Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgM

4.Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IgG

5.Повышением уровня иммуноглобулинов основных классов

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

1.1 раз в месяц в течение 3 месяцев

2.1 раз через 3 месяца после выписки

3.1 раз в 3 месяца в течение 1 года

4.В течение 3 лет

5.В течение 5 лет

**6. Вирус гепатита В**

1.РНК-содержащий гепаднавирус

2.ДНК-содержащий гепаднавирус

3.ДНК-содержащий энтеровирус

4.РНК-содержащий пикорнавирус

5.РНК-содержащий энтеровирус

**7. Механизм передачи вирусного гепатита В**

1.Капельный

2.Контактный

3.Парентеральный

4.Трансмиссивный

5.Фекально-оральный

**8. В острой желтушной стадии вирусного гепатита В в крови можно обнаружить все перечисленные маркеры, кроме**

1.HBs-антиген

2.AntiHBcor класса М

3.HBe-антиген

4. РНК ВГВ

5. ДНК ВГВ

**9. К основным критериям тяжести вирусного гепатита В относятся все перечисленные, кроме**

1.Степени гипербилирубинемии

2.Выраженности общей интоксикации

3.Геморрагического синдрома

4.Повышения тимоловой пробы

5.Снижения протромбинового индекса

**10. При диспансеризации реконвалесцентов, перенесших вирусный гепатит В выполняются все следующие правила, кроме**

1.Обследование производится через 3,6,9,12 месяцев

2.Реконвалесценты могут быть сняты с учета через 3 месяца при

хороших клинико-биохимических показателях

3.Выписка на работу допускается не ранее, чем через 1 мес. при

удовлетворительных клинико-биохимических показателях

4.Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спорта 6-12 мес.

5.В течение 6 мес.противопоказаны профилактические прививки

**11. Особенностями дельта-вируса является все перечисленное, кроме**

1.Парентеральной передачи инфекции

2.Возможности естественного пути передачи вируса

3.Вирус может размножаться самостоятельно

4.Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции

5.Для репродукции вируса необходимо наличие HBs-антигена

**12. При хроническом вирусном гепатите Д обнаруживают**

1.HBs-антиген

2.HDV-РНК

3.Анти-дельта класса М и G

4.Дельта-антиген в печени

5.Все перечисленное

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

1. ПЕГ-интерферон

2.Ацикловир

3.Фоскарнет

4.Азидотимидин

5.Цитостатики

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

1. Лептоспироза

2.Инфекционного мононуклеоза

3.Гриппа

4.Цитомегаловирусной инфекции

5. Иерсиниоза

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

1. HbsAg

2. anti-HBcorIgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HBeIgM

**16. Укажите типичные изменения уровня билирубина и его фракций при вирусных гепатитах**

1. повышение связанной фракции

2. повышение связанной и свободной фракций в одинаковой мере

3. повышение свободной фракции

4. повышение связанной фракции при умеренном повышении свободного билирубина

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

1. фульминантная форма

2. хронизация процесса

3. выздоровление

4. летальный исход

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

1. Энтеровирусов

2. Гепаднавирусов

3. Ретровирусов

4. Рабдовирусов

5. Пикорнавирусов

**19. Ферменты, входящие в состав вириона ВИЧ**

1. Обратная транскриптаза, интеграза, протеаза

2. Нейраминидаза, обратная транскриптаза, протеаза

3. РНК-транскриптаза, интеграза, протеаза

4. Простагландинсинтетаза, обратная транскриптаза, протеаза

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

1.gp120

2. gp41

3. p24

4. p7

5. p17

**21. Вирусы, которые вызывают ВИЧ-ассоциированные инфекции**

1. Вирус полиомиелита, цитомегаловирус, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая

2. Цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая

3. вирус Эпштейна-Барра, вирус ветряной оспы – опоясывающего лишая, вирус кори

4. вирус краснухи, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра

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

1. шигеллез

2. туберкулез

3. пневмоцистоз

4. токсоплазмоз

**23. Клетки, которые гибнут в результате инфицирования ВИЧ**

1. Th (CD4) лимфоциты, клеткимикроглии мозга

2. В-лимфоциты, макрофаги, тромбоциты

3. клетки микроглии мозга, дендритные клетки

4. В-лимфоциты, клетки микроглии мозга

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

1. 1неделя

2. 3 недели

3. 1 месяц

4. 3 месяца

5. 6 месяца

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

1. иммуноблотинг

2. ИФА

3. ПЦР

4. реакцию нейтрализации

5. РСК

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

1. ПЦР

2. РСК

3. реакцию нейтрализации

4. иммуноблотинг

5. РНГА

**27. Иммуноблотинг позволяет выявить**

1. Все антигены ВИЧ

2. Отдельные виды антигенов ВИЧ

3. Вирусную нуклеиновую кислоту

4. Суммарные антитела к антигенам ВИЧ

5. Отдельные виды антител к антигенам ВИЧ

**28. Собственные антитела к ВИЧ у детей, рожденных инфицированными женщинами, можно обнаружить**

1. 1 месяц

2. 6 месяцев

3. 9 месяцев

4. 1,5 года

5. 3 года

**29. Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании**

1. Клинического обследования

2. Выявления антител к ВИЧ в ИФА в скрининговой лаборатории

3. Выявление ВИЧ-антител в иммуноблотинге

4. Выявление абсолютного снижения уровня CD4-лимфоцитов

5. Выявление р24 в иммуноблотинге

**30. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются**

1. Снижением числа Т-лимфоцитов

2. Функциональным нарушением В-лимфоцитов

3. Функциональным нарушением естественных киллеров

4. Появлением аутоиммунных нарушений

5. Всем перечисленным

**31. Для инфекции ВИЧ характерно**

1. Поражение иммунной системы

2. Поражение ЦНС

3. Поражение дыхательного тракта

4. Поражение пищеварительного тракта

5. Все перечисленное

**32. Лабораторный показатель, наиболее важный для решения вопроса о начале АРВТ при ВИЧ инфекции**

1. Панцитопения

2. Высокий уровень IgMи IgG в сыворотке крови

3. Снижение уровня CD4 положительных Т- лимфоцитов < 350 клеток в 1 мкл

4. Появление gp 160 в сыворотке крови

5. Появление p 24 в сыворотке крови

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

1. Снижением уровня CD4 - лимфоцитов

2. Высоким уровнем ЦИК

3. Высоким уровнем иммуноглобулинов всех классов

4. Лимфоцитозом

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

1. антиретровирусных препаратов

2. цитостатиков

3. иммуномодуляторов

4. глюкокортикостероидов

**35. Фаза 4В вторичных заболеваний при инфекции ВИЧ характеризуется**

1. Кахексией, поражением нервной системы различной этиологии, генерализованными бактериальными, вирусными грибковыми, протозойными заболеваниями

2. Снижением массы тела менее 10%, кандидозным поражением пищевода

3. Локализованной саркомой Капоши, туберкулезом легких

4. Персистирующейгенерализованнойлимфоаденопатией

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

1. Цефалексин

2. Ацикловир

3. Дифлюкан

4. Нистатин

5. Бисептол

**37. Терминальная стадия ВИЧ-инфекции сопровождается**

1. Высоким уровнем антител к ВИЧ

2. Высокой вирусной нагрузкой

3. Резким падением вирусной нагрузки

4. Нарастанием количества CD4-лимфоцитов

**38. Саркома Капоши - это поражение**

1. Костной ткани

2. Эндотелия лимфатических сосудов

3. Эпидермиса

4. Костного мозга

5. Альвеолярного эпителия

**39. Диагноз пневмоцистной пневмонии подтверждается на основании**

1. Положительного посева крови на питательные среды

2. Положительных результатов цитологического исследования пунктата из лимфатических узлов средостения

3. Положительных результатах серологического исследования на АТ к пневмоцисте

4. Выделение пневмоцисты из бронхолёгочного лаважа

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

1. Ацикловир, фамцикловир, валацикловир

2. Интерферон, рибаверин

3. Осельтамивир, ингавирин

4. Полиоксидоний, циклоферон

**41. Развитие волосистой лейкоплакии языка у ВИЧ-инфицированных связано с активацией**

1. Вирус простого герпеса

2. Цитомегаловируса

3. Вируса герпеса 6 типа

4. Вируса Эпштейна-Барр

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

1. Ретровир

2. Итерферон

3. Ганцикловир

4. Клотримазол

5. Ацикловир

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

1. Инкубации

2. Первичных проявлений

3. Субклинической

4. Вторичных заболеваний

5. Терминальной

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

1. 1 месяц

2. 3 месяцев

3. 6 месяцев

4. 12 месяцев

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

1. Потеря веса

2. Длительная диарея

3. Генерализованнаялимфоаденопатия

4. Саркома Капоши

5. Мононуклеозоподобный синдром

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

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

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*тестовые задания*

***Входной контроль знаний студентов***

***1 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционный процесс».

2. Перечислите периоды развития инфекционных болезней.

3. Перечислите 4 группы инфекционных болезней.

***2 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционная болезнь».

2. Перечислите формы инфекционного процесса.

3. Перечислить клинические формы инфекционных болезней

**Вопросы для устного опроса**

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

**Модуль 2. Кишечные инфекции**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представлениепрезентаций*

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

Больная Т., 30 лет, учительница. Поступила в больницу 17 сентября, на 13 день болезни. Жалобы на общую слабость, головокружение, чувство жара, постоянную головную боль, бессонницу, плохой аппетит. Заболела 3 сентября, когда появились слабость, недомогание, умеренная головная боль. Температуру не измеряла, продолжала работать. С 7 сентября самочувствие ухудшилось: усилилась общая слабость и головная боль, исчез аппетит, к вечеру поднялась температура до 37,5 °С. Утром 8 сентября температура 37,8°С, вечером 38°С; 9 сентября утром – 37,8°С, вечером – 38,2°С. С 10 по 14 сентября температура утром и вечером в пределах 38 – 39 °С, резкая слабость, отсутствие аппетита, бессонница, постоянная головная боль диффузного характера. Запор в течение 5 дней. К врачу обратилась 9 сентября. Диагностирован грипп. Лечение пенициллином без терапевтического эффекта. 14 сентября, т.е. на 9-й день болезни, на коже живота в области мезогастрия появилось несколько розовых элементов сыпи с четкими контурами, 3 – 4 мм в диаметре. В течение 10 – 25 августа «дикарем» отдыхала в Крыму, жила в плохих санитарных условиях, имела контакт с большим количеством людей. Однако контакт с лихорадящими больными за последние 3 недели отрицает. Анамнез жизни без особенностей. Объективно: общее состояние средней тяжести. Вялая, адинамичная, в контакт вступает охотно, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледные. На коже живота в области эпигастрия и боковых поверхностей грудной клетки 10 розовых элементов сыпи с четкими контурами, диаметром в 3 мм, исчезающие при растягивании кожи. Питание умеренное. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита хорошо, тонус сохранен. Костно-суставная система без особенностей. Щитовидная железа не увеличена. Сердце: границы относительной тупости в пределах нормы, тоны глухие, пульс 62 уд.в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт. ст. Органы дыхания в норме. Органы пищеварения: язык влажный, обложен серым налетом, зев чистый, миндалины не увеличены, живот правильной формы, умеренно вздут, мягкий, безболезненный; укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области. Печень по среднеключичной линии, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, чувствительная. Пальпируется край селезенки. Мочеполовая система: симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное. Нервная система: сознание ясное, зрачки равномерные, реакция на свет живая, менингеальных знаков нет. Уши здоровы. Кровь на 11-й день болезни: эр. – 4500000, Нв – 135 г/л, Л. – 4000, п. – 10, с. – 45. Лимф. – 36, м. – 9, СОЭ – 20 мм/ час. Моча без особенностей.

1.Какое заболевание можно заподозрить у больной?

2.Какая должна быть тактика врача?

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

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

**Ситуационная задача №2**

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

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и тактику ведения больного.

**Вопросы выходного тестового контроля**

***Вариант №1.***

1.При каких условиях при лечении брюшного тифа отменяются антибиотики?

1. на 6-ой день нормальной температуры тела

2. на 11-ый день нормальной температуры тела

3. на 16 день нормальной температуры тела

4. при купировании диспепсического синдрома

5. при признаках перфорации брюшнотифозной язвы

2.Материалом для раннего и достоверного бактериологического подтверждения брюшного тифа является

1. кровь

2. моча

3. испражнения

4. мокрота

3.При лабораторном обследовании на брюшной тиф методом РНГА для устройства на работу поваром в ресторан. Выявили положительную реакцию с vi-антигеном. Это наиболее типично для

1. заболевания в настоящее время

2. хронического бактерионосительства

3. вакцинации

4. перенесенного заболевания в прошлом

4.Иммунологический (серологический) метод диагностики позволяет выявлять

1. антитела

2. антигены

3. ДНК или РНК возбудителя

4. вирусную нагрузку

5.укажите особенности сыпи при брюшном тифе

1. Скудная, петехиальная с преимущественной локализацией на нижних конечностях

2. Скудная розеолезная с преимущественной локализацией в области живота и груди

3. Пятнисто-папулезная, равномерно покрывающая все тело

4. Первые элементы сыпи появляются на 8 – 9 день болезни

5. Происходит «подсыпание»

6.Укажите длительность инкубационного периода при брюшном тифе

1. Несколько часов
2. Одни сутки
3. 2 – 3 суток
4. 7 – 21 день

7. Характерный признак начального периода брюшного тифа

1. Лихорадка
2. Скудная петехиальная сыпь
3. Скудная розеолезная сыпь
4. Тахикардия

8. Характерный признак периода разгара заболевания

1. Тахикардия
2. Розеолезная сыпь
3. Петехиальная сыпь
4. Желтушность кожи и склер

9. Укажите причину кишечного кровотечения при брюшном тифе

1. Интоксикация
2. Бактериемия
3. Язвенное поражение лимфоидных образований подвздошной кишки
4. Язвенное поражение двенадцатиперстной кишки

10. Укажите, какой симптом не характерен для брюшного тифа

1. Бледность кожных покровов
2. Розеолезная экзантема
3. Гепатоспленомегалия
4. Тахикардия

11.Какой симптом не характерен для брюшного тифа

1. Адинамия
2. Эйфория
3. Розеолезная сыпь
4. Гепатоспленомегалия

12. Укажите характерные изменения в периферической крови при брюшном тифе

1. Нейтрофильный лейкоцитоз
2. Лейкопения с относительным лимфоцитозом
3. Лейкоцитоз с лимфоцитозом
4. Лейкоцитоз с эозинофилией

13. Укажите сроки первичного появления сыпи при брюшном тифе

1. 1 – 3 день болезни
2. 4 – 7 день болезни
3. 8 – 10 день болезни
4. После 14 дня болезни

14. В каком биологическом субстрате чаще обнаруживается возбудитель в первую неделю брюшного тифа

1. Кровь
2. Кал
3. Моча
4. Желчь

15. Какой симптом брюшного тифа отсутствует на первой недели болезни

1. Высокая температура
2. Головная боль
3. Розеолезная сыпь
4. Слабость

**Темы презентаций**

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

**Тема: Пищевые токсикоинфекции. Сальмонеллез.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*курация больного,*

*тестовые задания.*

**Вопросы для устного опроса**

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

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1.Механизм диарейного синдрома при холере

2.Клиника обезвоживания 3 степени

3.Основной путь передачи холеры

**Вариант 2**

1.Клиническая классификация холеры

2.Клиника обезвоживания 2 степени

3.Препараты для оральной регидротации

**Вариант 3**

1.Характер стула при холере

2.Клиника обезвоживания 1 степени

3.Лабораторная диагностика холеры

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

Объективно при осмотре: Масса тела пациента 70 кг. Больной вялый. Тургор тканей снижен. ЧСС 100 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. Язык сухой. При пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в эпигастрии, околопупочной и подвздошных областях. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Печень не пальпируется. Сигмовидная кишка болезненная, в виде плотного тяжа. Диурез снижен.

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

Вопросы:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Определите тактику участкового врача.

3.Составьте план обследования больного.

4.Составить план лечения.

5.Определить первичные противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге по месту жительства.

**Ситуационная задача №2**

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

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

Вопросы:

1.Укажите наиболее вероятный диагноз.

2.Определите степень обезвоживания.

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

Проводится **курация** больных с пищевыми токсикоинфекциями, сальмонеллезом в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза, лечения.

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Возбудителями пищевой токсикоинфекции являются

1. стафилококки;

2. клостридии перфрингенс;

3. протей;

4. сальмонелла тифи

1. Механизм передачи ПТИ реализуется следующими путями

1. контактно-бытовым;

2. водным;

3. пищевым;

4. воздушно-капельным

1. При установлении диагноза ПТИ больного

1. не госпитализируют;

2. госпитализируют всегда;

3. госпитализируют по клиническим показаниям;

4. госпитализируют по эпидемиологическим показаниям

1. Для гастроэнтеритического варианта ПТИ характерно

1. острое начало с симптомов интоксикации;

2. тошнота, рвота;

3. жидкий обильный водянистый стул без примесей;

4. скудный стул с примесью кровью;

5. схваткообразные боли в животе

1. Пищевые токсикоинфекции дифференцируют с

1. дизентерией;

2. ботулизмом;

3. холерой;

4. язвенной болезнью желудка;

5. аппендицитом

1. Для лабораторной диагностики ПТИ используют

1. бактериологическое исследование рвотных масс и промывных вод желудка;

2. бактериологическое исследование кала;

3. бактериологическое исследование крови;

4. серологические реакции с аутоштаммом

1. Основные направления патогенетической терапии при ПТИ

1. дезинтоксикационная терапия;

2. регидратационная терапия;

3. применение антибиотиков;

4. применение энтеросорбентов

1. Для восполнения водно-электролитных потерь при ПТИ используют

1. реополиглюкин;

2. регидрон;

3. эритромассу;

4. квартасоль;

5. изотонический раствор хлорида натрия

1. Для определения тяжести ПТИ следует учитывать

1. степень обезвоживания;

2. состояние сердечно-сосудистой системы;

3. показатели гематокрита;

4. диурез

1. Осложнения при ПТИ

1. гиповолемический шок;

2. инфаркт миокарда;

3. тромбоз мезентериальных сосудов;

4. кишечное кровотечение

**Тема: Холера. Эшерихиозы.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*рефераты*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

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

**Вариант 2**

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

**Вариант 3**

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

**Вопросы для устного опроса**

 - Возбудитель холеры и его биологические свойства.

 - Механизм и пути передачи холеры.

 - Патогенез холеры.

 - Патологоанатомические изменения в кишечнике при холере.

 - Клиническая классификация холеры.

 - Клиника дегидратации различной степени.

 - Методы лабораторной диагностики холеры.

 - Лабораторные методы, отражающие степень дегидратации при холере.

 - Этиотропная терапия холеры.

 - Регидратационная терапия холеры.

 - Оральная регидратация при холере.

 - Инфузионные растворы, применяемые для лечения больных холерой.

 - Правила выписки больных холерой.

 - Возбудители эшерихиозов и их биологические свойства.

 - Механизм и пути передачи.

 - Патогенез эшерихиозов.

- Клиническая классификацияэшерихиозов.

 - Методы лабораторной диагностики эшерихиозов.

 - Этиотропная терапия.

