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, ФТИЗИАТРИЯ**

по направлению специальности

31.05.03 Стоматология

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.03 «Стоматология»

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №8 от 25.03.2016 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК.1.1. Знать этические и деонтологи-ческие принципы при оказании медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями |
| Инд.ОПК.1.2. Уметь использовать этические и деонтологические принципы при работе с инфекционными больными |
| Инд.ОПК.1.3. Владеть навыками реализации этических и деонтологических принципов при работе с инфекционными больными и их родственниками |
| ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Инд.ПК.1.1. Знать основные жалобы, анамнез, клинические проявления и особенности диагностики инфекционных заболеваний и туберкулеза. |
| Инд.ПК.1.2. Уметь интерпретировать полученные результаты при проведении клинических, физикальных, лабораторных и инструментальных методов диагностики инфекционных заболеваний и туберкулеза. |
| Инд.ПК.1.3. Владеть способностью использовать знания жалоб, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных данных в диагностике туберкулеза и инфекционных заболеваний. |
| ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Инд.ПК.1.1. Знать основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологические формы, относящиеся к классу 1 "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни" Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра |
| Инд.ПК.1.2. Уметь пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра для формулировки диагноза у пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями |
| Инд.ПК.1.3. Владеть навыками постановки диагноза у больных туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра |

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

Модуль 1: Воздушно-капельные инфекции

Тема 1. Грипп и ОРВИ

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Тестовые задания:

1. Входные ворота для вируса гриппа:

1) Слизистая оболочка верхних дыхательных путей.

2) Слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта.

3) Слизистые оболочки мочеполовой системы.

4) Слизистая оболочка глаз.

5) Лимфоидное глоточное кольцо.

2. Основные патогенетически обусловленные осложнения гриппа:

1) Инфекционно-токсический шок.

2) Отек мозга.

3) Геморрагический отек легких.

4) Острая почечная недостаточность.

5) Острая печеночная недостаточность.

3. Синдромальные проявления неосложненного гриппа:

1) Синдром интоксикации.

2) Катаральный синдром.

3) Гиповолемический синдром.

4) Геморрагический синдром.

5) Гепатолиенальный синдром.

4. Клинические проявления синдрома интоксикации при гриппе:

1) Острое начало заболевания, высокая лихорадка.

2) Головная боль в лобно-орбитальной области.

3) Миалгии.

4) Гиперемия лица и конъюнктив.

5) Тахикардия.

5. Клинические проявления поражения дыхательной системы при неосложненном гриппе:

1) Обильная ринорея.

2) Фарингит.

3) Ларингит.

4) Трахеобронхит.

5) Пневмония.

6. Лабораторная диагностика при гриппе:

1) Иммунофлюоресцентный метод для выявления антигена вируса гриппа в мазках с нижних носовых раковин.

2) Иммунофлюоресцентный метод для выявления антигена вируса гриппа в смывах с ротоглотки.

3) Выявление антител вируса гриппа методом ИФА в мазках с нижних носовых раковин.

4) Выявление антител вируса гриппа методом ИФА в смывах с ротоглотки.

5) Серологические реакции в парных сыворотках.

7. Для этиотропной терапии при гриппе используют:

1) Парацетамол.

2) Аспирин.

3) Ремантадин.

4) Озельтамивир.

5) Амидопирин.

8. При парагриппозной инфекции в основном поражаются:

1) Гортань.

2) Бронхи.

3) Трахея.

4) Паратрахеальные лимфатические узлы.

5) Тонкая кишка.

9. Для парагриппозной инфекции характерны:

1) Обильная ринорея.

2) Сухой кашель.

3) Развитие ларингита.

4) Конъюнктивит.

5) Диарея.

10. Осложнения парагриппа:

1) Ложный круп у детей.

2) Ангины.

3) Отиты.

4) Синуситы.

5) Пневмония.

11. Аденовирусной инфекции свойственно:

1) Воспалительные реакции слизистых оболочек в области входных ворот.

2) Лимфогенный путь распространения вируса в регионарные лимфатические узлы.

3) Накопление вируса в лимфатических узлах.

4) Вирусемия.

5) Фиксация вируса в макрофагальной системе печени и селезенки.

12. Клинические проявления аденовирусной инфекции включают в себя:

1) Острое начало заболевания.

2) Постепенное развитие заболевания.

3) Боли в животе, диарея.

4) Ринорея.

5) Конъюнктивит.

13. Различают следующие формы болезни:

1. ОРВИ.

2. Ринофарингит.

3. Ринофарингобронхит.

4. Фарингоконъюнктивит.

5. Конъюнктивит и кератоконъюнктивит.

14. Клиническая картина риновирусной инфекции состоит из:

1) Острого начала заболевания.

2) Постепенного начала заболевания.

3) Чувства саднения в носоглотке.

4) Ринореи.

5) Субфебрильной или нормальной температуры тела.

15. Возможные осложнения риновирусной инфекции:

1) Синуситы.

2) Отиты.

3) Бронхиты.

4) Пневмонии.

5) Обострения «дремлющей» инфекции.

2. Вопросы для устного опроса:

1. Актуальность ОРВИ в современных условиях. Общие признаки ОРЗ.
2. Этиология гриппа и ОРВИ. Характеристика вирусов, вызывающих 0P3: гриппа, парагриппа, аденовирусов и др.
3. Вирусы гриппа, их характеристика. Устойчивость. Антигенная структура вирусов гриппа, циркулирующих на современном этапе. Механизмы изменчивости. Антигенный шифт, антигенный дрейф.
4. Эпидемиология гриппа. Источники инфекции, механизм и пути передачи. Эпидемии и пандемии гриппа. Восприимчивость населения. Иммунитет.
5. Патогенез гриппа: внедрение, репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия дыхательного тракта. Вирусемия и токсемия. Токсико-аллергические реакции. Значение вторичной инфекции. Исходы болезни.
6. Клиника гриппа. Ведущие синдромы и симптомы.
7. Осложнения гриппа
8. Клиника других острых респираторных инфекций (риновирусной инфекции, парагриппа, аденовирусной инфекции, респираторно-синцитиальной инфекции). Осложнения, дифференциальная диагностика.
9. Методы лабораторной диагностики гриппа и ОРВИ.
10. Принципы лечения: специфическое лечение гриппа, патогенетическая и симптоматическая терапия. Противовирусные препараты, механизм действия. Показания к назначению антибиотиков, гормональных препаратов.
11. Профилактика гриппа и ОРЗ.

3. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача №1

Больная Чурсина А.П., 20 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, рвоту, резкий сухой кашель, носовое кровотечение, слабость, отсутствие аппетита. Больна 2 дня.

Анамнез заболевания. Заболела 5 декабря во второй половине дня, почувствовала озноб, повысилась температура тела до 39,50, появилась головная боль в области лба и глазных яблок, всю ночь под 6 декабря не спала, была рвота. 6 декабря во второй половине дня появилась боль в горле, насморк, чувство першения и царапания за грудиной, температура повысилась до 400, головная боль усилилась, рвота повторилась 3 раза. В 18.00 началось носовое кровотечение. На дом был вызван врач скорой помощи, который доставил больную в инфекционную больницу.

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

Эпидемиологический анамнез. Работает в школе буфетчицей. Личную гигиену соблюдает. В контакте с лихорадящими больными не была.