**Ситуационная задача №1**

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

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

**Ситуационная задача №2**

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

**Ситуационная задача №3**

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

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

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

**Вопросы выходного тестового контроля**

**Вариант 1**

1. Токсины холерного вибриона:

1. Экзотоксин

2. Эндотоксин

3. Ферменты

4. Низкомолекулярные метаболиты

5. Простаноиды

2. Последствия дегидратации при холере:

1. Гиповолемия

2. Гемоконцентрация

3. Нарушение микроциркуляции

4. Метаболический ацидоз

5. Тканевая гипоксия

3. Начальные проявления холеры:

1. Диарея

2. Высокая лихорадка

3. Схваткообразные боли в животе

4. Многократная рвота

5. Судороги

4. Основные клинические признаки холеры:

1. Начало заболевания с диареи

2. Рвота без тошноты, «фонтаном»

3. Обильный стул независимо от частоты дефекаций

4. Отсутствие выраженных болей в животе

5. Нормальная или субфебрильная температура тела

5. Клинические признаки дегидратации IV степени:

1. Генерализованный цианоз

2. Афония

3. Гипотермия

4. Анурия

5. Коллапс

6. Укажите характер стула при холере:

1. обильный, водянистый, зловонный

2. обильный, водянистый, без калового запаха и окраски

3. обильный, водянистый, зеленоватой окраски

4. водянистый с примесью крови

7. Какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры:

1. интоксикация

2. изотоническая дегидратация

3. инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

4. генерализация инфекционного процесса

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

1. кровь

2. моча

3. кал

4. слюна

9. Какие лабораторные данные не характерны для декомпенсированного обезвоживания при холере:

1. увеличение ОЦК

2. ацидоз

3. гипокалиемия

4. гипохлоремия

10. Укажите препараты для лечения больных холерой I степени обезвоживания:

1. трисоль

2. дисоль

3. хлосоль

4. цитроглюкосолан

**Вариант 2**

1. Какое сочетание симптомов характерно для холеры:

1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты

2. тошнота, рвота

3. водянистый зловонный стул

4. жидкий, зеленоватой окраски стул, диффузные боли в животе

2. Укажите симптомы, не являющиеся признаками декомпенсированного обезвоживания:

1. гипотермия

2. генерализованные судороги

3. гипертермия

4. анурия

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

1. 3%

2. 6%

3. 9%

4. 10% и более

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

1. регидрон

2. цитроглюкосолан

3.5% раствор глюкозы

4. «Трисоль»

5. Укажите патогенетические механизмы развития диареи при холере:

1. проникновение вибриона в энтероциты

2. слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки

3. поражение вегетативной иннервации тонкой кишки

4. воздействие токсических субстанций на ферментные системы энтероцитов

6. Клинические признаки дегидратации II степени:

1. Снижение массы тела более чем на 9%

2. Нормальный или слегка сжиженный тургор кожи

3. Нормальная температура тела

4. Умеренные изменения гемодинамики

5. Многократная рвота

**7.** Холеру дифференцируют с:

1. Шигеллезами

2. Пищевой токсикоинфекцией, сальмонеллезом

3. Отравлениями тяжелыми металлами и грибами

4. Ротавирусным гастроэнтеритом

5. Эширихиозами

8. Окончательный диагноз холеры ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований:

1. Бактериоскопических

2. Бактериологических

3. Серологических

4. Иммунологических

5. Биохимических

9. При лечении холеры используют:

1. Внутривенные вливания коллоидных растворов

2. Внутривенные вливания изотонических полиионных кристаллоидных растворов

3. Вазопрессорные амины

4. Этиотропную терапию

5. Глюкокортикоиды

10. Показания к прекращению вНутривенной регидратации при холере:

1. Стабилизация гемодинамики

2. Стойкое прекращение рвоты

3. Преобладание объема мочи над объемом испражнений

4. Выраженное урежение дефекаций

5. Уменьшение объема испражнений, появление в них каловых масс

**Темы презентаций**

1. Эшерихиозы

**Тема: Ботулизм**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1.**

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

**Вариант 2.**

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

**Вариант 3.**

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

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

 Больной получил специфическую терапию.

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

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

Язык высовывается с трудом.

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

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

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

Предварительный диагноз?

План обследования и лечения?

**Ситуационная задача №3**

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

**Вопросы выходного тестового контроля**

**Вариант 1**

1. Какой возбудитель вызывает ботулизм:
2. Clostridium difficile
3. Clostridium perfringens
4. Clostridium botulinum
5. Clostridium tetani
6. Все вышеперечисленное верно
7. Каков механизм передачи ботулизма:
8. Аэрозольный
9. Фекально-оральный
10. Трансмиссивный
11. Контактный

3. Патогенетические механизмы ботулизма:

1. Наивысшая концентрация свободно циркулирующего токсина в

крови в 1-е сутки после заражения

2. Снижение уровня ацетилхолина в нервных синапсах

3. Развитие параличей и парезов

4. Воздействие токсина на парасимпатическую нервную систему

1. Все вышеперечисленное верно

4.Сочетание каких симптомов характерно для ботулизма:

1. Высокая температура, частый жидкий стул
2. Высокая температура, нарушение сознания;
3. Нарушение зрения, глотания
4. Судороги мышц, жидкий стул

5. Укажите варианты начального периода ботулизма:

1. Гастроэнтеритический

2. «Глазной»

3. Острой дыхательной недостаточности

4. Все вышеперечисленное верно

5. Все вышеперечисленное неверно

6.Клинические признаки ботулизма в периоде разгара ботулизма:

1. Дисфагия
2. Дизартрия
3. Гнусавость
4. Отсутствие кашлевого рефлекса
5. Афония

7. Лабораторная диагностика ботулизма:

1. Бактериологическое исследование кала
2. Выделение гемокультуры
3. Биологическая проба (реакция нейтрализации токсина) на белых мышах
4. РНГА
5. Клинический анализ крови
6. Ботулизм дифференцируют с:
7. Отравлением беленой
8. Отравлением ядовитыми грибами
9. Бульбарной формой полиомиелита
10. Стволовыми энцефалитами
11. Пищевыми токсикоинфекциями
12. Лечение больных ботулизмом:
13. Промывание желудка
14. Антибиотики широкого спектра действия внутрь
15. Дезинтоксикационная терапия
16. Введение лечебной противоботулинической сыворотки
17. ИВЛ при дыхательных расстройствах
18. Все выше перечисленное
19. Методы и средства специфической антитоксической терапии при ботулизме:
20. Поливалентная противоботулиническая сыворотка
21. Человеческая противоботулиническая плазма
22. Человеческий противоботулинический иммуноглобулин
23. Внутримышечное введение препаратов
24. Внутривенное введение препаратов
25. Все выше перечисленное

**Вариант 2**

1. Патогенетические механизмы ботулизма:

1. Наивысшая концентрация свободно циркулирующего токсина в

крови в 1-е сутки после заражения

2. Нарушение синтеза холинацетилтрансферазы

3. Снижение уровня ацетилхолина в нервных синапсах

4. Развитие параличей и парезов

5. Воздействие токсина на парасимпатическую нервную систему

1. Проявления гастроэнтеритического варианта начального периода ботулизма:
2. Схваткообразные боли в эпигастральной области
3. Однократная или двукратная рвота съеденной пищей, послабление стула
4. Сухость слизистых оболочек рта
5. Затруднение прохождения пищи по пищеводу («комок в горле»)
6. Высокая температура с ознобом
7. Проявления глазного варианта начального периода ботулизма:
8. «Острая дальнозоркость»
9. Сужение зрачков, близорукость
10. Диплопия
11. Мидриаз, анизокория
12. Нистагм, страбизм
13. Клинические симптомы периода разгара ботулизма:
14. Миастения
15. Запор, метеоризм
16. Расстройства чувствительности
17. Тахикардия
18. Менингеальные симптомы
19. Клинические проявления периода разгара ботулизма:
20. Птоз верхних век
21. Мидриаз
22. Анизокория
23. Страбизм
24. Диплопия

6. Какие отделы нервной системы поражаются при ботулизме:

1. Кора продолговатого мозга
2. Двигательные ядра продолговатого мозга
3. Периферические ядра
4. Ганглии
5. Все вышеперечисленное неверно

7. Клинические симптомы периода разгара ботулизма:

1. Миастения

2. Запор, метеоризм

3. Тахикардия

4. Диплопия

5. Все вышеперечисленное верно

8. Лабораторная диагностика ботулизма:

1. Бактериологическое исследование кала

2. Выделение гемокультуры

3. Биологическая проба (реакция нейтрализации токсина) на

белых мышах

4. РНГА

5. Клинический анализ крови

9. Ботулизм дифференцируют с:

1. Отравлением беленой, ядовитыми грибами

2. Бульбарной формой полиомиелита

3. Стволовыми энцефалитами

4. Пищевыми токсикоинфекциями

5. Все вышеперечисленное верно

10.Методы и средства специфической антитоксической терапии при ботулизме:

1. Поливалентная противоботулиническая сыворотка

2. Человеческая противоботулиническая плазма

3. Человеческий противоботулинический иммуноглобулин

4. Все вышеперечисленное верно

5. Все вышеперечисленное неверно

**Тема: Дизентерия.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Какая из палочек образует шигитоксин (экзотоксин)?

2. Источник возбудителя шигеллёза

3. Наиболее часто встречающийся клинический вариант дизентерии, его характеристика

**Вариант 2**

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

2. Наиболее достоверный метод лабораторной диагностики шигеллёза

3. Этиотропная терапия острой дизентерии средней тяжести

**Вопросы для устного опроса**

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

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

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

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

5. Клиническая характеристика колитического варианта острой дизентерии.

6. Особенности гастроэнтеритического и гастроэнтероколитического вариантов.

1. Критерии тяжести острой дизентерии.

8. Субклиническая форма дизентерии. Бактерионосительство при шигеллезах.

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

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

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

**Ситуационная задача №1**

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

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

**Ситуационная задача №2**

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

Вопросы:

1.Предположительный диагноз?

2.Какие особенности терапевтической тактики вытекают из характера болезни?

3.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**Вопросы выходного тестового контроля**

**Вариант 1**

1. Преобладающий патогенетический механизм диареи при колитическом варианте дизентерии:

 1. гиперсекреторный

 2. экссудативный

 3. гиперкинетический

 4. гиперосмолярный

 5. гиперонкотический

2. Наиболее часто при типичном течении шигеллезов поражаются:

 1. тонкая кишка

 2. терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка

 3. правые отделы толстой кишки

 4. сигмовидная и прямая кишки

 5. аппендикулярная область

3. Особенности патогенеза острой дизентерии:

 1. токсинемия

 2. развитие дисбактериоза

 3. частое развитие бактериемии

 4. способность шигелл к внутриклеточному паразитированию

 5. формирование инфекционно-аллергических реакций

4. Характерные клинические симптомы шигеллезов:

 1. лихорадка

 2. частый жидкий стул с патологическими примесями

 3. ложные позывы

 4. спленомегалия

 5. тенезмы

5. Типичные симптомы колитического варианта дизентерии:

 1. спазмированная и болезненная сигмовидная кишка

 2. необильный стул с примесями слизи и крови

 3. схваткообразные боли внизу живота

 4. отечный, обложенный язык с отпечатками зубов

 5. частая рвота без предшествующей тошноты

6. Варианты хронической дизентерии:

 1. непрерывный

 2. вялотекущий

 3. рецидивирующий

 4. прогрессирующий

 5. все вышеперечисленное верно

7.Дифференциально-диагностический поиск при шигеллезах включает:

 1. пищевые токсикоинфекции

 2. эшерихиозы

 3. кампилобактериозы

 4. неспецифический язвенный колит

 5. все вышеперечисленное верно

 6. верно 2 и 3

8. Характер стула при дизентерии:

 1. частый, жидкий, обильный

 2. водянистый с неприятным запахом

 3. кашицеобразный с примесями слизи, алой крови и гноя

 4. обильный, водянистый, белесоватый, без примесей и запаха

 5. скудный, слизисто-кровянистый, бескаловый

9. Методы лабораторной диагностики дизентерии:

 1. бактериологический

 2. иммунологический

 3. серологический

 4. верно 1 и 3

 5. все вышеперечисленное

10. Принципы лечения шигеллезов:

 1. диета

 2. этиотропная терапия

 3. коррекция дисбактериоза

 4. дезинтоксикационная терапия

 5. регидратационная терапия

 6. все вышеперечисленное

**Вариант 2**

1. Возбудителями пищевой токсикоинфекции являются:

 1. стафилококки;

 2. клостридии перфрингенс;

 3. шигеллы

 4. протей;

 5. сальмонелла тифи

2. Какой основной механизм передачи дизентерии:

 1. Аэрозольный

 2. Фекально-оральный

 3. Трансмиссивный

 4. Контактный

3. Преобладающий патогенетический механизм диареи при колитическом варианте дизентерии:

 1. гиперсекреторный

 2. экссудативный

 3. гиперкинетический

 4. гиперосмолярный

 5. гиперонкотический

4. Наиболее часто при типичном течении шигеллезов поражаются:

 1. тонкая кишка

 2. терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка

 3. правые отделы толстой кишки

 4. сигмовидная и прямая кишки

 5. аппендикулярная область

5. Что нехарактерно для шигеллезов:

 1. лихорадка

 2. частый жидкий стул с патологическими примесями

 3. ложные позывы

 4. спленомегалия

 5. тенезмы

6. Варианты хронической дизентерии:

 1. непрерывный

 2. вялотекущий

 3. фульминантный

 4. прогрессирующий

 5. рецидивирующий

7. Стул при дизентерии:

 1. частый, жидкий, обильный

 2. водянистый с неприятным запахом

 3. кашицеобразный с примесями слизи, алой крови и гноя

 4. обильный, водянистый, белесоватый, без примесей и запаха

 5. скудный, слизисто-кровянистый, бескаловый

8. Дифференциально-диагностический поиск при шигеллезах включает:

 1. пищевые токсикоинфекции

 2. эшерихиозы

 3. кампилобактериозы

 4. неспецифический язвенный колит

 5. рак прямой кишки

9. При лабораторной диагностике шигеллезов используют:

 1. РНГА

 2. иммуноблоттинг (вестерн блот)

 3. посев кала (копрокультура)

 4. посев крови (гемокультура)

 5. реакцию коагглютинации

10. Принципы лечения шигеллезов:

 1. диета

 2. этиотропная терапия

 3. коррекция дисбактериоза

 4. дезинтоксикационная терапия

 5. регидратационная терапия

**Темы презентаций**

1. Амебиаз

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*рефераты*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

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

**Вариант 2**

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

**Вопросы для устного опроса**

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

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

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

4. Лабораторная диагностика.

5. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

6. Профилактика иерсиниозов

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

Был исключен и гранулематоз.

Диагноз?

План лабораторного обследования?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

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

Диагноз?

Что необходимо уточнить в эпидемиологическом анамнезе?

План обследования?

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

**Тема: Бруцеллез.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*рефераты*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Ведущие патогенетические механизмы бруцеллеза:

1. бактериемия, эндотоксинемия

2. незавершенный фагоцитоз

3. сенсибилизация организма

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

5. иммунопатологические процессы

2. Воспалительные очаговые поражения развиваются на стадиях:

1. острого бруцеллеза

2. подострого бруцеллеза

3. хронического бруцеллеза

4. резидуального бруцеллеза

5. на всех стадиях

3. При бруцеллезе возможны очаговые поражения:

1. опорно-двигательного аппарата

2. периферической нервной системы

3. центральной нервной системы

4. мочеполовой системы

5. комплексные органные поражения

4. Клиническая картина при бруцеллезе:

1. полиморфизм клинических проявлений

2. отсутствие строгой цикличности клинического процесса

3. склонность к затяжному и хроническому течению

4. соответствие эпизодов лихорадки развитию новых воспалительных очагов

5. возможность длительного латентного течения

5. При остром бруцеллезе наблюдают:

1. длительную лихорадку с относительно хорошей переносимостью

2. ознобы, потливость

3. миалгии и артралгии

4. полилимфаденопатия

5. гепатолиенальный синдром

6. При подостром бруцеллезе наблюдают:

1. сокращение периодов лихорадки и удлинение эпизодов нормальной температуры

2. лимфаденопатию

3. гепатолиенальный синдром

4.клинические проявления очаговых органных поражений, фиброзитов и целлюлитов

5. рубцово-склеротические изменения

**7**. Хроническому бруцеллезу свойственны:

1. развитие спустя 4 мес. От начала заболевания

2. слабые или умеренные проявления интоксикации

3. длительные ремиссии

4. преобладание очаговых поражений различных органов и систем

5. развитие стойкого лимфостаза и слоновости

8. Для лабораторной диагностики бруцеллеза используют методы:

1. бактериологические (в специализированных лабораториях)

2. аллергологические

3. серологические

4. бактериоскопические

5. иммунологические (поиск антигенов бруцелл)

9. Принципы терапии острого бруцеллеза:

1. этиотропное лечение с учетом активности процесса

2. дезинтоксикационная терапия

3. использование антигистаминных препаратов

4. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

5. физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение

10. При этиотропной терапии бруцеллеза необходимо:

1. назначать антибактериальные препараты в периоды обострения

2. проводить повторные курсы антибиотикотерапии в периоды ремиссий

3. одновременно использовать два различных этиотропных препарата

4. назначать длительные курсы лечения

5. проводить несколько последовательных курсов лечения

**Вопросы для устного опроса**

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

2. Классификация бруцелл и их патогенность для человека.

3. Источники инфекции, пути передачи.

4. Звенья патогенеза.

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

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

7. Лабораторная диагностика.

8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

9. Профилактика острого бруцеллеза и рецидивов болезни при диспансеризации.

**Ситуационная задача №1**

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

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

Вопросы:

1.Предварительный диагноз и его обоснование?

2.Лабораторная диагностика?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

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

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План лечения?

**Вопросы выходного тестового контроля**

**Вариант 1**

1. Возбудитель бруцеллеза является:

1. вирусом

2. бактерией

3. прионом

4. риккетсией

5. простейшим

2. Наиболее патогенным является:

1. бруцелла крупного рогатого скота

2. овечье-козий тип

3. бруцелла свиней

4. бруцелла собак

5. бруцелла кустарниковых крыс

3. Очаговые поражения развиваются на стадии:

1. острого бруцеллеза

2. хронического активного бруцеллеза

3. хронического неактивного бруцеллеза

4. резидуального бруцеллеза

5. в инкубационном периоде

4. При бруцеллезе возможны очаговые поражения:

1. опорно-двигательного аппарата

2. периферической нервной системы

3. урогенитальной системы

4. подкожной жировой клетчатки

5. все вышеперечисленное

5. Какой тип лихорадки наиболее характерен для бруцеллеза?

1. постоянная

2. волнообразная

3. гектическая

4. возвратная

5. изнуряющая

6. Для острого бруцеллеза характерно сочетание симптомов:

1. высокая температура с ознобом, потливостью

2. высокая температура, головная боль, петехиальная сыпь

3. субфебрильная температура, риноррея, умеренная головная боль

4. лихорадка, увеличение подчелюстных лимфоузлов, боль при глотании

5. субфебрилитет, увеличение печени, шум при выслушивании сердца.

7. Чаще болеют бруцеллезом:

1. водители

2. лесники

3. доярки, ветврачи

4. продавцы

5. медработники

8. Для диагностики бруцеллеза используют:

1. посев крови

2. РНГА

3. реакцию Райта

4. ИФА

5. все перечисленное

9. При впервые выявленном бруцеллезе назначают:

1. пенициллин

2. ко-тримоксазол

3. тетрациклин

4. ампициллин

5. меропенем

10. Вакцинации против бруцеллеза подлежат:

1. школьники

2. медицинские работники

3. работники коммерческого секса

4. животноводы и рабочие мясокомбинатов

5. работники гостиниц

**Тема: Сибирская язва.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания.*

**Вопросы входного тестового контроля**

**Вариант 1.**

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

**Вариант 2.**

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

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

1. Предполагаемый диагноз?

2. План обследования?

3. Лечение?

**Ситуационная задача №2**

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

1.Дифференциальный диагноз?

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

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

4.Лечение?

5.Опасен ли больной для окружающих?

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

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Источник инфекции при сибирской язве:

1. дикие грызуны

2. домашний скот

3. больной сибирской язвой человек

2. Пути заражения при сибирской язве:

1. пищевой

2. парентеральный

3. половой

4. контактный

5. трансмиссивный

6. воздушно-пылевой

3. Клинические формы сибирской язвы:

1. кожная

2. генерализованная

3. глазная

4. ангинозно-бубонная

4. Самая частая разновидность кожной формы сибирской язвы:

1. буллезная

2. эризипелоидная

3. карбункулезная

4. эдематозная

5. Длительность лихорадки при кожной форме сибирской язвы:

1. 1-3 дня

2. 5-7 дней

3. 2 недели

4. до 30 дней

6. Основные признаки сибиреязвенного карбункула:

1. локализация на открытых участках тела

2. трехцветный переход от центра к периферии

3. резкая болезненность

4. нагноение

5. анастезия

6. наличие дочерних везикул

7. Характерные признаки сибиреязвенного отека:

1. отек обширный

2. отек локальный

3. гиперемия кожи в зоне отека

4. студневидное дрожание отека

5. болезненность в зоне отека

8. Причина смерти при генерализованной форме сибирской язвы:

1. ОПН

2. асфиксия

3. инфекционно-токсический шок

4. острая печеночная недостаточность

9. Методы лабораторной диагностики сибирской язвы:

1. бактериоскопический

2. бактериологический

3. биологический

4. ПЦР

5. аллергологический

6. иммунофлюоресцентный

10. Специфическое лечение при сибирской язве проводится:

1. вакциной СТИ

2. γ-глобулином

3. бактериофагом

4. антибиотиками

**Тема: Чума. Туляремия.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания.*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Основные патогенетические механизмы чумы:

1.лимфогенная диссеминация

2.гематогенная диссеминация

3.токсемия

4.нарушение реологических свойств крови и микроциркуляции

5.метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

2. Основные факторы патогенеза бубонной формы чумы:

1.внедрение возбудителя через кожные покровы

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

3.генерализованная лимфаденопатия

4.токсикоз

5.фибринозное воспаление на месте входных ворот

3.Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

1.контакт с больным бубонной чумой

2.контакт с больным с генерализованной формой чумы

3.бактериемия и токсемия

4.склонность к хроническому рецидивирующему течению

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

4. Клинические проявления бубонной чумы:

1.регионарный лимфадени

2.периаденит

3.резкие боли при пальпации бубона

4.гепатолиенальный синдром

5.общетоксический синдром

5. Клинические проявления легочной чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром

2.кровохарканье

3.кровавая рвота

4.дыхательная недостаточность

5.скудные физикальные данные со стороны легких

6. Клинические проявления септической чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром с развитием

2.инфекционно-токсического шока

3.геморрагический синдром

4.вторичные бубоны

5.энцефалопатия

6.«меловой» язык

7. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

1.бактериологический

2.бактериоскопический

3.биологический

4.серологический

5.иммунологический

8. Подозрение на чуму вызывают:

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

2.острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3.геморрагические проявления

4.регионарный лимфаденит с периаденитом

5.весь комплекс перечисленных факторов

9. Принципы лечения чумы:

1.введение антитоксической сыворотк

2.антибактериальная терапия

3.интенсивная дезинтоксикационная терапия

4.хирургическая обработка места входных ворот

5.коррекция метаболических нарушений

10. Принципы антибактериальной терапии при чуме:

1.максимально раннее начало

2.парентеральное введение антибиотиков

3.дозы препаратов, превышающие средние терапевтические

4.комбинация антибактериальных средств

5.длительный курс лечения

11. Пути заражения при туляремии:

1.пищевой

2.контактный

3.водный

4.трансмиссивный

5.воздушно-пылевой

6.парентеральный

12. Бубонная форма туляремии проявляется:

1.регионарным бубоном

2.умеренной болезненностью увеличенного лимфатического узла

3.отчетливыми контурами бубона

4.лихорадкой

5.периаденитом

13. Поражения кожи при язвенно-бубонной форме туляремии:

1.пятно

2.папула

3.везикула

4.пустула

5.язва

14. Глазо-бубонная форма проявляется:

1.папулами, эрозиями, язвами на конъюнктиве

2.отеком век

3.слезотечением

4.регионарным лимфаденитом

5.двусторонним процессом

6.тяжелым длительным течением

15. Признаки ангинозно-бубонной формы туляремии:

1.боли в горле при глотании

2.односторонняя ангина

3.двусторонняя ангина

4.отек шейной клетчатки

5.регионарные бубоны в подчелюстной, шейной и околоушной областях

6.лихорадка

16. Абдоминальная форма туляремии характеризуется:

1.болями в животе

2.симптомами раздражения брюшины

3.мезаденитом

4.рвотой

5.гемоколитом

17. Легочная форма туляремии проявляется:

1.аэрогенным путем заражения

2.развитием тяжелой пневмонии

3.клиническими признаками тархеобронхита

4.увеличением бронхиальных, медиастинальных, паратрахеальных лимфатических узлов

18. Методы лабораторной диагностики туляремии:

1.РА

2.РПГА

3.кожно-аллергическая проба

4.токсикологический метод

5.биохимический метод

19. Принципы терапии туляремии:

1.этиотропное лечение

2.дезинтоксикационная терапия

3.десенсибилизирующая терапия

4.местное лечение

5.использование специфической антитоксической сыворотки

20. Методы профилактики туляремии:

1.дезинсекция

2.дератизация

3.вакцинопрофилактика

4.применение антибиотиков

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

1.О каком заболевании следует подумать?

2.Лабораторное обследование и лечение?

3.Какие требуются уточнения в эпиданамнезе

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования и лечения?

**Ситуационная задача №3**

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

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

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

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

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

1.Диагноз?

2.План обследования?

3.Лечение?

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Какой возбудитель вызывает чуму?

1.Yersinia pestis

2.Yersinia pseudotuberculosis

3.Yersinia enterocolitica

4.всевышеперечисленноеверно

5.все неверно

2. Патогенетические механизмы чумы:

1.лимфогенная диссеминация

2.гематогенная диссеминация

3.токсемия

4.метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

5.все вышеперечисленное верно

3. Основные факторы патогенеза бубонной формы чумы:

1.внедрение возбудителя через кожные покровы

2.воспалительные, геморрагические и некротические изменения в

3.регионарных лимфатических узлах

4.токсикоз

5.все вышеперечисленное верно

6.все неверно

4. Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

1.контакт с больным с генерализованной формой чумы

2.бактериемия и токсемия

3.изменение реологических свойств крови, нарушение

4.микроциркуляции, геморрагические проявления в легких

5.все вышеперечисленное верно

6.все неверно

5.Клинические проявления бубонной чумы:

1.регионарный лимфаденит

2.периаденит

3.резкие боли при пальпации бубона

4.общетоксический синдром

5.все вышеперечисленное верно

6.верно 3 и 4

6. Подозрение на чуму вызывают:

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

2.острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3.геморрагические проявления

4.регионарный лимфаденит с периаденитом

5.весь комплекс перечисленных факторов

7. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

1.бактериологический

2.бактериоскопический

3.серологический

4.иммунологический

5.верно 2 и 4

6.все вышеперечисленное верно

8. Что не характерно для легочной чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром

2.кровохарканье

3.кровавая рвота

4.дыхательная недостаточность

5.скудные физикальные данные со стороны легких

9. Принципы антибактериальной терапии при чуме:

1.максимально раннее начало

2.парентеральное введение антибиотиков

3.комбинация антибактериальных средств

4.длительный курс лечения

5.все вышеперечисленное верно

10. Что не используется в лечении чумы?

1.введение антитоксической сыворотки

2.антибактериальная терапия

3.интенсивная дезинтоксикационная терапия

4.хирургическая обработка места входных ворот

5.верны 1 и 4

6.верны 2 и 4

11. Какой микроорганизм вызывает туляремию?

1.вирусы

2.риккетсии

3.бактерии

4.простейшие

5.прионы

12. Какой механизм заражения приводит к развитию легочной и глазо-бубонной формы туляремии?

1.фекально-оральный

2.аэрозольный

3.трансмиссивный

4.парентеральный

13. Какая клиническая форма туляремии развивается при контактном пути заражения?

1.язвенно-бубонная

2.ангинозно-бубонная

3.абдоминальная

4.легочная

14. Что характерно для бубонов при туляремии?

1.резкая болезненность

2.отсутствие периаденита

3.гиперемия, цианоз кожи над бубонами

4.нагноение

5.ограничение подвижности

15. Какая ангина характерна для ангинозно-бубонной формы туляремии?

1.катаральная

2.фолликулярная

3.лакунарная

4.язвенно-некротическая

16. Сочетание каких симптомов характерно для бубонной формы туляремии?

1.лихорадка, бубон малоболезненный

2.лихорадка, гепатоспленомегалия, пневмония

3. лихорадка, резко болезненный бубон, гепатоспленомегалия

4.лихорадка, карбункул, увеличение лимфатических узлов

17. Что характерно для язвы при язвенно-бубонной форме туляремии?

1.резкая болезненность

2.анестезия в центре язвы

3.трехцветный переход от центра к периферии

4.язва с приподнятыми краями, корочка с ободком в виде «кокарды»

5.обширный отек вокруг язвы

18. Какие антибиотики назначают при туляремии?

1.пенициллины

2.макролиды

3.тетрациклины

4.цефалоспорины

19. Что рекомендуется делать при угрозе развития водной вспышкитуляремии?

1.хлорирование воды

2.кипячение воды

3.озонирование воды

20. Какие препараты используются для профилактики туляремии?

1.антибиотики

2.иммуноглобулин

3.вакцина

4.бактериофаг

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представлениепрезентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

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

**Вариант 2**

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

**Вариант 3**

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

**Вопросы для устного опроса**

1. Возбудители клещевого энцефалита, генотипы, антигенное строение;

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

**Ситуационная задача №1**

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

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

2. Какие специфические методы исследования необходимо провести?

3. Назначьте специфическое лечение.

4. Укажите возбудитель заболевания.

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

**Ситуационная задача №2**

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

 1. Ваш предположительный диагноз, его диагностические критерии.

 2. Как подтвердить диагноз?

3. Какие дополнительные методы обследования возможно провести данному пациенту?

4. Составьте план лечения.

**Ситуационная задача №3**

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

1. Ваш диагноз, его обоснование.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

 3. Составьте план лечения больного.

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

 5. Укажите путь передачи инфекции при данном заболевании.

**Ситуационная задача №4**

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

**Задание:**

1.Какие симптомы противоречат предполагаемому диагнозу?

2.Установите и обоснуйте диагноз.

3.Какова тактика лечения больного?

**Вопросы выходного тестового контроля**

**Вариант 1**

**Вариант 1**

1. Переносчиками Лайм-боррелиоза являются:

1. Гамазовые клещи;
2. Комары;
3. Иксодовые клещи;
4. Платяные вши.

2. Продолжительность инкубационного периода при Лайм-боррелиозе:

1.1 – 5 дней;

2. 1 – 10 дней;

3. 1 – 21 день;

4. Свыше 30 дней;

**3.** Возбудитель Лайм-боррелиоза относится:

1. к коккам;

2. к вирусам;

3. к риккетсиям;

4. к спирохетам;

4. Какие боррелии являются патогенными для человека:

1. B. afselii;

2. B. burgdorferi;

3. B. garinii;

4. Все вышеперечисленные;

5. Инфицированность иксодовых клещей боррелиями в эндемичных районах:

1. 1 – 3%;

2. 1 – 5%;

3. 1 – 10%;

4. Свыше 10%;

6. Признаками поражения сердечно-сосудистой системы При Лайм-боррелиозе являются:

1. Боли в области сердца;

2. Одышка, сердцебиение;

3. Изменения на ЭКГ;
4. Все вышеперечисленное;

7.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при К.М.Э. (клещевой мигрирующей эритеме):

1.Клещевым энцефалитом;

2.Пневмонией;

3.Рожей;

4.ОРВИ;

8. Признаками К.М.Э. являются:

1. Гиперемия кожи;

2. Миграция эритемы;

3. Кольцевидный вид эритемы;

4. Все вышеперечисленное;

9. Смешанная инфекция при Лайм-боррелиозе может протекать в виде:

1. Боррелиоз + клещевой энцефалит;

2. Боррелиоз + пневмония;

3. Боррелиоз + рожа;

4. Все вышеперечисленное;

10. Основной метод лабораторной диагностики Лайм-боррелиоза у человека:

1. Микроскопия;

2. Бактериологический;

3. Вирусологический;

4. Серологический.

**Вариант 2**

* 1. Для Лайм-боррелиоза характерны следующие формы течения заболевания:

1.Эритемная;

2. Безэритемная;

3. Латентная;

4. Все вышеперечисленные;

2. Какие антибиотики применяются для лечения Лайм-боррелиоза:

1. Пенициллин;

2. Стрептомицин;

3. Фторхинолоны;

4. Все вышеперечисленное;

3. Варианты поражения суставов при хроническом Лайм-боррелиозе:

1. Артралгия;

2. Доброкачественный рецидивирующий артрит;

3. Хронический прогрессирующий артрит;

4. Все вышеперечисленное;

4. Экстренная профилактика системного клещевого боррелиоза (после снятия клеща):

1. Введение специфического иммуноглобулина;

2. Введение нормального гомологичного иммуноглобулина;

3. Антибиотикотерапия;

4. Вакцина;

5. Поражение каких органов и систем характерно для Лайм-боррелиоза:

1. Кожа и суставы;

2. Сердечно-сосудистая система;

3. Нервная система;

4. Все вышеперечисленное;

6. Основной механизм заражения Лайм-боррелиозом:

1. Фекально-оральный;

2. Аэрогенный;

3. Трансмиссивный;

4. Парентеральный;

7. В какой период года чаще происходит заражение Лайм-боррелиозом:

1. Осень – зима;

2. Зима – весна;

3. Весна – лето;

4. Лето – осень;

8. Переносчиками Лайм-боррелиоза являются:

1. Комары рода Анофелес;

2. Платяная вошь;

3. Иксодовые клещи;

4. Гамазовые клещи;

9. Характерные изменения в раннем периоде боррелиоза:

1. Кольцевидная эритема, субфебрилитет, увеличение регионарных лимфоузлов;

2. Высокая температура, эритема кожи, четкие границы эритемы;

3 Лихорадка, боли, кожный зуд, эритема;

4 Нормальная температура, цианоз, мокнутие;

10. Какие симптомы характерны для второй стадии Лайм-боррелиоза:

1. Менингеальный;

2. Нервотический;

3. Кардиальный;

4. Все вышеперечисленные.

**Тема презентаций**

1. Везикулезный риккетсиоз
2. Эрлихиоз

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Источник инфекции при ГЛПС:

1. Домашние животные

2. Дикие мышевидные грызуны

3. Больной ГЛПС и вирусоноситель

4. Домовые мыши и крысы

1. Пути заражения при ГЛПС:

1. Пищевой

2. Парентеральный

3. Контактный

4. Половой

5. Воздушно-пылевой

1. Клинические периоды геморрагической лихорадки с почечным синдромом:

1. Лихорадочный

2. Олигоанурический

3. Полиурический

4. Реконвалесценции

1. Симптомы геморрагического синдрома при ГЛПС:

1. Кровоизлияния в склеру

2. Геморрагическая экзантема (петехии, экхимозы)

3. Увеличение селезенки

4. Различные кровотечения

5. Кровоизлияния в различные органы (гипофиз, надпочечники,

сердце, мозг и т.д.)

1. В разгаре ГЛПС в общем анализе мочи выявляются:

1. Снижение относительной плотности мочи

2. Повышение относительной плотности мочи

3. Появление сахара

4. Увеличение количества белка

5. Свежие эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры в осадке

6. Повышенное количество лейкоцитов в осадке

6. Чем объясняется синдром менингоэнцефалита при ГЛПС?

1. Воспалением оболочек мозга

2. Энцефалитом

3. Токсическим отеком мозга

4. Ишемией головного мозга

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

1. Протеинурия

2. Гипостенурия

3. Гемоглобинурия

4. Гематурия

д) Цилиндрурия

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

1. Отек легких

2. Острая почечная недостаточность

3. Инфекционно-токсический шок

4. Разрыв почки

5. Токсический отек мозга

6. Геморрагический синдром

9. Какой противовирусный препарат рекомендуется использовать для

 лечения ГЛПС?

1. Фоскарнет

2. Рибавирин

3. Ремантадин

4. Ламивудин

6. Оксолин

10. Какой метод используется для профилактики ГЛПС?

1. Дезинсекция

2. Дератизация

3. Дезинфекция

4 Дегазация

**Вопросы для устного опроса**

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

диспансеризация.

1. Профилактика ГЛПС

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

 Диагноз?

 План обследования?

 Лечение?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

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

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

20/Х–07 доставлен в больницу.

Объективно:

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

Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

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

Дыхание везикулярное.

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

Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное.

Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез.

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

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

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

Задание

1. Были ли основания у участкового врача заподозрить ГЛПС у

данного больного? Конкретно какие?

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

больного?

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

стационар?

**Темы презентаций**

1. Лихорадка денге
2. Лихорадка Западного Нила
3. Лихорадка Чикунгунья
4. Крымская-Конго лихорадка
5. Лихорадка Зика

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

**Тема: ОРВИ. Грипп.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

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

**Вариант 2**

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

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

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

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

1.Выделить основные синдромы.

2.Обосновать предварительный диагноз.

3.Написать план обследования.

4.Составить план лечения.

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

 3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.

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

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

**Ситуационная задача №3**

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

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

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациентке?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

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

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

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Входные ворота для вируса гриппа:

1. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей

2. Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта

3. Слизастые оболочки мочеполовой системы

4. Конъюнктива глаз

5. Лимфоидное глоточное кольцо

2. Вирусы, содержащие ДНК:

1. Вирусы гриппа

2. Вирусы парагриппа

3. Аденовирусы

4. Риновирусы

5. Энтеровирусы

3. Ведущий синдром неосложненного гриппа:

1. Гепатолиенальный

2. Гастроэнтерит

3. Гиповолемический

4. Интоксикационный

5.Почечная недостаточность

4. Преимущественное поражение дыхательных путей при гриппе:

1. Ринорея

2. Ларингит

3.Трахеит

4. Фарингит

5. Пневмония

5. Для этиотропной терапии при гриппе используют:

1.Парацетамол

2.Амидопирин

3.Ремантадин

4.Аспирин

5. Терафлю

6. Какие осложнения характерны для гриппа:

1.Геморрагический синдром

2. Отек - набухание мозга

3.Респираторный дистресс-синдром

4. Токсический шок

5.Все перечисленное

7. Какая вакцина используется для профилактики гриппа.

1.АКДС-вакцина

2. Гриппол

3.Энджерикс

4.Себина

5. СТИ

8. При парагриппе преимущественно поражается:

1. Гортань

2.Бронхи

3. Альвеолы

4. Подчелюстные лимфоузлы

5. Лимфоидное глоточное кольцо

9. Наиболее частое осложнение парагриппа у детей:

1. Энцефалопатия

2.Токсический шок

3. Ложный круп

4. Мастоидит

5. Геморрагический синдром

10. Лечение ложного крупа при парагриппе:

1. Горчичники, грелки к ногам

2. Теплое щелочное питье

3. Антигистаминные средства

4. Паровые ингаляции с бикарбонатом натрия

5. Все перечисленное

11. Клинические формы аденовирусной инфекции:

1. Ринофарингит

2. Фаринго-конъюнктивальная лихорадка

3. Кератоконьюнктивит

4. Ринофарингобронхит

5. Все перечисленное

12. Аденовирусная инфекция может осложняться:

1. Пневмонией

2. Отитом

3. Язвенным поражением роговицы

4. Синуситом

5. Всеми перечисленными

13. Размножение риновирусов происходит:

1.В эпителии желудочно-кишечного тракта

2. В эпителии полости носа

3. В лимфатических узлах

4.В альвеолах

5. В эпителии бронхов

14. Ведущий синдром при риновирусной инфекции:

1.Интоксикационный

2.Лимфаденопатия

3. Ринорея

4. Гепатоспленомегалия

5. Энцефалопатия

15. К блокаторам нейраминидазы относятся:

1. Антигриппин

2. Озельтамивир

3. Ремантадин

4. Арбидол

5) Виразол

**Темы презентаций**

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

**Тема: Менингококковая инфекция.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Клиническая классификация менингококковой инфекции
2. Клиника менингококкового менингита
3. Лечение менингококкцемии

**Вариант 2**

1. Этиология менингококковой инфекции
2. Клиника мениногкоккцемии
3. Этиотропная терапия менингококковой инфекции

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

1.Предположите наиболее вероятный диагноз

2.Обоснуйте поставленный вами диагноз

3.Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

4.Укажите план лечения данного пациента

**Ситуационная задача №2**

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

Вопросы:

1.Укажите предварительный диагноз.