Настоящее состояние больной. Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Лицо одутловатое, гиперемировано. На коже сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. Носовое кровотечение продолжалось 3 минуты. 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 – 100/70 мм. рт. ст. Пульс 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком небе яркая гиперемия и «зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Выражена ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные.

Вопросы:

1. Выделить основные синдромы.

2. Обосновать предварительный диагноз.

3. Написать план обследования.

4. Продумать лечение.

Задача №2

Мельников Вова, 10 лет. Жалобы на насморк, чихание, кашель, головную боль, боль в глазах, слезоточивость, высокую температуру. Болен 4 дня.

Анамнез заболевания. Заболел 20 ноября, почувствовал головную боль, знобило, температура повысилась до 38,50, появились обильный насморк, чихание, боль в горле, кашель. 22 ноября кашель усилился, головная боль стала постоянной, беспокоил обильный насморк, от занятий в школе отстранен школьным врачом. 23 ноября присоединились боль в глазах, светобоязнь, слезотечение. Обратился к участковому врачу, который направил мальчика к окулисту с диагнозом «конъюнктивит». Было назначено лечение глазными каплями, но самочувствие на улучшилось. Температура держалась в пределах 38,5-390, насморк, кашель, головная боль усилились. При повторном обращении к врачу был направлен в инфекционную больницу.

Анамнез жизни. Болел ветряной оспой, корью, коклюшем. Прививки получил все. Учится в 4 классе. Материально-бытовые условия хорошие. Родители здоровы.

Эпидемиологический анамнез. Личную гигиену соблюдает. Дома и в школе все здоровы. Посещает плавательный бассейн 2 раза в неделю. У одного мальчика в его группе 10 дней назад было какое-то заболевание глаз, насморк, кашель.

Настоящее состояние больного. Общее состояние средней тяжести. Температура 38,70. На коже сыпи нет. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются с крупную фасоль, болезненные. Передние околоушные лимфатические узлы пальпируются величиной с крупную горошину, болезненные. Глазные щели узкие, веки отечные. Конъюнктива глаз ярко гиперемирована, на ней отчетливо виден белый пленчатый налет, который легко снимается. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Носовое дыхание затруднено, обильный насморк. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца чистые. Пульс 108 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 100/70 мм. рт. ст. Зев гиперемирован. Миндалины выступают из-за дужек, красные, рыхлые. Задняя стенка глотки зернистая, красная. Живот при пальпации безболезненный. Пальпируется печень на 2 см. ниже края реберной дуги, безболезненная, гладкая. Отчетливо пальпируется селезенка на 1 см. ниже края реберной дуги. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальных симптомов и патологических рефлексов нет.

Вопросы:

1. Обосновать диагноз.

2. Написать план обследования.

3. Продумать лечение.

Задача №3

Больной Ветров Ю.П., 17 лет. Жалобы на общее недомогание, головную боль, грубый сухой кашель, боль в горле. Болен 7 дней.

Анамнез заболевания. Заболел 5 октября. Почувствовал насморк, боль в горле. 6 октября появилась головная боль без четкой локализации, температура повысилась до 37,30, был небольшой насморк, чихание. 7 октября присоединился резкий грубый сухой кашель, боль в горле, слабость. К врачу не обращался, не лечился. Температуру на измерял ежедневно, она не превышала 37,4 - 38,50. 8 октября голос стал осипшим, беспокоила умеренная постоянная головная боль. Принимал таблетки от кашля, но улучшения не было. С 9 октября голос стал беззвучным, беспокоил грубый кашель, насморк, чихание. 10 октября обратился к врачу. По назначению врача лечился содовыми ингаляциями, бисептолом, продолжал посещать школу. 11 октября состояние ухудшилось: появилась боль в правой половине грудной клетки при вдохе, озноб, температура повысилась до 38,50, усилился кашель. 12 октября повторно обратился к врачу и был направлен в инфекционную больницу.

Анамнез жизни. В прошлом болел корью, скарлатиной, коклюшем. Учится в 10 классе. Материально-бытовые условия хорошие.

Эпидемиологический анамнез. В семье все здоровы. Личную гигиену соблюдает. Часто посещает школьного товарища, у которого сестренка 6 лет в начале октября перенесла «грипп».

Настоящее состояние. Общее состояние средней тяжести, температура 39,20. На коже сыпи нет. Костно-суставная система без патологии. Границы легких в норме. Справа по средней подмышечной линии отмечается укорочение перкуторного звука от IV до VI ребра, там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Зев не гиперемирован. Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальных симптомов и патологических рефлексов нет.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы. Обоснуйте диагноз.

2. Напишите план обследования.

3. Продумайте и обоснуйте лечение.

Задача №4

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 еѐ зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого нѐба. 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 селезѐнка не увеличены.

 Вопросы:

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.

Задача № 5

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.

Вопросы:

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.

Тема №2. Менингококковая инфекция

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Тестовые задания:

1. Наибольшую эпидемиологическую значимость при менингококковой

инфекции имеют:

а) больные острым назофарингитом

б) больные менингоэнцефалитом

в) «здоровые» носители менингококков

г) больные менингитом

д) больные с менингококкемией

2. При менингококковой инфекции наибольшую эпидемиологическую значимость имеют сероварианты:

а) А

б) В

в) С

г) D

д) Е

3. При менингококковой инфекции аэрозольный механизм передачи реализуется путем:

а) воздушно-капельным

б) воздушно-пылевым

в) алиментарным

г) контактно-бытовым

4. Условия аэрозольного механизма передачи при менингококковой инфекции:

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

б) длительное общение с источником инфекции

в) кратковременное общение с источником инфекции

г) совместное использование предметов гигиены

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

а) периодические (через 10 и более лет) подъемы заболеваемости

б) осеннее-зимние сезонные подъемы заболеваемости

в) зимнее-весенние сезонные подъемы заболеваемости

г) наиболее высокая заболеваемость младших возрастных групп населения

6. Группы повышенного риска заражения менингококковой инфекцией:

а) неорганизованные дети дошкольного возраста

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

в) взрослые

г) новобранцы в армии

7. В очагах менингококковой инфекции проводят:

а) текущую дезинфекцию в полном объеме

б) проветривание помещений

в) влажную уборку помещений

г) уменьшение скученности людей в помещении

8. Для специфической профилактики менингококковой инфекции используют вакцины:

а) против менингококковой инфекции серогруппы А

б) против менингококковой инфекции серогруппы В

в) против менингококковой инфекции серогруппы С

г) против менингококковой инфекции серогруппы Z

9. клиническими признаками менингита являются все, кроме:

а) геморрагической сыпи

б) высокой интоксикации

в) повторной рвоты

г) головной боли

д) менингеальных симптомов

10.патогномоничным признаком менингококкового назофарингита является:

а) высокая температура

б) головная боль

в) повторная рвота

г) резко выраженные воспалительные изменения ротоглотки.

д) патогномоничных признаков нет

2.Вопросы для устного опроса:

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

3. Тексты ситуационных задач (типовые):

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 ( ++++).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз

2. Обоснуйте поставленный вами диагноз

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

4. Укажите план лечения данного пациента

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.