2. Составьте план обследования больного.

**Ситуационная задача №3**

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

1. Сформулируйте предварительный диагноз

2. Составьте план обследования

3. Составьте план лечения

**Вопросы выходного тестового контроля**

1. Наибольшую эпидемиологическую значимость при менингококковой инфекции имеют:

1.больные острым назофарингитом

2. больные менингоэнцефалитом

3. «здоровые» носители менингококков

4. больные менингитом

5. больные с менингококкемией

2. При менингококковой инфекции наибольшую эпидемиологическую значимость имеют сероварианты:

1. А

2. В

3. С

4. D

5. Е

3. При менингококковой инфекции аэрозольный механизм передачи реализуется путем:

1. воздушно-капельным

2. воздушно-пылевым

3. алиментарным

4. контактно-бытовым

4. Условия аэрозольного механизма передачи при менингококковой инфекции:

1. близкое (0,5 м.) расстояние от источника инфекции

2. длительное общение с источником инфекции

3. кратковременное общение с источником инфекции

4.совместное использование предметов гигиены

5. Проявления эпидемического процесса при менингококковой инфекции в последние годы:

1. периодические (через 10 и более лет) подъемы заболеваемости

2.осеннее-зимние сезонные подъемы заболеваемости

3. зимнее-весенние сезонные подъемы заболеваемости

4.наиболее высокая заболеваемость младших возрастных групп населения

6. Группы повышенного риска заражения менингококковой инфекцией:

1. неорганизованные дети дошкольного возраста

2.дети дошкольного возраста, находящиеся в закрытых детских коллективах (дом ребенка)

3. взрослые

4. новобранцы в армии

7. В очагах менингококковой инфекции проводят:

1. текущую дезинфекцию в полном объеме

2. проветривание помещений

3. влажную уборку помещений

4. уменьшение скученности людей в помещении

8. Для специфической профилактики менингококковой инфекции используют вакцины:

1.против менингококковой инфекции серогруппы А

2.против менингококковой инфекции серогруппы В

3.против менингококковой инфекции серогруппы С

4. против менингококковой инфекции серогруппы Z

9.клиническими признаками менингита являются все, кроме:

1. геморрагической сыпи

2.высокой интоксикации

3. повторной рвоты

4. головной боли

5.менингеальных симптомов

10. ПРРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пенициллин

2) стрептомицин

3) тетрациклин

4) гентамицин

5) линкомицин

**Тема: «Дифтерия. Стрептококковая инфекция. Рожа»**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Этиология дифтерия
2. Лабораторная диагностика дифтерии
3. Лечение рожи

**Вариант 2**

1. Классификация рожи
2. Дифференциальная диагностика дифтерии
3. Лечение дифтерии

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику между основным и альтернативными заболеваниями.

3.Составьте план обследования.

4.Составьте план лечения.

5.Какова тактика участкового врача-терапевта?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

**Ситуационная задача №3**

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

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

 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

 2. Проведите дифференциальный диагноз.

 3. Ваши предложения по ведению больного?

 4. Как контролировать возникновение осложнений?

**Ситуационная задача №4**

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

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

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

**Тема 1.Острые вирусные гепатиты**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Фекально-оральный механизм передачи свойственен:

1. вирусному гепатиту А
2. вирусному гепатиту В
3. вирусному гепатиту С
4. вирусному гепатиту Е

2.Источник инфекции при вирусном гепатите А:

1. больной с манифестной формой
2. больной с безжелтушной формой
3. носитель вируса после перенесенного заболевания
4. здоровый вирусоноситель

3. К парентеральным вирусным гепатитам относят вирусные гепатиты:

1. А
2. В
3. С
4. Д
5. Е

4. Варианты преджелтушного периода гепатитов:

1. гриппоподобный
2. диспептический
3. астеновегетативный
4. артралгический
5. смешанный

5. Диспептический вариант преджелтушного периода при вирусных гепатитах включает в себя:

1. повышение температуры
2. снижение аппетита
3. тошноту
4. резкие боли в животе
5. рвоту

6. Клинические критерии тяжести вирусных гепатитов:

1. выраженность симптомов интоксикации

2. геморрагический синдром

3. уменьшение печени при нарастающей желтухе

4. увеличение печени при нарастающей желтухе

5. повышение температуры

7. Лабораторные критерии тяжести вирусных гепатитов:

1. выраженная гиперферментемия (АлАТ, АсАТ)

2. высокие показатели билирубина

3. повышение уровня щелочной фосфатазы

4. снижение уровня протромбина

5. снижение уровня альбуминов

8. Биохимические показатели нарушения белковосинтезирующей функции печени при вирусных гепатитах:

1. снижение сулемовой пробы

2. повышение сулемовой пробы

3. снижение уровня альбуминов

4. снижение уровня альбуминов

5. повышение уровня мочевины

9. Маркеры острого вирусного гепатита В:

1. ДНК HBV

2. HBsAg

3. анти-HBcor-IgM

4. анти-НВсоr-IgG

5. HBeAg

10. Маркеры вирусного гепатита А:

1. РНК-HAV

2. анти – HAV IgM

3. анти – HAV IgG

4. АсАТ, АлАТ

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

**Ситуационная задача № 2**

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

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

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

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

При серологическом исследовании крови обнаружен HBsAg и антитела к HBcorAgIgM.

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

Проводится **курация** больных с острыми вирусными гепатитами (А, В, С) в отделении под руководством преподавателя с последующим разбором, обсуждением вопросов клинической и лабораторной диагностики, дифференциального диагноза, лечения.

**Вопросы для выходного контроля**

1. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГЕПАТИТЕ А ЯВЛЯЕТСЯ

1. больное животное

2. больной человек

3. вирусоноситель

4. окружающая среда

2. УКАЖИТЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЫЧНЫМ ИСХОДОМ ГЕПАТИТА А

1. формирование вирусоносительства

2. выздоровление

3. развитие хронического гепатита

4. развитие острой печеночной недостаточности Д. летальный исход

3. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ Е ПРОТЕКАЕТ У

1. детей

2. подростков

 3. пожилых

4. беременных

4. ПРИ ВГЕ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

1. anti-HЕV-IgM

2. anti-HBcor

3. anti-HCV

4. НВsAg

Д. anti-HAV IgM

5. ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В КРОВИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПА-ТИТАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. лейкоцитоз

2. ускорение СОЭ

3. анемия

4. нейтрофильный сдвиг влево

5. нормоцитоз или лейкопения

6. ОСНОВУ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕПАТИТАХ А И Е СОСТАВЛЯЕТ

1. диета и физический покой

2. антибиотики

3. интерферон

4. рибавирин

5. кортикостероиды

7. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ГЕПАТИТА С

1. фульминантная форма

2. хронизация процесса

3. выздоровление

4. летальный исход

8. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ:

1. в некоторых случаях при ВГ источником инфекции могут быть животные

2. при ВГ единственным источником инфекции является человек

3. естественным путем передачи гепатитов А, Е является половой

4. источником гепатита А являются больные острой формой болезни и хронические вирусоносители

5. лица, переболевшие гепатитами В и С, сохраняют заразительность не более 1 года

9. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ВАРИАНТЫ ПРОДРОМАЛЬНОГО ПЕРИОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ГЕПАТИТЕ В:

1. гриппоподобный

2. диспепсический

3. артралгический

4. астено-вегетативный

5. все вышеперечисленное

10. УКАЖИТЕ, КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ОТРАЖАЮТ ЦИТОЛИЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

1. уровень холестерина

2. уровень общего белка и белковые фракции крови

3. уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы

4. тимоловая проба

11.УКАЖИТЕ, КАКИЕ ФЕРМЕНТЫ ОТРАЖАЮТ ХОЛЕСТАЗ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

1. Алат

2. АсАт

3. циклический аминофосфат

4. щелочная фосфатаза

12. УКАЖИТЕ, КАКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕПАТИТА А В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ

1. HbsAg

2. anti-HB cor IgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HCV IgM

13. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ИЗ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕПАТИТА В

1. HbsAg

2. anti-HBcor IgM

3. anti-HAV IgM

4. anti-HBe IgM

14. УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА И ЕГО ФРАКЦИЙ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

1. повышение связанной фракции

2. повышение связанной и свободной фракций в одинаковой мере

3. повышение свободной фракцииГ. повышение связанной фракции при умеренном повышении свободного билирубина

15. УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ ЦИТОЛИЗА ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ГЕПА-ТИТЕ В

1. непосредственное воздействие вируса на гепатоциты

2. иммунный ответ на вирусные антигены и аутоантигены

3. поражение желчных ходов

16. НАПИШИТЕ, КАКОЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ ЧАЩЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ХРОНИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ

1. вирусный гепатит А

2. вирусный гепатит В

3. вирусный гепатит С

4. вирусный гепатит Е

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

1. летальный

2. выздоровление

3. острая печеночная недостаточность

4. цирроз печени

18.УКАЖИТЕ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ВГЕ

1. человек

2. сельскохозяйственные животные

3. человек и животные

4. грызуны

5. кровососущие членистоногие

19.УКАЖИТЕ, ЧЕМ ВЫЗЫВАЕТСЯ ГЕПАТИТ В

1. дельта-вирусом

2. энтеровирусом

3. гепаднавирусом

4. флавивирусом Д. герпесвирусом

20. ГЕПАТИТУ А СВОЙСТВЕННА СЕЗОННОСТЬ

1. летняя

2. весенне-летняя

3. весенне-зимняя

4. осенне-летняя

5. зимняя

**Темы презентаций**

1. Пигментный обмен в норме
2. Острая печеночная энцефалопатия

**Тема 2. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Оппортунистические инфекции при ВИЧ/СПИДе.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*представление презентаций*

***Вопросы входного контроля***

1. **вариант**
2. Определение ВИЧ-инфекции
3. Характеристика ВИЧ
4. Основные патогенетические механизмы формирования иммунодефицита при ВИЧ/СПИДе
5. Наиболее частые оппортунистические инфекции бактериальной и протозойной этиологии
6. **вариант**
7. Дать понятие СПИДа
8. Источники и пути передачи ВИЧ-инфекции
9. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
10. Наиболее частые оппортунистические инфекции вирусной и грибковой этиологии

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

 Осмотр невролога – диагноз – полирадикулонейропатия.

 Осмотр офтальмолога – двухстороннее поражение сетчатки глаза.

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

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

**Ситуационная задача №2**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. УровеньCD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой и была направлена в пульмонологическое отделение.

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

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

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

**Ситуационная задача №3**

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

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

**Ситуационная задача №4**

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

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

**Ситуационная задача №5**

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

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

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

**Вопросы для выходного контроля**

1. Основные характеристики ВИЧ

1. ретровирус

2. относится к лентивирусам

3. РНК-содержащий

4. содержит ревертазу (обратную транскриптазу)

5. все перечисленное верно

2. Вирус иммунодефицита человека в заражающей дозе содержится в биологических жидкостях

1. кровь, ликвор

2. слюна, моча

3. грудное молоко

4. сперма, вагинальная слизь

5.в перечисленных 1,3,4

3. Бессимптомный вариант течения стадии первичных проявлений характеризуется

1. лимфаденопатией

2. субфебрилитетом

3. миалгией, артралгией

4. слабостью, потливостью, снижением работоспособности

5. наличием в крови антител к ВИЧ

4. Сочетание симптомов, характерное для ранней стадии ВИЧ-инфекции

1. лихорадка, лимфаденопатия

2. лихорадка, опухолевые процессы

3. нормальная температура, лимфаденопатия

4. гепатоспленомегалия, диарея, нормальная температура

5. все вышеперечисленное

 5. Источником ВИЧ-инфекции является человек

1. только в инкубационном периоде

2. только в стадии первичных проявлений болезни

3. только в стадии вторичных проявлений заболевания

4. в любой стадии болезни, включая терминальную

6. Заражение ВИЧ-инфекцией может произойти

1. при искусственном вскармливании

2. во время плавания в бассейне или рукопожатия с больным ВИЧ-инфекцией

3. при пользовании общими с больными ВИЧ-инфекцией предметами быта (посуда, ванна)

4. при грудном естественном вскармливании

5. при укусе кровососущих насекомых

7. При реактивизации латентной инфекции у пациентов с иммунодефицитами возникают заболевания, кроме

1. опоясывающего герпеса

2. цитомегаловирусной пневмонии

3. аденовирусного кератоконъюнктивита

4. диссеминированной цитомегаловирусной инфекции

5. туберкулеза

8. СПИД определяется как

1.начальная стадия инфицирования ВИЧ

2. синдром, характеризующийся появлением СПИД-индикаторных болезней

3. стадия первичных проявлений у больных ВИЧ-инфекцией

4.стадия вторичных заболеваний 4А у больных ВИЧ-инфекцией

9. Максимальный инкубационный период при ВИЧ-инфекции

1. 2 недели

2. 3 месяца

3. 6 месяцев

4. 1 год

5. 9 месяцев

10. Ферменты, не входящие в состав вириона ВИЧ

1. ревертаза (обратная транскриптаза)

2. нейраминидаза

3. протеаза

4. интеграза

11. Укажите антиген, связывающийся с СД4 рецептором и корецепторами клетки-мишени

1. gp120

2. gp41

3. p24

4. p7

5. p17

12. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются

1. снижением числа Т-лимфоцитов

2. функциональным нарушением В-лимфоцитов

3. функциональным нарушением естественных киллеров

4. появлением аутоиммунных нарушений

5. верно все вышеперечисленное

13. Острый ретровирусный (мононуклеозоподобный) синдром не включает в себя

1. лихорадку

2. полилимфоаденопатию

3. эритематозно-макулезную сыпь

4. желтушность кожи и склер

5. лимфомоноцитоз на фоне нейтропении

14. Стадия 4А вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается

1. поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек грибковой флорой

2. поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек бактериальной флорой

3. поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек вирусной флорой

4.дефицитом массы тела более 10%

5.потерей массы тела менее 10%

15. Стадия 4Б вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается

1.рецидивирующим поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

2. стойким поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой

3. стойкой лихорадкой более 3-х месяцев

4. стойкой диареей более 2-х месяцев

5. развитием генерализованного туберкулеза

16. Клинические признаки, указывающие на необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию

1. диарея неясного генеза более 1 месяца

2. стойкая лихорадка неясного генеза более 1 месяца

3. стойкая полилимфоаденопатия более, чем в 2-х группах лимфоузлов (исключая паховые)

4. впервые выявленная микобактериальная инфекция

5. все вышеперечисленное

17. Саркома Капоши представляет собой поражение

1. эндотелия лимфатических сосудов

2. костной ткани

3. дермы

4. мышечной ткани

5. эпидермиса

18. К СПИД-индикаторным заболеваниям у ВИЧ-инфицированных пациентов не относится

1. кандидоз слизистой оболочки полости рта

2. кандидоз с поражением слизистой пищевода, желудка, трахеи, бронхов

3. пневмоцистная пневмония

4. цитомегаловирусный ретинит

5. токсоплазмоз головного мозга

19. Развитие волосистой лейкоплакии языка у ВИЧ-инфицированного пациента связано с активацией

1. вируса простого герпеса 1 типа

2. вируса герпеса 3 типа

3. вируса Эпштейн-Барр

4. цитомегаловируса

5. вируса герпеса 6 типа

20. Характерным признаком пневмоцистной пневмонии не является

1. выраженная дыхательная недостаточность

2. высокая СОЭ

3. наличие примеси крови в мокроте

4. отсутствие изменений на рентгенограмме у некоторых больных в начальном периоде болезни

5.положительный эффект от лечения бисептолом

**Темы презентаций**

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

**Рекомендации по проведению курации больного в отделении**

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

**Памятка для студентов**

## **УВАЖАЕМЫЙ КОЛЛЕГА!**

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

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

Работа в отделении для больных кишечными инфекциями

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

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

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

При гастроэнтерите очень быстро появляются расстройства стула. В начале болезни стул кашицеобразный, затем водянистый, пенистый,

зловонный и т.д. Имеются некоторые особенности при сальмонеллезном гастроэнтерите, что послужило поводом для употребления такого выражения, как стул в виде «болотной тины».

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

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

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

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

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

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

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

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

Приступая к осмотру больного, вспомните несколько общих правил:

Ваш осмотр не должен вызвать болевые ощущения у больного.

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

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

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

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

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

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

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

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

Работа в отделении для больных вирусными гепатитами

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При обследовании в преджелтушном периоде можно выявить незначительное увеличение печени и чувствительность её при глубокой пальпации. Особое

внимание следует обратить на окраску мочи, так как она темнеет в ранней стадии заболевания. Помогает в диагностике простой приём: если мочу взболтать, то на поверхности образуется обильная, ярко-оранжевая пена.

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

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

Рекомендации по эпидемиологическому анамнезу.

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

Рекомендации по обследованию больного.

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

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

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

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

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

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А,

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В,

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С.

Работа в диагностическом отделении

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Предварительный диагноз ставится:1. На основании жалоб (перечисляются все жалобы, характерные для данного заболевания, а не все которые есть у больного). 2. Данных анамнеза заболевания: начало болезни, характер

температурной кривой, появление высыпаний, динамика симптомов под

влиянием лекарственных средств (т.е. дать характеристику анамнеза болезни, а не перечисления формальных данных). 3. Данных эпиданамнеза (если был контакт с подобным же больным в сроки инкубационного периода; выезжал ли на природу и когда? - для природно-очаговых инфекций; и т.д.); 4. Объективных данных (перечисляются симптомы, характерные для данного заболевания).

Ставится предварительный диагноз (согласно общепринятым классификациям).

Например:

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

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

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

Выйдя из палаты, проведите гигиеническую обработку рук.

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

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

*(теоретические вопросы для подготовки к промежуточной аттестации)*

1. Роль макроорганизма, возбудителя и внешней среды в возникновении инфекционной болезни.

2. Инфекция, инфекционный процесс, инфекционная болезнь.

3. Течение инфекционной болезни и ее циклы.

4. Сущность и особенности инфекционной болезни.

5. Формы инфекционного процесса.

6. Классификация инфекционных болезней.

7. Основные клинические симптомы при инфекционных заболеваниях.

8. Общие клинические проявления инфекционных заболеваний.

9. Симптомы инфекционных болезней.

10. Оценка клинических симптомов при инфекционных заболеваниях.

11. Методы лабораторной диагностики инфекционных болезней.

12. Принципы диагностики инфекционных болезней.

13. Общие принципы и методы лабораторной диагностики инфекционных болезней.

14. Основные принципы лечения инфекционных больных.

15. Диета при инфекционных заболеваниях.

16. Режим при инфекционных заболеваниях.

17. Этиотропная терапия при инфекционных болезнях.

18. Дезинтоксикационная терапия при инфекционных болезнях.

19. Антибиотикотерапия инфекционных больных.

20. Регидратационная терапия при инфекционных заболеваниях.

21. Правила выписки инфекционных больных из стационара.

22. Общие принципы профилактики инфекционных заболеваний.

23. Этиология, эпидемиология и патогенез брюшного тифа.

24. Клиника классического брюшного тифа.

25. Осложнения брюшного тифа.

26. Принципы лечения брюшного тифа, лечебные мероприятия при неотложных состояниях.

27. Этиология, эпидемиология и патогенез острой дизентерии.

28. Клинические варианты острой дизентерии.

29. Клиника острой дизентерии.

30. Лечение острой дизентерией, оказание помощи при неотложных состояниях.

31. Пищевые токсикоинфекции. Клиника, неотложная помощь.

32. Этиология, эпидемиология и патогенез сальмонеллеза.

33. Клинические формы сальмонеллеза.

34. Лабораторная диагностика, лечение ПТИ и сальмонеллеза.

35. Этиология, патогенез и клиника холеры.

36. Принципы лечения больных холерой, экстренная помощь при неотложных состояниях.

37. Амебиаз.

38. Лептоспироз.

39. Кишечный иерсиниоз.

40. Этиология, эпидемиология и патогенез вирусных гепатитов.

41. Клиника вирусного гепатита В.

42. Диагноз и дифференциальный диагноз вирусных гепатитов.

43. Принципы лечения больных вирусными гепатитами, оказание помощи при неотложных состояниях.

44. Клиника и диагностика хронических вирусных гепатитов.

45. Варианты преджелтушного периода при вирусных гепатитах.

46. Клиническая классификация менингококковой инфекции.

47. Клиника менингококковой инфекции.

48. Диагноз и дифференциальный диагноз менингококковой инфекции.

49. Лабораторная диагностика менингококковой инфекции.

50. Принципы лечения больных менингококковой инфекцией, помощь при неотложных состояниях.

51. Этиология, эпидемиология, патогенез дифтерии.

52. Клиника дифтерии.

53. Дифференциальный диагноз дифтерии и ангины.

54. Диагностика и лечение дифтерии.

55. Принципы лечения дифтерии.

56. Клинико-эпидемиологические особенности гриппа на современном этапе.

57. Общая характеристика острых респираторных заболеваний.

58. Клиника гриппа.

59. Дифференциальный диагноз гриппа и других острых респираторных заболеваний.

60. Принципы лечения больных гриппом, профилактика.

61. Парагрипп и риновирусная инфекция.

62. Аденовирусная инфекция.

63. Этиология, эпидемиология и профилактика малярии.

64. Патогенез, клиника, диагностика и лечение малярии.

65. Этиология, эпидемиология и профилактика ГЛПС.

66. Клиника ГЛПС.

67. Диагностика, лечение и профилактика ГЛПС.

68. Этиология, эпидемиология, патогенез и профилактика ботулизма.

69. Основные клинические синдромы при ботулизме.

70. Лабораторная диагностика ботулизма.

71. Неотложная помощь при ботулизме.

72. Этиология, эпидемиология, патогенез чумы.

73. Клиника локализованной формы чумы. Тактика врача при подозрении на карантинные инфекции.

74. Клиника генерализованной формы чумы.

75. Этиология, эпидемиология и профилактика туляремии.

76. Клиника, диагностика и лечение туляремии.

77. Дифференциальная диагностика бубонной формы чумы и туляремии.

78. Этиология, эпидемиология и профилактика сибирской язвы.

79. Этиология, эпидемиология, клиника кожной формы сибирской язвы.

80. Клиника и диагностика и лечение сибирской язвы.

81. Этиология, эпидемиология ВИЧ-инфекции.

82. Патогенез ВИЧ-инфекции.

83. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции.

84. Характеристика основных оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции.

85. Поражение кожи и слизистых оболочек ротовой полости при ВИЧ-инфекции.

86. Поражение органов дыхания при ВИЧ-инфекции.

87. Диагностика ВИЧ-инфекции. Принципы антиретровирусной терапии.

88. Лабораторная диагностика и диспансерное наблюдение при ВИЧ-инфекции.

89. Герпетическая инфекция.

90. Инфекционный мононуклеоз.

91. Этиология, эпидемиология и профилактика бруцеллеза.

92. Клинические формы бруцеллеза.

93. Этиология, эпидемиология и профилактика бешенства.

94. Клиника бешенства.

95. Этиология, эпидемиология, патогенез рожи.

96. Клиника рожи.

97. Диагностика, лечение и профилактика рожи.

98. Гельминтозы (аскаридоз).

99. Гельминтозы (энтеробиоз).

100. Клиника, диагностика и профилактика описторхоза.

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

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

Больной В. 15 лет находился в инфекционной больнице с 20 сентября. Жалобы: слабость, снижение аппетита, тошнота.

Анамнез заболевания: 15 сентября во второй половине дня вынужден был лечь в постель из-за слабости, отказался от ужина из-за тошноты, вечером была температура 37,7°. На второй день температура была нормальной, но не смог пойти в школу, была тошнота и резкая слабость. На третий день болезни была рвота, потемнела моча, а утром следующего дня пожелтели склеры. Участковым врачом направлен в больницу.

Анамнез жизни: родился здоровым, доношенным ребенком, привит по возрасту. Болел ОРВИ.

Эпидемиологический анамнез: учится в седьмом классе, не всегда моет руки перед едой, пьет некипяченую воду. В школе в сентябре были случаи желтухи.

Настоящее состояние: средней степени тяжести. Телосложение нормостеническое, суставы не изменены. Склеры, слизистая ротоглотки и кожа лица, груди и живота умеренно желтушны. На коже расчесов и геморрагий нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения 90 уд. в мин., тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, глотание свободно, небные миндалины не выступают из-за дужек. Передняя брюшная стенка не напряжена, печень пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, кал обесцвечен, моча темная, Больной адекватен, D=S, реакция на свет сохранена. Менингеальных симптомов нет.

**Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз**

Эталон ответа:

Гепатит А, желтушная форма, средней тяжести

Диагноз установлен на основании жалоб на слабость, снижение аппетита, тошноту; на основании анамнеза болезни: цикличность в течении заболевания: острое начало с преджелтушного периода, который протекал по диспептическому варианту (тошнота, рвота, слабость), длился 3 дня и сменился желтушным периодом с потемнением мочи, посветлением кала, желтухой кожи и склер, гепатомегалией и состоянием средней тяжести при объективном осмотре.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов. Тестирование обучающихся проводитсяна бумажных носителях по одному из 3-х вариантов.

**Вопросы к тестовому заданию для промежуточной аттестации**

**(укажите один или несколько правильных ответов)**

**1.Выявление источников ВИЧ - инфекции проводится с целью:**

1. изоляции ВИЧ - инфицированных

2. ограниченияпрофессиональной деятельности

3. привлечения к уголовной ответственности

4. вакцинации контактных лиц

5. вовлечения в профилактические мероприятия

**2. При обследовании пациента стационара на ВИЧ – инфекцию врач должен:**

1. поставить в известность пациента в устной форме

2. провести дотестовое консультирование, получить письменное согласие больного на обследование

3. согласовать с инфекционистом центра СПИД

4. поставить в известность заведующего отделением

5. поставить в известность госпитального эпидемиолога

**3. Диагноз ВИЧ - инфекции имеет право поставить:**

1. врач хирургического стационара

2. врач общей практики в поликлинике

3. врач-эпидемиолог территориального управления Роспотребнадзора

4. врач-инфекционист центра профилактики и борьбы со СПИДом

5. врач - дерматовенеролог

**4. При необходимости обследования пациента на ВИЧ-инфекцию необходимо:**

1. провести до-тестовое консультирование пациента

2. получить согласие заведующего отделением

3. согласовать с госпитальным эпидемиологом

4. не сообщать больному о намерении провести лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию

5. согласовать с врачом-эпидемиологом центра профилактики и борьбы со СПИДом

**5. До-тестовое и после-тестовое консультирование врачом- терапевтом не предусматривает:**

1. определения факторов риска заражения

2. предоставления информации о ВИЧ – инфекции и тестировании на ВИЧ

3. поддержки в преодолении стресса

4. принятия осознанного решения о прохождении обследования на антитела к ВИЧ

5. сообщения о диагнозе ВИЧ-инфекция

**6. При наличии клинических показаний для обследования больного на ВИЧ-инфекцию до-тестовое консультирование, как правило, проводит:**

1. госпитальный эпидемиолог

2. заведующий отделением

3. лечащий врач

4. врач-инфекционист

5. психотерапевт

**7. При выявлении у больного инфекционного заболевания, в целях предупреждения его дальнейшего распространения, лечащий врач должен сообщить о диагнозе родственникам:**

1. да

2. на усмотрение врача

3. нет

4. может сообщить с согласия пациента

**8. Укажите заболевания, которые относятся к особо опасным инфекциям:**

1. холера

2. дизентерия

3. чума

4. желтая лихорадка

5. лихорадка Эбола

6. вирусный гепатит В

**9. Укажите, какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры:**

1. интоксикация

2. изотоническая дегидратация

3. инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника

4. генерализация инфекционного процесса

**10. В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры:**

1. кровь

2. моча

3. кал

4. слюна

**11. Окончательный диагноз холеры ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований:**

1. бактериоскопических

2. бактериологических

3. серологических

4. иммунологических

5. биохимических

**12. Укажите, какой возбудитель вызывает чуму:**

1.Yersiniapestis

2. Yersiniapseudotuberculosis

3. Yersiniaenterocolitica

4. все неверно

**13. Подозрение на чуму вызывают:**

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

2. острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3. геморрагические проявления

4. регионарный лимфаденит с периаденитом

пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 30 дней до начала заболевания

**14. Какую геморрагическую лихорадку называют «болезнью зеленых мартышек»?**

1. Эбола

2. Ласса

3. Марбург

4. Крым-Конго

5. Омскую

**15. Для какой лихорадки характерен воздушно - капельный путь передачи инфекции?**

1. Крым-Конго

2. Геморрагической лихорадки с почечным синдромом

3. Марбург

4. Денге

**16. Контагиозными геморрагическими лихорадками являются:**

1. лихорадка жёлтая;

2. лихорадка Ласса;

3. лихорадка Марбург;

4. лихорадка Эбола;

5. геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

**17. К карантинным инфекциям относятся:**

1. чума

2. сыпной тиф

3. сибирская язва

4. желтая лихорадка

5. холера

**18. Основной путь передачи холеры:**

1. водный

2. пищевой

3. контактно-бытовой

4. воздушно-пылевой

**19. Инкубационный период при холере:**

1. 1-6 дней

2. 5-10 дней

3. 10-15 дней

4. 15-20 дней

**20. Укажите источники инфекции при чуме:**

1. зараженный человек

2. грызуны

3. птицы

4. верблюды

**21. Переносчиками возбудителя чумы являются:**

1. комары

2. клещи

3. слепни

4. блохи

**22. Длительность карантина при чуме:**

1. 6 дней

2. 10 дней

3. 12 дней

4. 20 дней

**23. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге холеры включают:**

1. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 12 дней

2. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 6 дней

3. госпитализацию больного в стационар

4. проведение заключительной дезинфекции силами населения

5. проведение заключительной дезинфекции силами специализированных служб

6. обследование контактных лиц

7. экстренную профилактику контактных лиц

**24. Тактика участкового врача-терапевта при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию включает:**

1. немедленную передачу сообщения руководителю подразделения

2. запрос укладки с противочумным костюмом

3. оказание неотложной медицинской помощи больному при наличии показаний

4. экстренную профилактику

5. немедленную передачу сообщения о чрезвычайной ситуации в региональное Министерство здравоохранения

**25. Госпитализация больного карантинной инфекцией проводится:**

1. при тяжелом состоянии больного

2. при наличии в квартирном очаге лиц декретированной группы

3. если больной сам относится к декретированной группе

4. в обязательном порядке,

5. независимо от степени тяжести и принадлежности к декретированной группе

**26. В качестве средств индивидуальной защиты при выявлении больного карантинной инфекцией используется:**

1. только респиратор

2. противочумный костюм

3. комплект: четырехслойная маска и защитные очки

4. комплект: респиратор, медицинская пижама, перчатки, резиновые сапоги

**27. Выберите препарат для экстренной профилактики холеры:**

1. азитромицин

2. левомицетин

3. ципрофлоксацин

4. циклоферон

**28. Для постоянной лихорадки не характерно:**

1. постоянный характер повышения температуры

2. уровень температуры выше 38°

3. суточные колебания температуры менее 1 градуса

4. суточные колебания температуры более 1 градуса

**29. Розеолезная сыпь характерна для:**

1. менингококковой инфекции

2. туляремии

3. рожи

4. брюшного тифа

**30. Генерализованная лимфоаденопатия характерна для:**

1. ВИЧ-инфекции

2. туляремии

3. инфекционного мононуклеоза

4. рожи

**31. Характерная триада симптомов при менингите включает:**

1. упорную головную боль

2. лихорадку

3. нарушения зрения

4. рвоту

**32.Специфический иммунитет формируется после**

1. перенесенного заболевания

2. вакцинации

3. введения иммуномодуляторов

4. введения специфической сыворотки

5. все выше перечисленное

**33. Для гастроэнтеритического варианта кишечных инфекций не характерно:**

1. наличие тошноты и рвоты

2. боли в эпигастрии и околопупочной области

3. обильный водянистый стул без патологических примесей

4. стул в виде «ректального плевка»

**34. При колитическом варианте кишечных инфекций характер стула:**

1. скудный, с примесью слизи и прожилок крови

2. обильный, водянистый

3. в виде «горохового пюре»

4. в виде «рисового отвара»

**35. Эпидемиологический анамнез собирается за период, соответствующий:**

1. минимальному инкубационному периоду

2. максимальному инкубационному периоду

3. с учетом минимальной и максимальной инкубации

4. среднему инкубационному периоду

**36. Для инфекционных и паразитарных болезней характерно:**

1. наличие цикличности

2. отсутствие цикличности

3. отсутствие хронизации

4. всегда острое начало

**37. Укажите метод лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, направленный на выявление генетического материала возбудителя:**

1. ИФА

2. ПЦР

3. РПГА

4. иммунный блоттинг

5. РНИФ

**38. Основные требования к сбору и транспортировке материала для бактериологического исследования:**

1. взятие материала до начала этиотропного лечения

2. взятие материала во время этиотропного лечения

3. техническая правильность сбора

4. обеспечение температурного режима хранения

**39. Укажите методы лабораторной диагностики для выявления антител:**

1. бактериологический

2. бактериоскопический

3. ИФА

4. иммунный блоттинг

5. РСК

6. ПЦР

**40. Диагностически значимое нарастание титров антител при исследовании в парных сыворотках:**

1. в 2 раза

2. в 3 раза

3. в 4 раза и более

4. не менее, чем в 8 раз

**41. Иммунологический (серологический) метод диагностики позволяет выявлять:**

1. антитела

2. антигены

3. ДНК или РНК возбудителя

4. вирусную нагрузку

**42. выявление IgM свидетельствует о:**

1. наличии острой инфекции

2. перенесенной инфекции в прошлом

3. хроническом течении болезни

4. формировании хронического бактерионосительства

**43. В течение инфекционной болезни выделяют периоды:**

1. инкубационный

2. продромальный

3. разгара

4. суперинфекции

5. выздоровления

**44. У пациента с клиникой кишечной инфекции отмечается стул зеленого цвета, в виде «болотной тины», а в эпидемиологическом анамнезе есть указание на употребление в пищу яичницы-глазуньи. Какое заболевание можно заподозрить у больного?**

1. дизентерию

2. сальмонеллез

3. амебиаз

4. холеру

5. ротавирусную инфекцию

**45. В поликлинику к терапевту обратился пациент с жалобами на лихорадку, сохраняющуюся в течение двух недель. В анамнезе: за неделю до начала болезни вернулся из Индии, где находился на отдыхе. Укажите исследования, которые требуется провести пациенту с диагностической целью.**

1. исследование крови на малярийный плазмодий

2. ректороманоскопия

3. посев из носоглотки на BL

4. посев крови на S. typhi

**46. Укажите исследования, необходимые для назначения больному с клиникой кишечной инфекции, протекающей по типу гастроэнтерита:**

1. бактериологическое исследование кала на шигеллы, сальмонеллы

2. бактериологическое исследование крови на сальмонеллы

3. бактериологическое исследование промывных вод на условно-патогенную флору, шигеллы, сальмонеллы

4. бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозную группу

**47. Проба Бюрне для диагностики бруцеллеза считается положительной при:**

1. отеке и гиперемии до 1 см в диаметре

2. отеке и гиперемии до 2 см в диаметре

3. отеке и гиперемии до 3 см и более в диаметре

4. отеке и гиперемии до 0,5 см в диаметре

5. отсутствии гиперемии и отека

**48. Выберите метод ранней диагностики дифтерии:**

1. иммуноферментный анализ

2. реакция Шика

3. реакция нейтрализации в микрокультуре клеток

4. серологическое исследование

5. выделение возбудителя бактериологически

**49. Укажите сочетание симптомов, характерное для холеры:**

1. обильный водянистый стул без запаха, отсутствие болей в животе, тошноты

2. тошнота, рвота

3. водянистый, зловонный стул

4. жидкий, зеленоватый окраски стул, диффузные боли в животе

**50. Укажите сочетание симптомов, характерное для ботулизма:**

1. высокая температура, частый жидкий стул

2. высокая температура, нарушение сознания

3. нарушение зрения, глотания

4. судороги мышц, жидкий стул

**51. Укажите критерий диагностики транзиторного бактериовыделения при сальмонеллезе:**

1. выделение возбудителя до 3-х месяцев после клинического выздоровления

2. выделение возбудителя более 3 месяцев

3. 1-2-х кратное выделение возбудителя с последующим многократным отрицательным результатом

4. длительное бактериовыделение

**52. Укажите клинические симптомы, характерные для локализованной сальмонеллезной инфекции:**

1. тошнота, рвота, жидкий водянистый стул зеленоватого цвета, диффузные боли в животе, высокая температура

2. рвота без тошноты, без болей в животе, нормальная температура

3. схваткообразные боли в животе, скудный стул, высокая температура

4. обильный водянистый стул типа «рисового отвара», без болей в животе, нормальная температура

**53. Укажите механизм развития диареи при холере:**

1. проникновение вибриона в энтероциты

2. слущивание эпителия слизистой оболочки тонкой кишки

3. поражение вегетативной иннервации тонкой кишки

4. воздействие токсических субстанций на ферментные системы энтероцитов

**54. Укажите причину цитолиза печеночных клеток при остром вирусном гепатите В:**

1. непосредственное воздействие вируса на гепатоциты

2. иммунный ответ на вирусные антигены и аутоантигены

3. поражение желчных ходов

4. поражение соединительной ткани печени

**55. Укажите характерную сыпь при острой менингококкемии:**

1. пятнистая

2. нодозная

3. папулезная

4. геморрагическая с некрозом

**56. Укажите симптомы, позволяющие предположить развитие кишечного кровотечения у больного брюшным тифом:**

1. брадикардия, артериальная гипертензия

2. брадикардия, повышение температуры тела

3. брадикардия, стул в виде «ректального плевка»

4. тахикардия, артериальная гипотония, мелена

**57. Выберите из перечисленных симптомы, наиболее характерные для ботулизма:**

1. нарушение зрения, нарушение глотания

2. судороги

3. ригидность мышц затылка

4. гемипарез

**58. Выберите из перечисленных симптомы, характерные для дизентерии:**

1. тенезмы, стул типа «ректального плевка», ложные позывы на дефекацию

2. многократная рвота, стул типа «ректального плевка», обезвоживание

3. боли в эпигастрии, тенезмы, обильный стул с зеленью

4. тенезмы, многократная рвота, обильный стул с зеленью

**59. Выберите симптомы, наиболее характерные для неосложненного брюшного тифа:**

1. частая рвота, гепатоспленомегалия

2. лихорадка, бледность кожи, розеолезная сыпь

3. стул со слизью и кровью

4. тахикардия, лихорадка

**60. Выберите симптомы, характерные для аденовирусной инфекции:**

1. лихорадка, симптом Бельского-Филатова, энантема, экзантема

2. катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, конъюнктивит, симптом Бельского-Филатова

3. лихорадка, катаральные явления, конъюнктивит, увеличение печени

4. катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, геморрагическая сыпь, увеличение печени

**61. Выберите из перечисленных симптомы, характерные для инфекционного мононуклеоза:**

1. ангина, лимфаденит, гепатомегалия, спленомегалия

2. лимфаденит, гепатомегалия, бронхит, орхит

3. лимфаденит, спленомегалия, орхит

4. ангина, спленомегалия, полиарнтрит

**62. Укажите основные органы и системы, поражаемые при гриппе:**

1. нервная система, суставы, кишечник

2. трахея, сердце, почки

3. трахея, нервная система, сосуды

4. трахея, почки

**63. Выберите симптомы, характерные для гриппа:**

1. острое начало, лихорадка 40ºС, сильная головная боль, трахеит

2. лихорадка 40 градусов, конъюнктивит, носовое кровотечение,

3. острое начало, сильная головная боль, обильное отделяемое из носа

4. склерит, сильная головная боль, увеличение лимфатических узлов

**64. Выберите наименее характерный симптом брюшного тифа в разгар заболевания:**

1. водянистая диарея

2. розеолезная сыпь

3. гепатомегалия

4. брадикардия

**65. Больной Е.,** жалобы на двоение в глазах, затруднение глотания, тошноту, слабость. Из анамнеза: больной почувствовал резкую слабость, помутнение, а затем двоение глазах. На следующий день присоединилось затруднение при глотании. Накануне заболевания употреблял в пищу консервированные грибы, салаты, колбасу, купался в местном водоеме. В клинику больной поступил на 4-день болезни. При осмотре: кожа и слизистые оболочки бледные. Температура 37,2ºС. Пульс 70 ударов в минуту. АД 120/85 мм рт.ст. Язык плохо поворачивается, высовывается с трудом. На 2-е сутки госпитализации состояние тяжелое. Жалуется на головную боль, двоение в глазах, затруднение дыхания. Осмотр невролога: анизокория, реакция зрачков на свет выражена, на аккомодацию реакция справа живая, слева – вялая. Имеется расходящееся косоглазие. Рот открывает не полностью. Мягкое небо поднимается плохо, при глотании жидкой пищи больной поперхивается. Говорит в нос. Лежа на спине, не может поднять головы. В клиническом анализе крови и биохимическом анализе крови показатели в норме. Больной получил специфическую терапию.