Задача№ 3

Больной Ж., 19 лет. Заболел 14 августа остро: появилась сильная головная боль в области лба, рвота несколько раз в течение 2 дней. Все дни лихорадки головная боль, анорексия. Больной первые дни болезни вялый, адинамичный. Ригидность затылочных мышц. Брадикардия. Картина крови на 5-й день болезни: лейкоциты 12,1х109, э – 2, п – 2, л – 46, с – 38, м – 12, СОЭ – 12мм/час. Спинномозговая пункция на 4-й день болезни: ликвор выделяется под давлением, мутный, цитоз 1273, нейтрофилы 90%, реакция Панди положительная, белок 0,33%о, сеточка грубая. С 19 августа температура нормальная.

Вопросы:

1.Диагноз?

2.Дифференциальная диагностика?

3.Лечение?

Задача № 4

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.

Вопросы:

1.Диагноз?

2.План обследования и лечения?

Задача № 5

У ребенка, оформляющегося в детский сад, врач установил воспалительные явления в носоглотке и назначил бактериологическое обследование. Результат анализа на менингококк оказался положительным. Мать ребенка – воспитатель в молодежном общежитии, отец – рабочий, брат – ученик 2-го класса.

Вопросы:

1.Какие мероприятия необходимы по этому случаю?

Тема №3. Дифтерия. Рожа

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Тестовые задания:

1. Следствия токсемии при дифтерии

1)Нарушение сосудисто-тканевой проницаемости

2) Изменение реологических свойств крови

3) Нарушение микроциркуляции

4) Региональный лимфаденит и отек окружающих тканей

5) Воспалительно-деструктивные процессы в органах и тканях

1. Клинические признаки локализованной дифтерии ротоглотки:

1) Субфебрильная лихорадка в течение 2-3 дней

2) Застойная гиперемия в ротоглотке, умеренный отек миндалин, мягкого неба и дужек

3) Налеты, расположенные только на миндалинах

4) Регионарный лимфаденит

5) Отек подкожной клетчатки шеи

1. Клинические признаки распространенной дифтерии ротоглотки:

1) Длительная лихорадка

2) Налет на миндалинах и за их пределами

3) Гнойный лимфаденит, периаденит

4) Тестоватый безболезненный отек подкожной жировой клетчатки шеи

5) Отечность мягких тканей ротоглотки

 4. Признаки токсической дифтерии ротоглотки:

1) Распространение фибринозного налета за пределы миндалин

2) Отек мягких тканей ротоглотки

3) Отек подкожной клетчатки шеи

4) Развитие миокардиопатии и полинейропатии

5. Стадии развития дифтерии гортани:

1)Гриппоподобная

2)Дисфоническая

3)Крупозная

4)Стенотическая

5)Асфиктическая

6. Клинические признаки дифтерии гортани:

1)«Лающий кашель»

2)Осиплость голоса, афония

3)Шумное дыхание с затрудненным вдохом

4)Втяжение межреберных промежутков при дыхании

5)Ощущение удушья

**7.** Патогенетически обусловленные осложнения дифтерии:

1)Инфекционно-токсический шок

2)Миокардиты

3)Полинейропатии

4)Токсический нефроз

5)Острая дыхательная недостаточность

8.Лабораторная диагностика дифтерии:

1)Выделение возбудителя из очага воспаления

2)Выделение возбудителя из крови

3)Определение токсических свойств возбудителя

4)Определение антитоксических антител в парных сыворотках

5)Бактериоскопическое исследование мазков-отпечатков

9.Принципы лечения дифтерии:

1)Специфическая детоксикация

2)Неспецифическая детоксикация

3)Антибактериальная терапия

4)Гипосенсибилизирующая терапия

5)Хирургическая обработка входных ворот в ротоглотке

10.При введении противодифтерийной сыворотки необходимо:

1)Раннее введение при клиническом диагнозе дифтерии

2)Предварительное проведение кожно-аллергических проб

3)Адекватная лечебная доза

4)Применение при локализованной дифтерии ротоглотки позже 4-го дня болезни

5)Гипосенсибилизация антигистаминными и гормональными препаратами

11. Возбудителем рожи является:

1) малярийный плазмодий

2) вирус Коксаки

3) спирохета

4) бета-гемолитический стрептококк группы А

5) Золотистый стафилококк

12. Для впервые выявленной рожи характерны все клинические симптомы, кроме:

1) острого начало болезни

2) наличия участка гиперемии кожи с ровными границами

3) выраженной интоксикации

4) регионарного лимфаденита

5) локальной болезненности

13.Наличие лимфостаза характерно для:

1) менингококковой инфекции

2) вирусного гепатита С

3) столбняка

4) гриппа

5) рожи

14. Укажитегенетически детерминированные группы для развития рожи:

1) ВИЧ-инфицированные

2) онкологические больные

3) новорожденные

4) роженицы и родильницы

5) все перечисленное

15. 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

2.Вопросы для устного опроса:

1. Актуальность дифтерии в современных условиях. Определение. Этиология. дифтерии. Краткая характеристика возбудителей, и их особенности: токсигенность, устойчивость во внешней среде, способность расти на питательных средах. Эпидемиология дифтерии. Источники инфекции и пути передачи возбудителя. Восприимчивость. Основные звенья патогенеза дифтерии. Роль дифтерийного экзотоксина. Клиника дифтерии. Клиническая классификация дифтерии по локализации процесса и тяжести. Характеристика дифтерии ротоглотки, дыхательных путей, редких локализаций (глаз, носа). Дифференциальная диагнос­тика дифтерии. Осложнения при дифтерии. Методы лабораторной диагностики. Лечение дифтерии: противодифтерийная сыворотка, дезинтоксикационная терапия, антибиотики. Значение специфической профилактики.

2. Рожа. Этиология. Пути заражения, факторы, предрасполагающие к возникновению болезни. Основные патогенетические механизмы, патоморфологические проявления. Классификация по формам, распространенности, степени тяжести. Клинические проявления. Осложнения. Лечение в амбулаторных и стационарных условиях. Этиотропная терапия. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Физиотерапевтическое лечение. Прогноз. Профилактика рецидивов.

3.Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача № 1

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?

Задача № 2

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?

Задача № 3

Больная С., 32 лет, проводник, обратилась к врачу медсанчасти с жалобами на мучительную боль в горле с иррадиацией боли в ухо, повышение температуры. Заболела 4 дня тому назад с появления небольшой боли в горле, повышения температуры тела до 37,80С. Страдает хроническим тонзиллитом. Предприняла попытки лечения - пила эритромицин по 4 таб. в день. Самочувствие через три дня улучшилось, температура тела снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной, не могла глотать, заметила припухлость шеи слева.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 39,00С, лицо гиперемировано, голова наклонена влево. Осмотр ротоглотки затруднен, при фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой слева, отек клетчатки подчелюстной области, увеличение и болезненность лимфоузлов также слева. Пульс – 100 уд/мин, АД – 110/70 мм. р. ст. Живот безболезненный. Со стороны других органов – без патологии.

1. Поставьте диагноз.

2. Продифференцируйте.

3. Определите тактику дальнейшего ведения больной?

Задачи по теме «Рожа»

Задача № 4

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.

Вопросы:

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?