На 5-ые сутки лечения в стационаре отмечено постепенное улучшение: больной начал глотать, голос стал яснее, но глазные симптомы сохранялись в том же объеме. Восстановление проходило медленно.

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1. Менингококковая инфекция. Менингит.

2. Серозный менингит энтеровирусной этиологии

3. Ботулизм

4. Отравление грибами

**66. 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. Рвота без предшествующей тошноты, фонтаном, без счета. Сухость кожи, слизистых оболочек, 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°С. 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.

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1. Дизентерия

2. Амебиаз

3. Холера

4. Сальмонеллез

**67. Больной А., 35 лет,** ветеринарный фельдшер. Обратился к врачу с жалобами на общее недомогание, слабость, быструю утомляемость, боли в мышцах и суставах. Заболел 2 недели назад. Последние дни отмечает повышение температуры до 38,5-39ºС, ознобы, поты. Объективно: нерезко выраженное увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов. Увеличены печень и селезенка.

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1. Бруцеллез

2. Бешенство

3. Лептоспироз

4. Туляремия

**68. Больной К., 40 лет.** Заболел остро, отмечаются выраженные явления интоксикации, на внутренней поверхности средней трети левого предплечья имеется язва, покрытая черным струпом, на гиперемированном фоне, вокруг – пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, анестезия и отечность тканей вокруг пораженного участка, лимфаденит регионарных лимфоузлов. Живет в селе, накануне разделывал тушу павшей коровы.

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1. Туляремия

2. Кожная форма сибирской язвы

3. Бубонная чума

4. Рожа

**69. Больной У., 42 лет,** оперирован в начале октября 2015г. по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. До и после операции переливалась кровь. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.15 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.15 г. потемнела моча, со 2.12.15 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день госпитализирован. При поступлении: вялый, адинамичный, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2,0 см, умеренно болезненна, селезенка не увеличена. Температура тела нормальная, пульс 64 ударов в мин. В биохимическом анализе: билирубин общий - 300 мкмоль/л, прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ – 1600 МЕ/л, сулемовая проба -1,2 ед.

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1. Острый вирусный гепатит А

2. Острый вирусный гепатит В

3. Острый вирусный гепатит Е

4. Лептоспироз

**70. Укажите биохимические тесты, отражающие цитолиз печеночных клеток при вирусных гепатитах:**

1. уровень холестерина

2. уровень общего белка и белковые фракции крови

3. уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы

4. тимоловая проба

**71. Укажите фермент, который отражает холестаз при острых вирусных гепатитах:**

1. АлАТ

2. АсАТ

3. цАМФ

4. ЩФ

**72. Укажите серологический маркер, характерный для вирусного гепатита А в остром периоде болезни:**

1. HBsAg

2. anti-HbcorIgM

3. anti-HAVIgM

4. anti-HCVIgM

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

1. регидрон

2. цитроглюкосолан

3. 5% раствор глюкозы

4. трисоль

**74. Укажите, какая суточная доза пенициллина применяется для лечения менингококкового менингита средней тяжести, вес больного 80 кг:**

1. 2 млн. ЕД

2. 6 млн. ЕД

3. 8 млн. ЕД

4. 24 млн. ЕД

**75. Укажите типичные изменения уровня билирубина и его фракций при остром вирусном гепатите средней степени тяжести:**

1. повышение уровня связанной фракции

2. повышение связанной и свободной фракций в одинаковой мере

3. повышение свободной фракции

4. повышение связанной фракции при умеренном повышении уровня свободного билирубина

**76. Укажите препарат, используемый для лечения дизентерии колитического варианта, тяжелого течения:**

1. пенициллин

2. фталазол

3. эритромицин

4. ципрфлоксацин

**77. Укажите длительность инкубационного периода при брюшном тифе:**

1. несколько часов

2. одни сутки

3. 2-3 суток

4. 7-21 день

**78. Укажите препарат для лечения больных холерой 1 степени обезвоживания:**

1. трисоль

2. дисоль

3. хлосоль

4. регидрон

**79. Укажите этиотропные препараты для лечения больных гриппом:**

1. ингавирин

2. озельтамивир

3. эритромицин

4. пенициллин

**80. Укажите биохимический тест для ранней диагностики вирусных гепатитов:**

1. белковые фракции крови

2. протромбиновый индекс

3. АлАТ

4. уровень холестерина

**81. Укажите, какие изменения периферической крови характерны для инфекционного мононуклеоза:**

1. нейтрофильный лейкоцитоз

2. лейкопения с относительным лимфоцитозом

3. лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары

4. лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз

**82. Достоверным критерием менингококкового менингита являются следующие изменения в ликворе:**

1. нейтрофильный плеоцитоз

2. снижение сахара

3. лимфоцитарный плеоцитоз

4. обнаружение возбудителя

**83. Укажите, для какого острого респираторного вирусного заболевания характерен трахеит:**

1. грипп

2. парагрипп

3. риновирусная инфекция

4. аденовирусная инфекция

**84. Укажите симптом, нехарактерный для парагриппа:**

1. лимфоаденопатия

2. кашель

3. насморк

4. осиплость голоса

**85. Участковый врач** заподозрил у больной М., 35 лет острую кишечную инфекцию, протекающую по типу гастроэнтерита, средней степени тяжести с обезвоживанием II степени (жажда, снижение диуреза, АД 100/70 мм рт. cт., снижение тургора мягких тканей). М. работает официантом в кафе, живет в благоустроенной квартире с мужем, который работает водителем рейсового автобуса. Врач направил М. на лечение в стационар.

**Укажите показания для госпитализации больной М.:**

1. только клинические

2. только эпидемиологические

3. клинические и эпидемиологические

4. в госпитализации не нуждалась

**86. Укажите инфекции, управляемыми средствами иммунопрофилактики:**

1. корь

2. вирусный гепатит В

3. вирусный гепатит С

4. дифтерия

**87. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге холеры включают:**

1. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 12 дней

2. медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 6 дней

3. госпитализацию больного в стационар

4. проведение заключительной дезинфекции силами населения

5. проведение заключительной дезинфекции силами специализированных служб

6. обследование контактных лиц

7. экстренную профилактику контактных лиц

**88. Тактика участкового врача-терапевта при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию включает**

1. немедленную передачу сообщения руководителю подразделения

2. запрос укладки с противочумным костюмом

3. оказание неотложной медицинской помощи больному при наличии показаний

4. экстренную профилактику

5. немедленную передачу сообщения о чрезвычайной ситуации в региональное Министерство здравоохранения

**89. Укажите заболевания, прививки против которых внесены в национальный календарь профилактических прививок:**

1. эпидемический паротит

2. краснуха

3. грипп

4. туляремия

**90. Укажите этиотропные препараты для лечения больных ОРВИ негриппозной этиологии**

1. ремантадин, ингавирин

2. азитромицин, арбидол

3. антигриппин, арбидол

4. арбидол, ингавирин

**91. Больному с диагнозом «Лихорадка неясной этиологии», фебрильно лихорадящему 2 недели, показано обследование на:**

1. дизентерию, сальмонеллез

2. дифтерию, инфекционный мононуклеоз

3. малярию, брюшной тиф

4. вирусные гепатиты, лептоспироз

**92. Укажите заболевания, при которых больных возможно лечить амбулаторно при отсутствии клинических и эпидемиологических показаний для госпитализации:**

1. ОРВИ

2. грипп

3. острый вирусный гепатит В

4. малярия

5. острая дизентерия

**93. Укажите препарат, показанный для лечения больных острой кишечной инфекцией легкой степени при I степени обезвоживания:**

1. регидрон

2. раствор «Трисоль»

3. реополиглюкин

4. 5% раствор глюкозы

**94. Укажите проявления, характерные для колитического варианта острой дизентерии легкой степени:**

1. умеренные боли в животе, стул со слизью до 10 раз, температура тела субфебрильная

2. тенезмы, стул в виде ректального плевка, температура тела 38 – 39°С, продолжительность 2-5 дней

3. температура тела 39°С, стул более 25 раз, с кровью и слизью

4. симптомы отсутствуют, имеется только выделение возбудителя из кала

**95. Укажите, какой вирусный гепатит чаще сопровождается хронизацией патологического процесса с исходом в цирроз:**

1. вирусный гепатит А

2. вирусный гепатит В

3. вирусный гепатит С

4. вирусный гепатит Е

**96. Укажите, какой лабораторный тест наиболее достоверно подтверждает диагноз ВИЧ-инфекции:**

1. клинический анализ крови

2. ИФА

3. соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров

4. иммуноблотинг

**97. Укажите процент потери массы тела при обезвоживании I степени:**

1. до 3%

2. 4-6%

3. 7-9 9%

4. 10% и более

**98. Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая относится к:**

1. вирусам герпетической группы

2. энтеровирусам

3. арбовирусам

4. парамиксовирусам

**99. Показанием к применению антибактериальных препаратов при парагриппе является:**

1. осложненное течение (пневмония)

2. токсикоз

3. ложный круп

4. менингизм

**100. Основной симптом риновирусной инфекции:**

1. обильные водянистые выделения из носа

2. головная боль

3. высокая лихорадка

4. выраженные воспалительные явления в зеве

**101. Наиболее часто типичную острую дизентерию необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:**

1. холера

2. энтеровирусная инфекция

3. амебиаз

4. неспецифический язвенный колит

**102.**

**103. Укажите препарат для этиотропного лечения рожи, легкой степени в амбулаторных условиях:**

1. азитромицин

2. виферон

3. циклоферон

4. синтомициновая мазь

**104. Укажите препараты для лечения энтеробиоза:**

1. празиквантель

2. мебендозол

3. пирантел

4. фансидар

**105. Показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются:**

1. туберкулез

2. мононуклеозоподобный синдром

3. кандидоз слизистой оболочки полости рта при длительном приеме антибиотиков

4. саркома Капоши у пациента моложе 60 лет

**106. Вакцину против гепатита А контактным лицам в очагах вводят**

1. не позднее 3-х дней после выявления больного

2. не позднее 5-ти дней после выявления больного

4. не позднее 15-ти дней после выявления больного

5. не позднее 3-х недель после выявления больного

**107. Указать последовательность действий при обращении пациента с присасыванием клеща:**

1. снять клеща

2. обработать место присасывания раствором антисептика

3. отнести клеща для исследования в лабораторию центра гигиены и эпидемиологии на инфицированность его вирусом клещевого энцефалита (ВКЭ), боррелиями

4. ввести противоклещевой иммуноглобулин при выявлении инфицированности клеща ВКЭ

5. назначить антибиотики в случае инфицирования клеща боррелиями

**108. Больной А., 35 лет** обратился с жалобами на тошноту, двукратную рвоту, умеренные боли в животе, жидкий стул 3 раза, субфебрилитет. Участковый врач на приеме в поликлинике установил диагноз: Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант легкой степени. Показаний для госпитализации не выявлено.

 **Укажите, какое из действий участкового врача является неправильным:**

1. промывание желудка

2. заполнение карты экстренного извещения

3. забор материала для бактериологического исследования на дизентерийную группу, сальмонеллез, условно-патогенную флору

4. назначение глюкозо-солевых растворов для оральной регидратации

5. назначение ципрофлоксацина

**109.Наличие антител IgG к вирусу гепатита А может свидетельствовать:**

1. о перенесенном ранее заболевании в типичной форме

2. о перенесенном ранее заболевании в субклинической форме

3. о предшествующей вакцинации

4. о высокой восприимчивости к вирусу

5. все выше перечисленное

**110. Участковый врач** установил больному диагноз ОРВИ, средней степени тяжести и принял решение об амбулаторном лечении. У больного имеется ринит, сухой кашель, гиперемия зева, температура тела 38ºС.

**Укажите, какие действия врача являются обоснованными:**

1. назначение сосудосуживающих каплей в носовые ходы

2. назначение озельтамивира

3. назначение арбидола

4. назначение противокашлевых препаратов

**111. Укажите симптом, не являющийся признаком декомпенсированного обезвоживания:**

1. гипотермия

2. генерализованные судороги

3. гипертермия

4. анурия

**112. Укажите процент потери массы тела при алгидной форме холеры:**

1. 3%

2. 6%

3. 9%

4. 10% и более

**113. Укажите симптом, характерный для кишечного кровотечения при брюшном тифе:**

1. боли в животе

2. положительный симптом Щеткина

3. тахикардия, падение АД

4. нарушение сознания

**114. Укажите, какое осложнение может привести к летальному исходу при тропической малярии:**

1. кома

2. дегидратационный шок

3. кровотечение

4. перитонит

**115. Укажите, какие осложнения могут привести к летальному исходу при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:**

1. кровоизлияние в гипофиз

2. острая дыхательная недостаточность

3. острая печеночная недостаточность

4. острая почечная недостаточность

**116. Укажите, с каким возбудителем ассоциируется тяжелое течение малярии с развитием комы:**

1. Pl. vivax

2. Pl. ovale

3. Pl. malaria

4. Pl. falciparum

**117. Укажите наиболее частую причину смерти больных ботулизмом:**

1. асфиксия

2. острая почечная недостаточность

3. отек и набухание мозга

4. инфекционно-токсический шок

**118. Укажите, в какой период болезни чаще возникают специфические осложнения брюшного тифа:**

1. на 2-3 неделе

2. на 1 неделе

3. на 6 неделе

4. после 8 неделе

**119. Выберите симптомы, сочетание которых наиболее характерно для злокачественной формы вирусного гепатита:**

1. кровоизлияния на коже, печеночный запах, инверсия сна

2. инверсия сна, большие размеры печени, резкий кожный зуд

3. кровоизлияния на коже, значительное увеличение селезенки, большие размеры печени, брадикардия

4. печеночный запах, большие размеры печени, кровоизлияния на коже

**120. Укажите, сочетание каких биохимических тестов характерно для острой печеночной энцефалопатии при остром вирусном гепатите:**

1. увеличение непрямого билирубина; снижение сулемовой пробы; снижение протромбина

2. снижение сулемовой пробы; увеличение холестерина

3. снижение протромбина, увеличение тимоловой пробы, увеличение прямого билирубина

4. увеличение непрямого билирубина; увеличение щелочной фосфатазы

**121. Укажите сочетание симптомов, характерных для гриппа, тяжелой степени:**

1. сильная головная боль, менингизм, носовое кровотечение, температура тела выше 40ºС

2. интенсивная головная боль, слабость, сухой кашель, температура тела выше 38-39,5ºС

3. фебрильная лихорадка более 2-х недель, сильная головная боль, односторонние влажные хрипы в легких

4. умеренные катаральные явления, лихорадка 39ºС, пиурия

**122. Укажите, сочетание каких симптомов характерно для инфекционно-токсического шока:**

1. гипотермия, снижение артериального давления, тахикардия, снижение диуреза

2. гипотермия, повышение артериального давления, снижение диуреза

3. гипертермия, генерализованные судороги, анурия

4. гипертермия, рвота, положительные менингеальные симптомы

**123. Укажите, сочетание каких симптомов характерно для холерного алгида:**

1. артериальное давление 80/60 мм рт. ст., олигурия, судороги в конечностях, снижение диуреза

2. «рука прачки», анурия, генерализованные судороги, артериальное давление30/0 мм рт.ст

3. артериальное давление 90/60 мм рт. ст., олигурия, судороги в конечностях, гипертермия

4. артериальное давление 90/60 мм рт. ст., полиурия, гипертермия

**124. Наиболее важным клиническим признаком прободения кишки при брюшном тифе является:**

1. локальное напряжение мышц живота в правой половине

2. повышение температуры тела

3. появление жидкого стула

4. рвота

**125. Дифференцировать отравление ядовитыми грибами от пищевой токсикоинфекции позволяют:**

1. раннее увеличение и болезненность печени, желтуха

2. водно-электролитные нарушения

3. тошнота, рвота, частый жидкий стул

4. боли в животе

**126. Для инфекционно-токсического шока при гриппе характерно все перечисленное, кроме:**

1. анурии

2. тошноты, рвоты, диареи

3. снижение артериального давления

4. одышки

**127.**

**128. Укажите, в течение какого периода болезни необходимо провести первый этап регидратации у больного холерой:**

1. в течение 1 часа

2. в течение 1,5-2-х часов

3. в течение 3 часов

4. в течение первых суток

**129. Больной Е. 32 года**, бизнесмен, госпитализирован на 2 день болезни. Заболевание началось внезапно. На фоне нормального самочувствия появился озноб, заболела голова, повысилась температура тела до 40,2ºС. 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 тяжелое, сознание затемнено. Дезориентирован, но отзывается на свое имя, жалуется на сильную головную боль. Температура тела 39,2 °С. Лицо очень бледное. На коже живота, ягодиц и нижних конечностей мелкая звездчатая сыпь сине-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 (++++).

**Укажите наиболее вероятный диагноз:**

1.Менингококковая инфекция. Менингококкемия. Менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга.

2. Корь, тяжелая степень

3. Менингококковая инфекция. Менингококкемия. Осложнение: инфекционно-токсический шок.