Модуль №2. Природно-очаговые инфекции

Тема№1: Сибирская язва. Чума.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Тестовые задания:

1. Источник инфекции при сибирской язве:

а) дикие грызуны

б) домашний скот

в) больной сибирской язвой человек

2. Пути заражения при сибирской язве:

а) пищевой

б) парентеральный

в) половой

г) контактный

д) трансмиссивный

е) воздушно-пылевой

3. Клинические формы сибирской язвы:

а) кожная

б) генерализованная

в) глазная

г) ангинозно-бубонная

4. Самая частая разновидность кожной формы сибирской язвы:

а) буллезная

б) эризипелоидная

в) карбункулезная

г) эдематозная

5. Длительность лихорадки при кожной форме сибирской язвы:

а) 1-3 дня

б) 5-7 дней

в) 2 недели

г) до 30 дней

6. Основные признаки сибиреязвенного карбункула:

а) локализация на открытых участках тела

б) трехцветный переход от центра к периферии

в) резкая болезненность

г) нагноение

д) анастезия

е) наличие дочерних везикул

7. Характерные признаки сибиреязвенного отека:

а) отек обширный

б) отек локальный

в) гиперемия кожи в зоне отека

г) студневидное дрожание отека

д) болезненность в зоне отека

8. Причина смерти при генерализованной форме сибирской язвы:

а) ОПН

б) асфиксия

в) инфекционно-токсический шок

г) острая печеночная недостаточность

9. Методы лабораторной диагностики сибирской язвы:

а) бактериоскопический

б) бактериологический

в) биологический

г) ПЦР

д) аллергологический

е) иммунофлюоресцентный

10. Специфическое лечение при сибирской язве проводится:

а) вакциной СТИ

б) γ-глобулином

в) бактериофагом

г) антибиотиками

11. Основные патогенетические механизмы чумы:

а) лимфогенная диссеминация

б) гематогенная диссеминация

в) токсемия

г) нарушение реологических свойств крови и микроциркуляции

д) метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

12. Основные факторы патогенеза бубонной формы чумы:

а) внедрение возбудителя через кожные покровы

б) воспалительные, геморрагические и некротические изменения в регионарных лимфатических узлах

в) генерализованная лимфаденопатия

г) токсикоз

д) фибринозное воспаление на месте входных ворот

13. Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

а) контакт с больным бубонной чумой

б) контакт с больным с генерализованной формой чумы

в) бактериемия и токсемия

г) склонность к хроническому рецидивирующему течению

д) изменение реологических свойств крови, нарушение микроциркуляции, геморрагические проявления в легких

14. Клинические проявления бубонной чумы:

а) регионарный лимфаденит

б) периаденит

в) резкие боли при пальпации бубона

г) гепатолиенальный синдром

д) общетоксический синдром

15. Клинические проявления легочной чумы:

а) выраженный инфекционно-токсический синдром

б) кровохарканье

в) кровавая рвота

г) дыхательная недостаточность

д) скудные физикальные данные со стороны легких

16. Клинические проявления септической чумы:

а) выраженный инфекционно-токсический синдром с развитием инфекционно-токсического шока

б) геморрагический синдром

в) вторичные бубоны

г) энцефалопатия

д) «меловой» язык

17. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

а) бактериологический

б) бактериоскопический

в) биологический

г) серологический

д) иммунологический

18. Подозрение на чуму вызывают:

а) пребывание в регионе, эндемичном по чуме, за 5 дней до начала заболевания

б) острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

в) геморрагические проявления

г) регионарный лимфаденит с периаденитом

д) весь комплекс перечисленных факторов

19. Принципы лечения чумы:

а) введение антитоксической сыворотки

б) антибактериальная терапия

в) интенсивная дезинтоксикационная терапия

г) хирургическая обработка места входных ворот

д) коррекция метаболических нарушений

20. Принципы антибактериальной терапии при чуме:

а) максимально раннее начало

б) парентеральное введение антибиотиков

в) дозы препаратов, превышающие средние терапевтические

г) комбинация антибактериальных средств

д) длительный курс лечения

2.Вопросы для устного опроса:

1. Актуальность сибирской язвы на современном этапе. Случаи заболевания в России, Оренбургской области.

2.Определение сибирской язвы.

3. Этиология сибирской язвы. Устойчивость возбудителя в окружающей среде.

4. Эпидемиология сибирской язвы. Источники инфекции, роль сельскохозяйственных животных. Пути передачи: контактный, воздушно - пылевой, алиментарный, трансмиссивный.

5. Патогенез и патологическая анатомия сибирской язвы.

6. Клиника сибирской язвы. Клиническая классификация. Кожная форма. Генерализованная форма. Варианты генерализованной формы. Возможные осложнения.

7. Дифференциальный диагноз. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике.

8. Лабораторная диагностика сибирской язвы.

9. Лечение сибирской язвы. Значение этиотропной терапии.

10. Профилактика сибирской язвы.

11. Эпидемиологическая ситуация по чуме в мире. Чума как карантинная, особо-опасная инфекция.

12. Этиология чумы. Устойчивость возбудителя в окружающей среде. Эпидемиология чумы. Источники инфекции, роль разных видов животных. Пути передачи: контактный, воздушно - капельный, алиментарный.

13. Патогенез чумы.

14. Клиника чумы. Клиническая классификация. Кожная форма. Генерализованные, диссеменированные формы. Бубонная форма. Первично-легочная, вторично-легочная, первично-септическая, вторично-септическая, кишечная формы. Возможные осложнения. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике.

15. Лабораторная диагностика чумы.

16. Лечение чумы. Значение этиотропной терапии.

17.Тактика медицинского персонала при выявлении больного с подозрением на чуму. Первичные противоэпидемические мероприятия. Профилактика чумы.

3.Тексты ситуационных задач (типовые):

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.

Вопросы:

1.Предполагаемый диагноз?

2.План обследования?

3.Лечение?

Задача №2

 Больной М., 40 лет, при поступлении жаловался на резкую слабость, головокружение, кашель с кровавой мокротой, стеснение в груди, одышку.

 Анамнез собран с трудом из-за тяжелого состояния больного.

Заболел 5.11, почувствовал резкий озноб, головную боль, ломоту во всем теле, появились насморк, слезотечение, кашель, боль в груди, одышка. Температура повысилась до 400С. В тот же день осмотрен врачом участковой больницы, диагностировано ОРЗ, назначено лечение. 6.11 состояние не улучшалось, сохранялись лихорадка (39,5-40,20С), катаральные явления, кашель стал влажным, в мокроте появилась кровь. Беспокоили боль в груди, чувство удушья, резкая слабость, головокружение. Была рвота. 7.11 доставлен в больницу. При поступлении состояние очень тяжелое. Температура 36,00С. В сознании, но вялый, отвечает тихо, односложно и знаками. Кожа бледная, цианоз слизистых, кончика носа.

В легких выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, а ниже угла лопатки с обеих сторон дыхание не выслушивается. Дыхание поверхностное, ЧД – 48 в минуту. Тоны сердца глухие, пульс 120 уд. в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм. рт. ст. Живот при пальпации безболезненный, пальпируется печень на 2 см. ниже края реберной дуги. Ночью не мочился.

 Эпиданамнез. Живет в селе в частном доме. Работает механизатором. В личном хозяйстве имеет птицу, двух коров, семерых овец, все животные здоровы. На дому занимается изготовлением валенок. Свое заболевание связывает с переохлаждением.

Вопросы:

1.Диагноз?

2.Какое тяжелое осложнение описано в данной задаче?

3.С какими болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

4.Обследование?

5.Лечение?

6. Опасен ли для окружающих данный больной?

Задача №3

 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.

Вопросы:

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?

Задача №4

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.

Вопросы:

1.О каком заболевании следует подумать?

2.Лабораторное обследование и лечение?

3.Какие требуются уточнения в эпиданамнезе?

Задача №5

 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.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования и лечения?

Задача №6

 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.

Вопросы:

1.Диагноз?

2.План обследования?

3.Лечение?

Модуль №3. ВИЧ–инфекция

Тема № 1. ВИЧ–инфекция

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Тестовые задания:

1. Возникновение оппортунистических инфекций при ВИЧ обусловлено:

1. Нарушением «распознавания» чужеродных антигенов системой макрофагов
2. Нарушением процессов антителогенеза
3. Снижением уровня Т-хелперов
4. Снижением уровня секреторных антител
5. Снижением фагоцитарной активности фагоцитов

**2.** Иммунодефицит при ВИЧ-инфекции сопровождается:

1. Снижением уровня Т4 лимфоцитов
2. Высоким уровнем ЦИК
3. Снижением количества ЦИК
4. Высоким уровнем иммуноглобулинов всех классов
5. Снижением уровней иммуноглобулинов

3. Окончание инкубационного периода при ВИЧ-инфекции ассо­циируется с:

1. Повышением температуры тела
2. Увеличением лимфатических узлов
3. Появлением кандидоза слизистых оболочек и кожных покровов
4. Появлением антител к ВИЧ
5. Резким похуданием

 4. Острый ретровирусный (мононуклеозоподобный) синдром включает в себя:

1. Лихорадку

2. Полилимфаденопатию

3. Эритематозно-макулезную сыпь

4. Стоматит, эзофагит

5. Язвы на слизистых оболочках гениталий

5. Фаза А стадии вторичных заболеваний:

1. Поверхностные поражения кожи и слизистых оболочек грибковой флорой
2. Поверхностные поражения кожи и слизистых оболочек бактериальной флорой
3. Поверхностные поражения кожи и слизистых оболочек вирусной флорой
4. Дефицит массы тела более 10% исходной
5. Потеря массы тела менее 10% исходной

6. Фаза В стадии вторичных заболеваний:

1. Рецидивирующее поражение кожи и слизистых оболочек грибковой, бактериальной и (или) вирусной природы
2. Стойкое поражение кожи и слизистых оболочек грибковой,
бактериальной, вирусной природы
3. Стойкая диарея более 1 мес
4. Стойкая лихорадка более 1 мес
5. Локализованная саркома Капоши

**7.** Окончательный диагноз ВИЧ-инфекции можно установить:

1.По клиническим признакам

2.При выявлении антител к ВИЧ в ИФА

3.При выявлении антител к ВИЧ в ИФА и в иммуноблоте

4.При выявлении стойкой лимфаденопатии

5.При выявлении генерализованной саркомы Капоши

8. Клинические признаки-индикаторы, указывающие на необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию:

1. Беспричинная диарея в течение 1 мес и более
2. Стойкая лихорадка в течение 1 мес и более
3. Постоянные ночные поты
4. Похудание
5. Двусторонняя полилимфаденопатия более чем 2 групп лимфатических узлов (за исключением паховых) более 2 мес

9. Заподозрить ВИЧ-инфекцию необходимо, если выявляется:

1. Гистологически подтвержденная саркома Капоши у лиц старше 60 лет

2. Токсоплазмоз головного мозга

3. Туберкулез (типичный и/или атипичный) любой локализации

4. Хроническая лимфоидная пневмония с лимфоидной инфильтрацией у лиц старше 13 лет

5. Злокачественная лимфома

10. Лечение ВИЧ-инфекции включает в себя назначение:

1. Антиретровирусных препаратов

2. Антибактериальных препаратов

3. Противогрибковых препаратов

4. Цитостатиков

5. Иммуномодуляторов

2.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.

7. Диагностика ВИЧ-инфекции. Скрининговые и подтверждающие этапы. Выявление антител к белкам ВИЧ и антигена р24. ИФА, иммуноблотинг, экспресс-тесты. Возможности ПЦР. Интерпретация результатов. Условия проведения тестирования на ВИЧ. До- и послетестовое консультирование. Показания для обследования на ВИЧ. Добровольное информированное согласие.

8. Принципы АРВТ. Цели, задачи АРВТ, лечение как профилактика. Добровольность, непрерывность, адекватность. Комбинированная терапия. Группы препаратов (нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния, ингибиторы хемокиновых корецепторов). Приверженность терапии.

9. Профилактика ВИЧ-инфекции. Основные направления.

3. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача №1

Больной 3., 23 года. В течение 3 дней находится на лечении в инфекционной больнице с предварительным диагнозом «инфекционный мононуклеоз». Из анамнеза известно, что заболел 12 дней назад, когда повысилась температура до 38,2°С, отметил першение в горле, слабость. Лечился самостоятельно, полоскал горло, принимал жаропонижающие препараты. Через 3 дня вызвал участкового врача, диагностирована «катаральная ангина», принимал ампициллин по 1,0-3 раза в день; врачом было отмечено увеличение шейных, подчелюстных лимфатических узлов. Через 4 дня состояние оставалось прежним, температура - от 37,5 до 38,6°С в течение дня, боли в горле усилились, вновь вызвал врача из поликлиники, врач отметил наряду с увеличенными лимфатическими узлами шеи увеличение подмышечных лимфатических узлов. Больной был направлен на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозом «инфекционный мононуклеоз».

При осмотре в больнице - состояние средней тяжести. Температура - 37,4°С. Слизистая оболочка ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины увеличены, налетов нет. Пальпируются несколько болезненные подмышечные, подчелюстные, передне- и заднешейные лимфоузлы размером до 1,5 см, также отмечено уве­личение (1,5 см) паховых лимфоузлов, при пальпации безболезненных. По остальным органам - без патологии. Печень и селезенка не увеличены.

Из анамнеза известно, что сексуальный партнер больного в течение 2 лет употребляет (нерегулярно) наркотики.

В клиническом анализе крови: НЬ - 140 г/л, лейкоцитов -4,5x10%, п/я нейтрофилов - 4%, сегментоядерных нейтрофилов -22%, лимфоцитов - 68%, моноцитов - 6%, СОЭ - 10 мм/ч. Среди лимфоцитов определяются 12 клеток с широкой светлой цитоплазмой. Реакции Пауль-Буннеля и Хоффа-Бауэра - отрицательные. RW - отрицательная. При исследовании крови в ИФА обнаружены антитела к ВИЧ, при постановке иммунологического блотинга найдены gpl60, p24, р55.

Вопросы:

1.Ваше мнение о возможном диагнозе.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Какой должна быть тактика дальнейшего лечения и обследо­вания больного?

Задача №2.

Больной И., 25 лет. Поступил в неврологическое отделение больницы с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения?».

При осмотре - состояние тяжелое. Температура - 36,8°С. Больной без сознания, отмечены умеренная ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига, сглаженность носогубной складки слева, анизокория. Истощен, кожные покровы бледные, сыпи нет. На слизистой оболочке ротоглотки - творожистые налеты. Периферические лимфоузлы не увеличены, но плотные при пальпации. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. В легких - без патологии. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс - 76 уд. в мин., АД - 130/80 мм рт. ст.