4. Менингококковая инфекция. Менингит. Осложнение: отек-набухание головного мозга.

**130. 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 лѐгких без патологии. Тоны сердца приглушены, АД – 90/60 мм рт. ст., Пульс – 78 уд/мин. Язык обложен густым серым налетом у корня, на боковых поверхностях отпечатки зубов. Живот вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Пальпируются печень и селезенка.

**Укажите патогенетически обусловленные и опасные осложнения при данном заболевании:**

1. кишечное кровотечение, прободение кишки

2. острая почечная недостаточность

3. ДВС-синдром

4. анафилактический шок

**131. Укажите препарат для регидратационной терапии при обезвоживании IV степени у больного холерой:**

1. регидрон

2. раствор «Трисоль»

3. раствор глюкозы 5%

4. реополиглюкин

**132. В целях профилактики холеры не используется**

1. назначение антибактериальных препаратов

2. вакцинация

3. назначение иммуномодуляторов

4. проведение санитарно-гигиенических мероприятий

**133. Механизм передачи желтой лихорадки:**

1. фекально-оральный

2. аэрозольный

3. трансмиссивный

4. контактный

**134. В сыворотке крови контактного лица при лабораторном обследовании выявлены anti-HAV IgM при отсутствии anti-HAV IgG. Это свидетельствует о:**

1. заболевании острым гепатитом А

2. перенесенном гепатите А в прошлом

3. высокой восприимчивости и необходимости вакцинации

формировании хронического процесса

**135. В травматологическую больницу обратился пациент, укушенный бродячей кошкой в кисть. Укажите необходимую тактику ведения пациента:**

1. требуется ввести только антирабический иммуноглобулин

2. ввести только антирабическую вакцину

3. требуется введение и иммуноглобулина, и вакцины

4. установить наблюдение за кошкой, если она заболеет, начать введение иммуноглобулина

**136. Иммунитет после перенесенного гепатита А:**

1. стойкий, пожизненный

2. в течение 3-х лет после перенесенного заболевания

3. в течение 5-х лет после перенесенного заболевания

4. нестойкий

**137.Вакцинацию против гриппа проводят:**

1. в плановом порядке в соответствии с национальным календарем профилактических прививок

2. контактным лицам в эпидемическом очаге

3. во время эпидемии

4. только лицам из декретированной группы (работающим на предприятиях общественного питания)

**138. Подозрение на чуму вызывают:**

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

2. острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3. геморрагические проявления

4. регионарный лимфаденит с периаденитом

5. пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 30 дней до начала заболевания

**139. Госпитализация больного карантинной инфекцией проводится:**

1. при тяжелом состоянии больного

2. при наличии в квартирном очаге лиц декретированной группы

3. если больной сам относится к декретированной группе

4. в обязательном порядке независимо от степени тяжести и принадлежности к декретированной группе

**140. Укажите заболевания, при которых вакцинация проводится по только эпидемиологическим показаниям:**

1. туберкулез

2. менингококковая инфекция

3. вирусный гепатит А

4. вирусный гепатит В

141. **Естественный пассивный иммунитет вырабатывается при**

1. введении сывороток

2. введении вакцин

3. трансплантационной передаче от матери ребенку

4. бактерионосительстве

**142. Для вакцинации против дифтерии используют:**

1. анатоксин

2. живую вакцину

3. инактивированную вакцину

4. противодифтерийную сыворотку

**143. Дальнейшая вакцинация против соответствующих заболеваний не показана лицам, перенесшим**

1. корь

2. вирусный гепатит А

3. дифтерию

4. грипп

144. **При проведении первичных противоэпидемических мероприятий в квартирном очаге дифтерии участковый врач установил, что в контакте с больным были его жена, 38 лет, привитая от дифтерии в соответствии с национальным календарем профилактических прививок в регламентированные сроки, сын 17 лет, привитый последний раз в возрасте 7 лет, бабушка 80 лет, данных о ее прививках нет.**

**Укажите, кто из контактных лиц подлежит вакцинации по эпидпоказаниям:**

1. жена, сын, бабушка
2. бабушка, сын
3. жена, сын
4. жена, бабушка

**145. Укажите исследования, необходимые для назначения больному с клиникой кишечной инфекции, протекающей по типу гастроэнтерита:**

1. бактериологическое исследование кала на шигеллы, сальмонеллы

бактериологическое исследование крови на сальмонеллы

2. бактериологическое исследование промывных вод на условно-патогенную флору, шигеллы, сальмонеллы

3. бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозную группу

146.**Окончательный диагноз холеры ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований:**

1. бактериоскопических

2. бактериологических

3. серологических

4. иммунологических

5. биохимических

**147. Укажите, какое осложнение при тропической малярии может привести к летальному исходу:**

1. кома

2. дегидратационный шок

3. кровотечение

4. перитонит

**148. Источником инфекции при холере может быть:**

1. человек, больной или бактерионоситель

2. только больной человек

3. крупный рогатый скот

4. грызун (рыжие полевки, крысы)

**149. Укажите инфекции, которые не входят в перечень заболеваний, требующих мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации**

1. лихорадка Эбола

2. чума

3. полиомиелит

4. туляремия

**150. Укажите, какой препарат действует на эритроцитарную шизогонию:**

1. хлорохин (делагил)

2. примахин

3. метрогил

4. аминогликозиды

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

специальность: 32.05.01 медико-профилактическое дело

дисциплина: инфекционные болезни, паразитология

форма промежуточной аттестации: экзамен

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**1. Вариант набора тестовых заданий № 1**

**2. Общие принципы профилактики инфекционных заболеваний**

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

**4. Клиника бешенства**

**5.Задача**

**6. Оценка анализа ликвора**

Заведующий кафедрой эпидемиологии и

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

Декан медико-профилактического факультета

д.б.н., доцент Е.А. Михайлова

25 апреля 2019 г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №1. | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| ОПК-4: Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медициныИнд.ОПК4.1: Обоснование выбора специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, дезинфекционных средств, лекарственных препаратов, иных веществ и их комбинаций исходя из поставленной профессиональной задач | Знать современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования инфекционных больных и их диагностические возможности; принципы лечения больных, основные препараты для этиотропной, патогенетической терапии | Тестовые задания № 5, 35, 37, 42, 50, 71-76, 78-80, 85, 90, 92, 93,96, 97, 99, 103,150 |
| Уметь составить план дополнительных методов исследования и план лечения инфекционного больного; проявить комплексный подход к назначению лабораторных исследований и лечения больных с инфекционными заболеваниями | Тестовые задания №2, 43, 45, 46, 48, 70, 91, 105, 107, 110, 135Практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 38 |
| Владеть методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса измерение артериального давления) инфекционного больного | Тестовые задания №1, 6, 28, 29, 30, 31, 36, 44, 46,48, 70Практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 38 |
| 2. | ОПК-5: Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задачИнд.ОПК5.2: Интерпретация результатов исследований биосубстратов, обследований различных контингентов для решения профессиональной задачи | Знать патогенез, механизмы развития основных синдромов инфекционного заболевания для выбора оптимального материала и метода исследования, критерии диагноза различных заболеваний; диагностическую информативность лабораторных симптомов и синдромов | Тестовые задания №3, 7, 38, 39,52, 53, 54-64, 77, 83, 84, 94, 95, 98,100, 101, 111, 112, 115, 117-128 |
| Уметь сформулировать и обосновать предварительный диагноз и наметить план обследования больного; оценить результаты обследований пациента | Тестовые задания №4, 33, 34, 40, 41,47, 51, 65, 67, 69, 81-82, 109, 129-130, 134Практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 38 |
| Владеть техникой сбора биологического материала для лабораторных исследований;интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом постановки предварительного диагноза | Тестовые задания №38, 65, 67, 69, 108, 129-130Практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 38 |
| 3. | ОПК-6: Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового пораженияИнд.ОПК6.3: Осуществление противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях | Знать перечень заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям.Тактику медицинских работников при выявлении больных карантинными инфекциями, принципы проведения противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций | Тестовые задания №12, 14, 16, 17, 24, 27,49, 87, 88 |
| Уметь проводить первичные противоэпидемичесие мероприятия в очагах особо опасных инфекций | Тестовые задания №13,19, 22,23, 24Практические задания (ситуационные задачи) № 2, 6, 15, 23, 33 |
| Владеть навыками использования средств индивидуальной защиты, противочумного костюма при работе с карантинными инфекциями | Тестовые задания №23,24, 26Практические задания (ситуационные задачи) № 2, 6, 15, 23, 33 |
| 4. | ПК-5: Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населенияИнд.ПК5.4: Определение иммунной прослойки населения в отношении инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики | Знать механизмы формирования иммунитета после перенесенного заболевания;лабораторные иммунологические методы исследования для определения иммунной прослойки населения, виды специфической профилактики; национальный календарь профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям; препараты, используемые для специфической профилактики, и их действие | Тестовые задания №32, 86, 89,136, 140-143 |
| Уметь cоставлять и обосновывать план иммунологического обследования; интерпретировать результаты иммунологических методов исследований; выявлять показания для проведения специфической профилактики; выбирать оптимальные препараты для решения поставленной задачи | Тестовые задания № 106, 134, 137, 144, 145Практические задания (ситуационные задачи) № 7, 8,10, 22, 29, 35 |
| Владеть интерпретацией результатов иммунологических методов диагностики; алгоритмом проведения специфической профилактики | Тестовые задания №11, 134, 144, 145Практические задания (ситуационные задачи) № 7, 8,10, 22, 29, 35 |
| 5. | ПК-6: Способен и готов к участию в обеспечении санитарной охраны территории Российской Федерации, направленной на предупреждение заноса и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также в предотвращении ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человекаИнд.ПК6.2: Оценка ситуации, связанной с опасностью заноса на территорию Российской Федерации и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также с предотвращением ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека | Знать этиологию, источники, пути, механизмы, факторы передачи инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения; принципы лечения больных, принципы работы с контактными лицами, основные препараты противомикробной терапии; возможности специфической и неспецифической профилактики основных инфекций, представляющих опасность для населения; организацию боксированных палат | Тестовые задания №8, 9, 15, 18,20, 21,114,116, 132, 133, 146,147,148 |
| Уметь провести опрос больного с выявлением жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза; провести физикальное обследование больного;обосновать показания для госпитализации, изоляции больных с инфекционными болезнями, представляющими опасность для населения. | Тестовые задания №11, 25,66, 68, 131Практические задания (ситуационные задачи) № 2, 6, 15, 23, 33 |
| Владеть методами общеклинического обследования инфекционного больного; навыками использования средств индивидуальной защиты | Тестовые задания №10, 25, 66, 68Практические задания (ситуационные задачи) № 2, 6, 15, 23, 33 |

**Раздел 3 ФОС - Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине “Инфекционные болезни, паразитология” на медико-профилактическом факультете**

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

1. Тестирование (1 вариант);
2. Собеседование по билетам в устной форме (3 вопроса билета);
3. Решение ситуационной задачи (1 задание).
4. Оценка данных физикального, лабораторного, инструментального обследований (1 задание)

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

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

Таблица 3.1а - Критерии оценки ответа обучающихся по 6-ти бальной системе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Баллы** | **Критерии** | **Примечания** |
| 5 | Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, аргументировано, последовательно и не требуют дополнительных пояснений, отличаются глубиной и полнотой раскрытия темы. Ответы показывают владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий. Делаются обоснованные выводы и обобщения.Соблюдаются нормы литературной речи, логичность и последовательность ответа. | При тестировании - количество правильных ответов 91 и более процентов |
| 4 | Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно, демонстрируют хорошие базовые знания основных вопросов изучаемого материла, глубину раскрытия темы, но в недостаточном объеме. Показывают умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Материал излагается уверенно. Допускается одна - две неточности в ответе. Соблюдаются нормы литературной речи.  | При тестировании -  количество правильных ответов от 81 до 90 процентов |
| 3 | Допускаются нарушения в последовательности изложения. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи.Ответы свидетельствуют в основном о знании изучаемого материала, отличающемся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.  | При тестировании -  количество правильных ответов от 71 до 80 процентов |
| 2 | Материал излагается непоследовательно, сбивчиво. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями, не сформированы навыки анализа явлений, процессов. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. | При тестировании -  количество правильных ответов от 51 до 70 процентов |
| 1 | Материал излагается скудно, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Обучающийся не может объяснить написанного ранее (при подготовке к ответу). Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. | При тестировании - количество правильных ответов менее 50 процентов |
| 0 | Ответ отсутствует либо фиксируется отказ обучающегося от ответа. | При тестировании - количество правильных ответов менее 35 процентов  |

Таблица 3.1б - Критерии оценки ситуационных задач обучающихся по 6-ти бальной системе

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | **Ситуационная задача** |
| 5 | Задача решена правильно, объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями. Выводы обоснованы.  Отсутствуют ошибки в терминологии. Ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| 4 | Задача решена правильно, объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях. Ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. Отсутствуют ошибки в терминологии.    |
| 3 | Задача решена верно, однако объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях. Ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. Имеются несущественные ошибки в терминологии. |
| 2 | Задача решена неверно, объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений или с большим количеством ошибок. Ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. Имеются существенные ошибки в терминологии |
| 1 | Задача решена неверно. Объяснение хода ее решения с грубыми ошибками или отсутствуетВыводы логически не обоснованы. Студент не ориентируется в терминологии. |
| 0 | Задача не решена  |

Таблица 3.1в - Критерии оценки интерпретации данных физикального, лабораторного и инструментального обследований обучающимися

(по 6-ти бальной системе)

|  |  |
| --- | --- |
| **Баллы** | Оценка данных физикальных и лабораторных, инструментальных обследований обучающимися |
| 5 | Дан полный, развернутый ответ: студент назвал патологию, указал возможные заболевания/состояния, их этиологию, провел дифференциальную диагностику |
| 4 | Дан полный, развернутый ответ, но нарушены логические связи в суждениях и/или были в проведении дифференциальной диагностики |
| 3 | Ответ правильный, но неполный. Допущены ошибки при определении возможных заболеваний/состояний; дана неполная характеристика предложенной патологии |
| 2 | Ответ частично правильный, но не дана характеристика заболеваний/состояний, не проведена дифференциальная диагностика. |
| 1 | Ответ неверный, отсутствует логика в рассуждениях |
| 0 | Отказ от ответа |

Таблица 3.2 - Формирование итоговой оценки промежуточной аттестации знаний обучающихся

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этап** | **Содержание** | **Количество баллов** |
| 1 | Тестирование | 0 - 5 |
| 2 | Вопрос билета 1 | 0 - 5 |
| 3 | Вопрос билета 2 | 0 - 5 |
| 4 | Вопрос билета 3 | 0 - 5 |
| 5 | Ситуационная задача  | 0 - 5 |
| 6 | Данные физикальных и лабораторно-инструментальных обследований | 0 - 5 |
| ИТОГ | Итоговая оценка за промежуточную аттестацию | 0 - 30 |

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

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

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

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

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

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020.

**Раздел 4 ФОС - Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины «Инфекционные болезни, паразитология» на медико-профилактическом факультете**

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

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

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

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

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

**4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По окончании каждого модуля дисциплины по решению преподавателя по изучаемой дисциплине проводится рубежный контроль (РК) в форме тестирования или решения ситуационных задач, за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. В ином случае за РК обучающийся получает оценку равную среднему баллу за все занятия модуля.