Из анамнеза (со слов матери): заболел 2 недели назад, стали беспокоить слабость, сильная головная боль, головокружение, терял сознание, снизилась острота зрения, 2 раза на фоне потери сознания были судороги, температура повышалась до 37,5°С. Лечился самостоятельно: принимал анальгетики. Состояние ухудшалось, и утром (в день госпитализации) больной был обнаружен в постели без сознания, вызвана бригада «скорой помощи». В течение 2 лет пациент внутривенно употребляет наркотики. Проведена люмбальная пункция: спинномозговая жидкость вытекает частыми каплями, опалесцирующая, цитоз - 76 клеток (85% - лимфоциты), белок - 1,8%о, реакция Панди - ++.

Проведена компьютерная томография головного мозга, в мозговой ткани выявлено 5 очагов уплотнения диаметром 1-1,5 см с просветлениями в центре. Проводилась дифференциальная диагностика с множественными абсцессами головного мозга, опухолью.

При обследовании на ВИЧ-инфекцию получены положительные результаты в ИФА.

Вопросы:

1. Какие исследования необходимо провести для подтвержде­ния диагноза ВИЧ-инфекции и определения стадии заболе­вания?

2. Укажите возможную этиологию менингоэнцефалита, развившегося у больного.

3. Какое лечение необходимо назначить больному?

Задача №3.

Больная Б. 40 лет наблюдается в поликлинике с диагнозом «ВИЧ-инфекция» в течение 5 лет. В феврале 1999 г. находилась в стационаре с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия ШВ: пневмоцистная пневмония». Получала специфическую противоретровирусную терапию, бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня, с хорошим клиническим эффектом. После выписки в течение недели продол­жала прием бисептола в профилактических целях, однако самовольно прекратила прием препарата, так как «хорошо себя чувствовала». 1 апреля вновь обратилась в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (не могла подняться по лестнице на 2 этаж, быстро появлялась одышка), последние два дня отмечает кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 37,4°С, бледность, дыхание в легких ослаблено. ЧД - 24-26 в мин., пульс -110 уд. в мин., АД - 100/70 мм рт. ст. На рентгенограмме - двусторонние интерстициальные изменения в заднебазальных отделах легких. Дежурным врачом назначены ампиокс, эуфиллин в/в, отхаркивающие средства.

На следующий день самочувствие больной ухудшилось - появилось чувство затрудненного выдоха, ощущение перебоев в сердце, ночью и утром беспокоили приступы кашля. Усилилась одышка - ЧДД 34 в мин. в покое. В легких дыхание ослаблено, выслушивались единичные крепитирующие хрипы. Пульс - 120 уд. в мин. (до 20 экстрасистол в мин.).

Анализ крови: СОЭ - 60 мм/ч, умеренная анемия, лейкоцитопения. ЛДГ - 640 ЕД/л.

Вопросы:

1.Ваше предположение о диагнозе.

2.Назначьте лечение.

Модуль 4: *Основы фтизиатрии*

Тема 1. Этиология, патогенез туберкулеза. Основные клинические симптомы туберкулеза. Классификация туберкулеза.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Вопросы для устного опроса:
2. Характеристика и методы обнаружения возбудителя туберкулеза.
3. Основные клинические симптомы туберкулеза (синдром интоксикации, нарушение функции пораженного органа).
4. Клиническая классификация туберкулеза.
5. Тактика обследования больного туберкулезом. Этапы диагностического процесса.
6. Информативность и назначение различных методов для выявления, диагностики и динамического наблюдения за состоянием органов и систем в процессе лечения.
7. Клиническая интерпретация выявленных изменений, их значение для диагноза и последующего обследования.
8. Этические и деонтологические аспекты работы с пациентом.
9. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача 1.

Больной 52 лет в течение 5 лет страдает сахарным диабетом. Последние 6 месяцев беспокоят нарастающая слабость, быстрая утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывал с заболеванием сахарным диабетом. Пришел к врачу на периодический диспансерный осмотр.

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 2.

Больной 19 лет в вызван на прием к фтизиатру по контакту с родственником, больным туберкулезом с бактериовыделением. Жалоб не предъявляет. При флюорографическом осмотре выявлены изменения в верхней доле правого легкого.

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 3.

Пациент 32 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на похудание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2-37,30С в последние 2 месяца.

Задание:

1. Какие заболевания можно предположить у пациента?
2. Какие сопутствующие заболевания необходимо выявить в анамнезе?
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 4.

Пациент 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 390С в течение 2 дней, кашель с прожилками крови, резкую слабость. Курит по 1 пачке в день с 15 лет. В анамнезе ВИЧ-инфекция в течение 10 лет, в центре СПИД не наблюдался. Отмечает похудание на 15 кг за последние полгода.

При обследовании: на обзорной рентгенограмме по всем легочным полям полиморфные очаговые тени.

Задание:

1. Какие заболевания можно предположить у пациента?
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 5.

Пациентка 19 лет, студентка, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 380С в течение 2 дней, принимала жаропонижающие препараты. Вчера вечером появились боли в грудной клетке справа, одышка, сухой кашель, слабость. Заболевание связывает с переохлаждением.

При обследовании: на обзорной рентгенограмме справа затемнение нижней доли высокой интенсивности, гомогенное, с верхней косой линией.

ОАК: Нв – 127 г/л, лейк. 9,8х109 /л, п/я 6, с/ 62, л 15, м 17, СОЭ 32 мм/ч

Задание:

1. Какие заболевания можно предположить у пациента?
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.
4. Тестовые задания:
5. Из каких клеток формируются клетки Пирогова-Лангханса?
	1. Гистиоциты
	2. Лимфоциты
	3. Моноциты
	4. Эпителиоидные клетки
	5. Макрофаги\*
6. Из каких клеток образуются эпителиоидные клетки?
	1. Из эпителиальных клеток
	2. Из лимфоцитов и моноцитов
	3. Из сегментоядерных нейтрофилов
	4. Из гистиоцитов и макрофагов\*
7. В какой фазе воспалительной реакции формируется типичный туберкулезный бугорок?
	1. Пролиферации\*
	2. Альтерации
	3. Экссудации
	4. В любой фазе
8. Каково типичное клеточное строение туберкулезного бугорка?
	1. Эпителиоидные, лимфоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса\*
	2. Эпителиоидные клетки, моноциты, лимфоциты, клетки Пирогова-Лангханса
	3. Моноциты, лимфоидные и эпителиоидные элементы, гистиоциты, эозинофилы
	4. Нейтрофилы, моноциты и клетки Пирогова-Лангханса.
9. Что необходимо произвести для оценки чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам?
	1. Флотацию мокроты
	2. Окраску мокроты специальным методом
	3. Автоклавирование взятого материала
	4. Назначение туберкулостатиков больному
	5. Посев мокроты на специализированную среду\*
10. Каковы отличительные морфологические признаки микобактерий туберкулеза?
	1. Высокая стабильность строения и формы
	2. Наличие ундулирующей мембраны и жгутиков
	3. Отсутствие ядра или ядерной субстанции
	4. Высокое сходство с вирусами
	5. Разнообразие нитевидных, кокковидных и зернистых форм\*
11. Какие микобактерии из перечисленных вызывают туберкулез у человека?
	1. MYCOBACTERIUM MICROTI
	2. MYCOBACTERIUM PARATUBERCULOSIS
	3. MYCOBACTERIUM PHLEI
	4. MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE
	5. MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS\*
12. Какие клетки осуществляют переработку туберкулезного антигена и предъявление его иммунокомпетентным клеткам?
	1. Тромбоциты
	2. Эозинофилы и моноциты
	3. Макрофаги\*
	4. Тучные клетки
	5. Клетки Пирогова-Лангханса
13. Какие факторы являются определяющими в возникновении и развитии туберкулеза?
	1. Различные штаммы микобактерий
	2. Наследственная сниженная устойчивость макроорганизма к МБТ
	3. Возрастные особенности макроорганизма
	4. Вредные привычки, профессиональные вредности
	5. Микобактерии туберкулеза и нарушение иммунитета**\***
14. Какие субпопуляции МБТ выделяют?
	1. Бактериальные формы, L-формы, ультрамелкие МБТ
	2. Внутриклеточные и внеклеточные микобактерии
	3. Устойчивые и чувствительные к туберкулостатикам
	4. Активно метаболизирующие, медленно размножающиеся, персистирующие\*
15. Какие наиболее частые патофизиологические нарушения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем встречаются у больных туберкулезом легких?
	1. Развитие дыхательной недостаточности\*
	2. Развитие легочно-сердечной недостаточности
	3. Нарушение основного обмена
	4. Развитие сердечно-сосудистой недостаточности
	5. Развитие сосудистой недостаточности
16. За какое время ультрафиолетовое облучение убивает микобактерии туберкулеза?
	1. 6 часов
	2. 1 час
	3. 30 минут
	4. 20 минут
	5. 2-3 минуты\*
17. Как долго сохраняют свою жизнеспособность микобактерии туберкулеза на страницах книг?
	1. До десяти дней
	2. До года
	3. 3дня
	4. До трехмесяцев\*
	5. До шести месяцев
18. Как долго растут микобактерии туберкулеза человеческого типа при посеве на питательные среды?
	1. От 1 месяца до 6 месяцев
	2. От 2 недель до 3 месяцев\*
	3. От 2 недель до 3 недель
	4. От 2 дней до 7 дней
19. Как выглядят микобактерии при окраске мазка по Цилю-Нильсену?
	1. Фиолетовые микобактерии на белом фоне
	2. Черные микобактерии на белом фоне
	3. Красные микобактерии на желтом фоне
	4. Зеленые микобактерии на розовом фоне
	5. Красные микобактерии на синем фоне\*

Тема 2: Туберкулинодиагностика, рентгендиагностика.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Вопросы для устного опроса:
2. Клинико-морфологические особенности туберкулиновой реакции в зависимости от стадии заболевания и индивидуальной чувствительности к туберкулину.
3. Туберкулин и аллерген туберкулезный рекомбинантный.
4. Понятие о вираже туберкулиновой чувствительности.
5. Цель постановки различных видов туберкулиновых проб.
6. Основные методы рентгенологического обследования с целью диагностики туберкулеза, их информативность, достоинства и недостатки.
7. Основные рентгенологические синдромы при заболеваниях органов дыхания.
8. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача 6.

Ребенок 7 лет направляется для ревакцинации БЦЖ. Динамика пробы Манту у пациента составляет:

1 г. – 5 мм

2 г. – 3 мм

3 г. – 4 мм

4 г. – 5 мм

5 л. – 4 мм

6 л. – 3 мм

7 л – 10 мм

Задание:

1. Сформулируйте заключение и обоснуйте.
2. Составьте план дальнейших действий.

Задача 7.

У ребенка 6 лет динамика пробы Манту составляет:

1 г. – 10 мм

2 г. – 5 мм

3 г. – 4 мм

4 г. – 3 мм

5 л. – 3 мм

6 л. – отр.

Задание:

1. Объясните изменения пробы.
2. Составьте план дальнейших мероприятий.
3. Необходимы ли Вам дополнительные данные? Если «да» - то какие?

Задача 8.

При проведении пробы Манту в детском саду у ребенка 5 лет выявлен результат 15 мм. Ребенок направлен на консультацию к фтизиопедиатру.

Задание:

1. Составьте перечень необходимых исследований.
2. Требуются ли Вам дополнительные данные? Если «да» - то какие?

Задача 9.

У ребенка 4 лет динамика пробы Манту составляет:

1 г. – 6 мм

2 г. – 5 мм

3 г. – 5 мм

4 г. – 12 мм

Задание:

1. Сформулируйте заключение и обоснуйте.
2. Составьте план дальнейших действий.

Задача 10.

Пациент 24 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 380С, слабость. При флюорографическом обследовании отмечается равномерное усиление легочного рисунка по всем легочным полям.

Задание:

1. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Тестовые задания:
4. В каких случаях нецелесообразно делать пробу Манту с 2 ТЕ?
	1. Если делалась прививка БЦЖ в течение последнего года
	2. Инфекционное заболевание в период обострения\*
	3. Предшествующая положительная реакция на туберкулин
	4. Предшествующая отрицательная реакция на туберкулин
	5. Подозрение на туберкулезное инфицирование
5. Какие элементы корня легкого дифференцируются на рентгенограммах в норме?
	1. Сосуды легочной артерии, внутригрудные лимфоузлы
	2. Аорта, верхняя полая вена
	3. Сосуды легочной артерии, крупные вены, бронхи\*
6. Какой метод обеспечивает изображение поперечных слоев человеческого тела?

1) Крупнокадровая флюорография

2) Фибробронхоскопия

3) Селективная бронхография

4) Компьютерная томография\*

1. С какой целью проводится индивидуальная туберкулинодиагностика?

1) Отбор на ревакцинацию БЦЖ

2) Определение риска инфицирования туберкулезом

3) Создание специфического иммунитета против туберкулеза

4) Определение активности туберкулеза, дифференциальная диагностика\*

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

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

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л\*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

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

1) Папула диаметром 5-21 мм\*

2) Папула диаметром 3-25 мм

3) Гиперемия диаметром более 5 мм

4) Гиперемия диаметром более 21 мм

5) Папула диаметром до 5 мм

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

1) Скудностью феноменов\*

2) Яркой выраженностью феноменов

3) Быстрой динамикой феноменов

4) Полным отсутствием феноменов

5) Быстрой сменой локализации феноменов

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

1) Флюорография

2) Рентгеноскопия

3) Электрорентгенография

4) Латерография

5) Рентгенография с томографией\*

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

1) В 3, 7 и 10 сегментах

2) В 1, 2 и 6 сегментах\*

3) В базальных сегментах

4) В язычковых сегментах

5) В 3, 7 и 9 сегментах

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

1) Обзорная рентгенограмма в боковой проекции

2) Исследование больного на трохоскопе

3) Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

4) Рентгенограмма в латеропозиции\*

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

1) Поперечное сечение сосудов

2) Продольное сечение сосудов

3) Кортикальный слой близлежащего ребра\*

4) Тени грудины и лопатки

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

1) Туберкулез внутригрудных лимфоузлов\*

2) Хроническая пневмония

3) Силикоз

4) Врожденные пороки сердца

5) Центральный рак

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

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

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

3) Расположение, величина, плотность, количество

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

1) Поперечный размер папулы, везикулы\*

2) Размер папулы и гиперемия

3) Гиперемия и везикулы

4) Продольный размер папулы, везикулы

1. Как отличить очаговую тень от фокуса затемнения?