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

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

 **4.2 Правила формирования бонусных баллов**

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

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

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

**5. Типовые тестовые задания для проверки сформированности компетенций**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Дескриптор** | **Тестовые задания** |
| ОПК-4: Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медициныИнд.ОПК4.1: Обоснование выбора специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, дезинфекционных средств, лекарственных препаратов, иных веществ и их комбинаций исходя из поставленной профессиональной задач | Инд.ОПК4.1 **Знать**современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования инфекционных больных и их диагностические возможности; принципы лечения больных, основные препараты для этиотропной, патогенетической терапии | 1.Укажите метод лабораторной диагностики инфекционных заболеваний, направленный на выявление генетического материала возбудителя:ИФАПЦРРПГАиммунный блоттингРНИФ2. Основные требования к сбору и транспортировке материала для бактериологического исследования:+взятие материала до начала этиотропного лечениявзятие материала во время этиотропного лечениятехническая правильность сбораобеспечение температурного режима хранения3. Бактериологический метод исследования прежде всего применяется для диагностики:сальмонеллезаГЛПСболезни Лаймамаляриичумы4.Укажите методы лабораторной диагностики для выявления антител:бактериологическийбактериоскопическийИФАиммунный блоттингРСКПЦР5. Иммунологический (серологический) метод диагностики позволяет выявлять:антителаантигеныДНК или РНК возбудителявирусную нагрузку6. Укажите препараты, используемый для лечения больного с обезвоживаниемрегидрон0,9% физ.раствор5% раствор глюкозытрисоль7. Препаратом выбора среди антибиотиков для лечения острого иксодового клещевого боррелиоза является:аугментинцефтриаксондоксициклинсумамедмеронем8. Укажите препарат, используемый для лечения дизентерии колитического варианта, тяжелого течения:пенициллинфталазол эритромицинципрфлоксацин9. Укажите препарат для лечения больных 1 степени обезвоживания:трисольдисольхлосольрегидрон10. Диагностическим титром антител при основных инфекционных заболеваний считается:1:1001:2001:4001:8001:160011. Укажите этиотропные препараты для лечения больных гриппом:ингавиринозельтамивирэритромицинпенициллин12. При каких условиях при лечении брюшного тифа отменяются антибиотики?на 6-ой день нормальной температуры телана 11-ый день нормальной температуры телана 16 день нормальной температуры телапри купировании диспепсического синдромапри признаках перфорации брюшнотифозной язвы13. Ведущим методом терапии ботулизма является:антибактериальнаядезинтоксикационнаяспецифическаядесенсибилизирующаясимптоматическая14. Основным терапевтическим направлением локализованной формы сальмонеллезаявляется:патогенетическая терапиятиотропная терапиягормональная терапиясимптоматическая терапиявитаминотерапия15. Биологический метод исследования используется в диагностике заболевания:ботулизмбруцеллезбрюшной тифшигеллезиерсиниоз |
| Инд.ОПК4.1 **Уметь**составить план дополнительных методов исследования и план лечения инфекционного больного; проявить комплексный подход к назначению лабораторных исследований и лечения больных с инфекционными заболеваниями**Владеть** методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр пальпация, перкуссия,аускультация, определение свойств артериального пульса измерение артериального давления) инфекционного больного | 16. В поликлинику к терапевту обратился пациент с жалобами на лихорадку, сохраняющуюся в течение двух недель. В анамнезе: за неделю до начала болезни вернулся из Индии, где находился на отдыхе. Укажите исследования, которые требуется провести пациенту с диагностической целью.исследование крови на малярийный плазмодийректороманоскопияпосев из носоглотки на BLпосев крови на S. typhi17. Укажите этиотропные препараты для лечения больных ОРВИ негриппозной этиологииремантадин, ингавириназитромицин, арбидолантигриппин, арбидоларбидол, ингавирин18. Больному с диагнозом «Лихорадка неясной этиологии», фебрильно лихорадящему 2 недели, показано обследование на:дизентерию, сальмонеллездифтерию, инфекционный мононуклеозмалярию, брюшной тифвирусные гепатиты, лептоспироз19. Укажите исследования, необходимые для назначения больному с клиникой кишечной инфекции, протекающей по типу гастроэнтерита:бактериологическое исследование кала на шигеллы, сальмонеллыбактериологическое исследование крови на сальмонеллыбактериологическое исследование промывных вод на условно-патогенную флору, шигеллы, сальмонеллыбактериологическое исследование кала на тифо-паратифозную группу 20. Выберите метод ранней диагностики дифтерии:иммуноферментный анализреакция Шикареакция нейтрализации в микрокультуре клетоксерологическое исследование+выделение возбудителя |
| ОПК-5: Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задачИнд.ОПК5.2: Интерпретация результатов исследований биосубстратов, обследований различных контингентов для решения профессиональной задачи | Инд.ОПК5.2 **Знать**Патогенез, механизмы развития основных синдромов инфекционного заболевания для выбора оптимального материала и метода исследования, критерии диагноза различных заболеваний; диагностическую информативность лабораторных симптомов и синдромов | 1. Диагностически значимое нарастание титров антител при исследовании в парных сыворотках:в 2 раза в 3 разав 4 раза и болеене менее, чем в 8 раз2. В течении инфекционной болезни выделяют периоды:инкубационныйпродромальныйразгарасуперинфекциивыздоровления3. При колитическом варианте кишечных инфекций характер стула:скудный, с примесью слизи и прожилок кровиобильный, водянистыйв виде «горохового пюре»в виде «рисового отвара»4. Для инфекционных и паразитарных болезней характерно:наличие цикличностиотсутствие цикличностиотсутствие хронизациивсегда острое начало5. Выявление IgM свидетельствует о:наличии острой инфекцииперенесенной инфекции в прошломхроническом течении болезниформировании хронического бактерионосительства6. Укажите серологические маркеры, характерные для вирусного гепатита А в остром периоде болезни:HBsAganti-Hbcor IgManti-HAV IgManti-HCVIgM7. Материалом для раннего и достоверного бактериологического подтверждения брюшного тифа является:кровьмочаиспражнениямокрота8. Укажите биохимический тест для ранней диагностики вирусных гепатитовбелковые фракции кровипротромбиновый индексАлАТуровень холестерина9. Укажите метод подтверждения ботулизма:серологическийбиологическийбактериологическийвирусологическийаллергологический10. Укажите типичные изменения уровня билирубина и его фракций при остром вирусном гепатите средней степени тяжести:повышение уровня связанной фракцииповышение связанной и свободной фракций в одинаковой мереповышение свободной фракцииповышение связанной фракции при умеренном повышении уровня свободного билирубина11. Проба Бюрне для диагностики бруцеллеза считается положительной при: отеке и гиперемии до 1 см в диаметреотеке и гиперемии до 2 см в диаметреотеке и гиперемии до 3 см и более в диаметреотеке и гиперемии до 0,5 см в диаметреотсутствии гиперемии и отека12. Основным методом специфической лабораторной диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом является:кожно-аллергическая пробаобнаружение антител в крови методом РНИФобнаружение возбудителя в крови методом ИФАбиологическая пробабактериологическое исследование мочи13. Наиболее информативным методом диагностики иксодовых клещевых боррелиозов является:реакция Райтаисследование «толстой капли» кровиРНИФ, ИФАПЦР14. К наиболее информативному методу лабораторной диагностики сальмонеллеза относится:ИФАРНГАбактериологическийбиологическийвирусологический15. Укажите, какие изменения периферической крови характерны для инфекционного мононуклеоза:нейтрофильный лейкоцитоз:лейкопения с относительным лимфоцитозомлейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеарылейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз |
| Инд.ОПК5.2 **Уметь**сформулировать и обосноватьпредварительный диагноз и наметить план обследования больного; оценить результатыобследований пациента**Владеть** техникой сбора биологического материала для лабораторных исследований;интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; алгоритмом постановки предварительного диагноза | 16. Больной К., 39 лет, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль постоянного характера, высокую температуру тела, анорексию; кашель нечастый и непродуктивный, увеличена печень и селезенка. Болен в течение 6 дней. Предварительный диагноз «Брюшной тиф». Какой из методов исследования подтвердит острое течение данного заболевания?реакция Видаляреакция пассивной гемагглютинации с Н-антигеномреакция пассивной гемагглютинации с О-антигеномреакция пассивной гемагглютинации с Vi-антигеном17. Укажите критерий диагностики транзиторного бактериовыделения при сальмонеллезе:выделение возбудителя до 3-х месяцев после клинического выздоровлениявыделение возбудителя более 3 месяцев1-2-х кратное выделение возбудителя с последующим многократным отрицательным результатомдлительное бактериовыделение18. Достоверным критерием менингококкового менингита являются следующие изменения в ликворе: нейтрофильный плеоцитозснижение сахаралимфоцитарный плеоцитозобнаружение возбудителя19. Больной М., 52 лет, во время поездки к родственникам съел в буфете пирожное с кремом. Через час появилось недомогание, резкая слабость, тошнота, рвота съеденной пищей. Затем присоединился жидкий стул обильный, водянистый. Тенезмов и ложных позывов не отмечал. Температура тела - 38,6 гр. С. Скорой помощью доставлен в больницу. Какой материал для бактериологического исследования необходимо взять у больного для установления диагноза?кровьжелчьмочакалрвотные массы, промывные воды20. Больной 20 лет, обратился к врачу на 5-й день болезни. Беспокоит желтуха кожи и склер, слабость. Из анамнеза: повышенная температура с 1-го дня болезни, слабость, утомляемость, тяжесть в эпигастрии, тошнота, резкое снижение аппетита. На этом фоне на 4-й потемнела моча, самочувствие улучшилось. Объективно: умеренная желтушность склер и слизистых оболочек полости рта. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Пульс 64 в 1 мин., АД – 100/60. Живет в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. При исследовании выявили в биохимическом анализе крови общий билирубин 74 мкмоль/л, АлАТ 1400Е/л; методом ИФА: IgMHAV полож., HBsAg отриц., IgMGHCV отриц. Укажите диагноз больного:инфекционный мононуклеозаденовирусная инфекциявирусный гепатит Авирусный гепатит Ввирусный гепатит Стоксический гепатит |
| ОПК-6: Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового пораженияИнд.ОПК6.3: Осуществление противоэпидемическихмероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях | Инд.ОПК6.3 **Знать**перечень заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям.Тактику медицинских работников при выявлении больных карантинными инфекциями, принципы проведения противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций | 1. Укажите заболевания, которые относятся к особо опасным инфекциям:холерадизентериячумажелтая лихорадкалихорадка Эболавирусный гепатит В2. Укажите, какое звено патогенеза определяет тяжесть течения холеры: интоксикацияизотоническая дегидратацияинвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечникагенерализация инфекционного процесса3. В каком биологическом субстрате от больного можно обнаружить возбудителя холеры:кровьмочакалслюна4. Окончательный диагноз холеры ставят на основании положительных результатов лабораторных исследований:бактериоскопическихбактериологическихсерологическихиммунологическихбиохимических5. Укажите, какой возбудитель вызывает чуму:YersiniapestisYersiniapseudotuberculosisYersiniaenterocoliticaвсе неверно6. Подозрение на чуму вызывают все проявления за исключением:пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 5 дней до начала заболевания острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза геморрагические проявлениярегионарный лимфаденит с периаденитомпребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 30 дней до начала заболевания 7. Какую геморрагическую лихорадку называют «болезнью зеленых мартышек»?ЭболаЛассаМарбургКрым-КонгоОмскую8. Для какой лихорадки характерен воздушно - капельный механизм передачи инфекции?Крым-Конгогеморрагической лихорадки с почечным синдромомМарбургДенге9. Контагиозными геморрагическими лихо­радками являются:лихорадка жёлтая;лихорадка Ласса;лихорадка Марбург;лихорадка Эбола;геморрагическая лихорадка с почечным синдромом10. К карантинным инфекциям относятся:чумасыпной тифсибирская язважелтая лихорадкахолера11. Основной путь передачи холеры:водный пищевойконтактно-бытовойвоздушно-пылевой12. Инкубационный период при холере:1-5 дней5-10 дней10-15 дней15-20 дней13. Укажите источники инфекции при чуме:зараженный человекгрызуныптицыверблюды14. Переносчиками возбудителя чумы являются:комарыклещислепниблохи15. Длительность карантина при чуме:6 дней10 дней12 дней20 дней |
| Инд.ОПК6.3 **Уметь**проводить первичные противоэпидемичесие мероприятияв очагах особо опасных инфекций**Владеть** навыками использования средств индивидуальной защиты, противочумного костюма при работе с карантинными инфекциями | 16. Первичные противоэпидемические мероприятия в очаге холеры включают все, кроме: медицинское наблюдение за контактными лицами в течение 12 днеймедицинское наблюдение за контактными лицами в течение 6 днейгоспитализацию больного в стационарпроведение заключительной дезинфекции силами населенияпроведение заключительной дезинфекции силами специализированных службобследование контактных лицэкстренную профилактику контактных лиц17. Госпитализация больного карантинной инфекцией проводится:при тяжелом состоянии больногопри наличии в квартирном очаге лиц декретированной группыесли больной сам относится к декретированной группев обязательном порядке независимо от степени тяжести и принадлежности к декретированной группе18. В качестве средств индивидуальной защиты при выявлении больного карантинной инфекцией используетсятолько респираторпротивочумный костюмкомплект: четырехслойная маска и защитные очкикомплект: респиратор, медицинская пижама, перчатки, резиновые сапоги19. Тактика участкового врача-терапевта при выявлении больного с подозрением на карантинную инфекцию включаетнемедленную передачу сообщения руководителю подразделениязапрос укладки с противочумным костюмомоказание неотложной медицинской помощи больному при наличии показанийэкстренную профилактику немедленную передачу сообщения о чрезвычайной ситуации в региональное Министерство здравоохранения20. Выберите препарат для экстренной профилактики холерыазитромицинлевомицетинципрофлоксацинциклоферон |
| ПК-5: Способен и готов к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), к расследованию случаев профессиональных заболеваний, к осуществлению противоэпидемической защиты населенияИнд.ПК5.4: Определение иммунной прослойки населения в отношении инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики | Инд.ПК5.4 **Знать**механизмы формирования иммунитета после перенесенного заболевания;лабораторные иммунологические методы исследования для определения иммунной прослойки населения, виды специфической профилактики; национальный календарь профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям; препараты, используемые для специфической профилактики, и их действие | 1.Укажите инфекции, управляемыми средствами иммунопрофилактики:корьвирусный гепатит Ввирусный гепатит Сдифтерия2. Укажите заболевания, прививки против которых внесены в национальный календарь профилактических прививок:эпидемический паротиткраснухавирусный гепатит С туляремия3. Укажите заболевания, при которых вакцинация проводится по только эпидемиологическим показаниям:туберкулезменингококковая инфекциявирусный гепатит Авирусный гепатит В4. Иммунитет после перенесенного гепатита А:стойкий, пожизненныйв течение 3-х лет после перенесенного заболеванияв течение 5-х лет после перенесенного заболеваниянестойкий5. ВИЧ-инфекция является противопоказанием для введения:инактивированных вакцинживых вакцинанатоксинаантитоксических сывороток6. Специфический иммунитет формируется после перенесенного заболеваниявакцинациивведения иммуномодулятороввведения специфической сыворотки7. Естественный пассивный иммунитет вырабатывается привведении сыворотоквведении вакцинтрансплантационной передаче от матери ребенкубактерионосительстве8. Вакцинацию против гриппа проводят:в плановом порядке в соответствии с национальным календарем профилактических прививокконтактным лицам в эпидемическом очагево время эпидемиитолько лицам из декретированной группы (работающим на предприятиях общественного питания)9. Наличие антител IgG к вирусу гепатита А может свидетельствовать: о перенесенном ранее заболевании в типичной формео перенесенном ранее заболевании в субклинической формео предшествующей вакцинациио высокой восприимчивости к вирусу10. Живой вакциной является антирабическая вакцинакоревая вакцинадифтерийно-столбнячный анатоксинкоклюшная вакцина11. Укажите способ получения рекомбинантных вакцининактивация микробной массыгенно-инженерные технологииинактивация эндо- и экзотоксинаиммунохимические технологии12. Для вакцинации против дифтерии используют:анатоксинживую вакцинуинактивированную вакцинупротиводифтерийную сыворотку13. Вакцину против гепатита А контактным лицам в очагах вводят не позднее 3-х дней после выявления больногоне позднее 5-ти дней после выявления больногоне позднее 15-ти дней после выявления больногоне позднее 3-х недель после выявления больного14. Дальнейшая вакцинация против соответствующих заболеваний не показана лицам, перенесшимкорьвирусный гепатит Адифтериюгрипп15. К временным противопоказанием к вакцинации относятся:острые инфекционные заболеванияхронические соматические заболевания в стадии компенсациихронические соматические заболевания в стадии декомпенсации+детский возраст |
| Инд.ПК5.4 **Уметь** cоставлять и обосновывать план иммунологического обследования; интерпретировать результаты иммунологических методов исследований; выявлять показания для проведения специфической профилактики; выбирать оптимальные препараты для решения поставленной задачи**Владеть** интерпретацией результатов иммунологических методов диагностики; алгоритмом проведения специфической профилактики | 16. В сыворотке крови контактного лица при лабораторном обследовании выявлены anti-HAV IgM при отсутствии anti-HAV IgG. Это свидетельствует о:заболевании острым гепатитом Аперенесенном гепатите А в прошломвысокой восприимчивости и необходимости вакцинацииформировании хронического процесса17. В травматологическую больницу обратился пациент, укушенный бродячей кошкой в кисть. Укажите необходимую тактику ведения пациента:требуется ввести только антирабический иммуноглобулинввести только антирабическую вакцинутребуется введение и иммуноглобулина, и вакциныустановить наблюдение за кошкой, если она заболеет, начать введение иммуноглобулина18. Больной А. самостоятельно снял с себя клеща, присосавшегося при посещении леса 2 дня назад. При исследовании клеща в тот же день у него обнаружен вирус клещевого энцефалита. Установите необходимые профилактические мероприятия:немедленно ввести вакцинуввести противоклещевой иммуноглобулинназначить химиопрофилактику антибиотикаминичего не назначать, так как с момента присасывания клеща прошло много времени19. При проведении первичных противоэпидемических мероприятий в квартирном очаге дифтерии участковый врач установил, что в контакте с больным были его жена, 38 лет, привитая от дифтерии в соответствии с национальным календарем профилактических прививок в регламентированные сроки, сын 17 лет, привитый последний раз в возрасте 7 лет, бабушка 80 лет, данных о ее прививках нет.Укажите, кто из контактных лиц подлежит вакцинации по эпидпоказаниям:жена, сын, бабушкабабушка, сынжена, сынжена, бабушка20. При лабораторном обследовании на брюшной тиф методом РПГА для устройства на работу поваром в ресторан у А. выявили положительную реакцию с Vi-антигеном. Это наиболее типично для:заболевания в настоящее времяхронического бактерионосительствавакцинацииперенесенного заболевания в прошлом |
| U2 ПК-6: Способен и готов к участию в обеспечении санитарной охраны территории Российской Федерации, направленной на предупреждение заноса и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также в предотвращении ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человекаИнд.ПК6.2: Оценка ситуации, связанной с опасностью заноса на территорию Российской Федерации и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также с предотвращением ввоза и реализации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека | U3 Инд.ПК6.2 **Знать** этиологию, источники, пути, механизмы, факторы передачиинфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения; принципы лечения больных, принципыработы сконтактными лицами, основные препараты противомикробной терапии; возможности специфической инеспецифической профилактики основных инфекций, представляющих опасность для населения; организацию боксированных палат | 1. Укажите инфекции, которые входят в перечень заболеваний, требующих мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерациималярияжелтая лихорадкаветряная оспахолера2. Укажите инфекции, которые не входят в перечень заболеваний, требующих мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерациилихорадка Эболачумаполиомиелиттуляремия3. Укажите, какой биологический субстрат используется для лабораторного подтверждения маляриикровькалмочажелчь4. Укажите, какой препарат действует на эритроцитарную шизогонию:хлорохин (делагил)примахинметрогиламиногликозиды5. Укажите, какое осложнение при тропической малярии может привести к летальному исходу:комадегидратационный шоккровотечениеперитонит6. Укажите, с каким возбудителем ассоциируется тяжелое течение малярии:P. vivax P. ovale P. malariaP. falciparum7. Укажите препарат противорецидивного действия для лечения малярии:примахинхининделагил (мефлохин)нитрофураны8. Укажите основной метод лабораторной диагностики малярии:бактериологическийбиохимическийпаразитоскопияиммунологический9. Укажите препараты, применяемые для купирующей терапии у больных тропической малярии:артемизиныделагилцефалоспориныаминогликазиды10. Укажите основной механизм передачи малярии:воздушно-капельныйфекально-оральныйконтактныйтрансмиссивный11. Источником инфекции при холере может быть:человек, больной или бактерионоситель только больной человеккрупный рогатый скотгрызун (рыжие полевки, крысы)12. В целях профилактики холеры не используетсяназначение антибактериальных препаратоввакцинацияназначение иммуномодуляторовпроведение санитарно-гигиенических мероприятий13. Механизм передачи желтой лихорадки:фекально-оральныйаэрозольныйтрансмиссивныйконтактный14. Эффективным профилактическим мероприятием при желтой лихорадке являетсявакцинацияиспользование средств индивидуальной защиты во время пребывания на эндемичной территорииприем антибактериальных препаратов в целях химиопрофилактики при контакте с больнымприем иммуномодуляторов при контакте с больным15. Укажите мероприятия, проводимые в целях предупреждения распространения чумы:дератизациядезинсекцияизоляция больногодегазация |
| Инд.ПК6.2 **Уметь** провести опрос больного с выявлением жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза; провести физикальное обследование больного;обосновать показания для госпитализации, изоляции больных с инфекционнымиболезнями, представляющими опасность для населения.**Владеть** методами общеклинического обследования инфекционного больного; навыками использования средств индивидуальной защиты | 16. 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. Рвота без предшествующей тошноты, фонтаном, без счета. Сухость кожи, слизистых оболочек, 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°С. 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.Укажите наиболее вероятный диагноз: ДизентерияАмебиазХолераСальмонеллез17. Больной М., 40 лет, поступил в инфекционную больницу 20 мая 2014 года.Заболел 14 мая 2014 г, когда почувствовал ломоту в теле, недомогание, головную боль. Температуру тела не измерял. На следующей день (15 мая) утром почувствовал озноб, головную боль, боль в мышцах, температура тела повысилась до 39.5 ˚С. Через несколько часов температура тела стала снижаться с выраженным потоотделением. Двое суток (16 и 17 мая) чувствовал себя хорошо, температура тела оставалась в пределах нормы. На 4-ый день (18 мая) с утра вновь появился озноб, чувство жара, боли в мышцах, и к концу дня появилось выраженное потоотделение (нательное и пастельное белье мокрое) со снижением температуры тела до нормы. При поступлении состояние расценено как удовлетворительное, беспокоит небольшая слабость, температура тела в пределах нормы. Активный, легко вступает в контакт. Ориентируется в окружающей обстановке. Кожный покров без сыпи. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс 70 уд/мин. АД 120/70. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка увеличена на 1-1.5 см, чувствительна при пальпации. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что пациент месяц назад вернулся из командировки в ГвинееУкажите наиболее вероятный диагноз:брюшной тифмалярияжелтая лихорадкалихорадка Эбола18. Выберите препарат для регидратационной терапии при обезвоживании IV степени у больного холеройрегидронраствор «Трисоль»раствор глюкозы 5%реополиглюкин19. Определите, в течение какого периода болезни необходимо провести первый этап регидратации у больного холеройв течение 1 часав течение 1,5-2-х часовв течение 3 часовв течение первых суток20. Укажите, что в тактике участкового врача-терапевта, выявившего больного с подозрением на холеру (холерный алгид), было правильнымнемедленно передано сообщение руководителю подразделениязапрошена укладка с комплектом защитной одежды (противочумным костюмом)начато оказание неотложной медицинской помощи больному немедленно передано сообщение о чрезвычайной ситуации в региональное Министерство здравоохранения |