1) По форме

2) По интенсивности

3) Правильны все ответы

4) По размерам\*

Тема 3: Противотуберкулезные диспансеры. Совместная работа общей лечебной сети по раннему выявлению туберкулеза. Задачи ПТД, методы организации и содержание его работы, организация и проведение диагностики туберкулеза.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

**1**. Вопросы для устного опроса:

1. Противотуберкулезный диспансер, организация работы. Задачи, стоящие перед диспансерами: профилактические мероприятия, организационно-методические руководства в районе обслуживания, организация своевременного выявления больных туберкулезом, организация лечения больных, связь с лечебными учреждениями общей медицинской сети, анализ эпидемиологических показателей в районе.
2. Основные законодательные акты, регламентирующие работу противотуберкулезной службы (ФЗ №77 от 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ», ФЗ №52).
3. Принципы взаимодействия МО ОЛС с противотуберкулезным диспансером, зоны ответственности. Содержание совместной работы терапевта и фтизиатра.
4. Принципы и методы диагностики туберкулеза. Клинический минимум обследования.
5. Выявление лиц с риском заболевания туберкулезом, методика их обследования, показания к направлению в противотуберкулезный диспансер
6. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача 11.

Больной 32 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, кашель с мокротой. Периодически отмечает повышение температуры. К врачу не обращался, так как перечисленные жалобы связывал с длительным стажем курения. Пришел к врачу по поводу появления крови в мокроте.

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 12.

Пациент 54 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на похудание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2-37,30С в последние 2 месяца. При флюорографическом обследовании выявлен фокус затемнения в S-1 левого легкого 2х3 см с нечеткими контурами и просветлением в центре.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования пациента.
3. Какие заболевания необходимо выявить у пациента в анамнезе?

Задача 13.

Пациент полгода назад выписан к работе после перенесенного очагового туберкулеза. Обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры до 380С, припухлость под нижней челюстью слева.

При осмотре слизистая полости рта без видимых патологических изменений, миндалины не увеличены, слева под нижней челюстью пальпируется группа увеличенных лимфатических узлов, слабоболезненных при пальпации, плотноэластичной консистенции.

Задание:

1. Составьте перечень предполагаемых заболеваний.
2. Составьте план обследования пациента.
3. Консультация каких специалистов Вам необходима?

Задача 14.

Пациент обратился к участковому терапевту для прохождения флюорографического обследования с целью контроля «рентгенположительных» изменений в легких. На флюорограмме обнаружено увеличение размера очага. Обследуемый жалоб не предъявляет.

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Необходима ли Вам консультация фтизиатра? Если да, то обоснуйте и составьте направление.
3. Если нет, составьте план дальнейших действий.

Задача 15.

На Вашем участке находится общеобразовательная школа. Вам необходимо провести профилактическое обследование на туберкулез.

Задание:

1. Какие методы обследования Вы будете использовать?
2. Составьте план обследования и определите сроки.

**2**. Тестовые задания:

1. С какого возраста должны проводиться массовые флюорографические профосмотры населения?

1) С семилетнего возраста

2) С семнадцатилетнего возраста

3) С двенадцатилетнего возраста

4) С пятнадцатилетнего возраста\*

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

1) Флюорографический, иммунологический, термометрия

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

3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический

4) Флюорографический, туберкулинодиагностика\*

1. Какова периодичность флюорографических профосмотров для большинства обязательных контингентов и групп повышенного риска заболевания туберкулезом и раком легких?

1) Не реже одного раза в год\*

2) Не реже двух раз в год

3) Не реже одного раза в два года

4) Один раз в три года

1. Кто из перечисленных контингентов относится к "неорганизованному населению", подлежащему профилактическим флюороосмотрам?

1) Работники мелких предприятий, куда не выезжают передвижные флюорографические установки

2) Учащиеся высших и средних учебных заведений

3) Работающие и учащиеся, не входящие в перечень подлежащих обязательным флюороосмотрам, определенных риказами Минздрава РФ

4) Неработающие, пенсионеры, инвалиды, иждивенцы\*

1. Кто отвечает за проведение профилактических осмотров населения на участке?

1) Участковый фтизиатр

2) Участковый терапевт

3) Заведующий региональной поликлиникой

4) Главный врач регионального противотуберкулезного учреждения

5) Все перечисленные, каждый за свой раздел работы. \*

1. Какова основная задача массовой туберкулинодиагностики?

1) Профилактика туберкулеза, определение активности туберкулеза

2) Иммуностимуляция молодого организма

3) Диагностика поствакцинальной аллергии

4) Отбор на ревакцинацию БЦЖ, определение тубинфицирования, выявление туберкулеза\*

5) Дифференциальная диагностика легочной патологии

1. О чем свидетельствует угасание туберкулиновой чувствительности на фоне прогрессирования туберкулезного процесса?

1) О пассивной или отрицательной анергии\*

2) О поствакцинальной реакции

3) Об активной или положительной анергии

4) О парадоксальной туберкулиновой чувствительности

1. Что называется туберкулином?

1) Вытяжка из ослабленного штамма бульонной культуры МБТ

2) Фильтрат бульонной культуры бычьего типа МБТ

3) Вакцина, содержащая обломки и продукты МБТ бычьего типа

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

5) Гомогенизированная очищенная культура авирулентных МБТ

1. В каких случаях нецелесообразно делать пробу Манту с 2 ТЕ?

1) Если делалась прививка БЦЖ в течение последнего года

2) Инфекционное заболевание в период обострения\*

3) Предшествующая положительная реакция на туберкулин

4) Предшествующая отрицательная реакция на туберкулин

5) Подозрение на туберкулезное инфицирование

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

1) Проба Коха с 10 ТЕ ППД-Л

2) Проба Квейма

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л \*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

1. Что называется виражом туберкулиновой пробы?

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

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

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

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

1. Какой метод обеспечивает изображение поперечных слоев человеческого тела?

1) Крупнокадровая флюорография

2) Компьютерная томография\*

3) Селективная бронхография

4) Фибробронхоскопия

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

1) Флюорография

2) Рентгеноскопия

3) Электрорентгенография

4) Латерография

5) Рентгенография с томографией\*

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

1) Иммунологический

2) Лабораторный

3) Гистологический\*

4) Туберкулинодиагностика

5) Радиологический

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

1) Лабораторный

2) Радиоизотопный

3) Рентгенологический\*

4) Туберкулинодиагностика

Тема 4: Профилактика туберкулеза.

Вопросы для устного опроса: Форма текущего контроля успеваемости: тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач*.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Виды профилактики туберкулеза.
2. Роль государства и системы здравоохранения в социальной профилактике туберкулеза.
3. Санитарная профилактика туберкулеза. Понятие об очаге туберкулезной инфекции. Действующая группировка очагов туберкулеза. Профилактическая работа в очагах туберкулезной инфекции со стороны фтизиатров и санитарно-эпидемического надзора.
4. Специфическая профилактика туберкулеза.
5. Календарь и техника вакцинации и ревакцинации БЦЖ, оценка эффективности. Виды и лечение поствакцинальных осложнении.
6. Виды и показания к химиопрофилактике.
7. Дезинфекция при туберкулезе. Средства и методы дезинфекции.
8. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача 16.

Больной госпитализирован в стационар по поводу впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких, МБТ+. Пациент проживает в благоустроенной квартире с женой и 2 детьми – 5 и 16 лет.

Задание:

1. Какие мероприятия необходимо провести в отношении жены и детей?
2. В какой диспансерной группе наблюдаются контактные лица по туберкулезу, в течение какого времени?
3. Нуждаются ли контактные лица в проведении химиопрофилактики?

Задача 17.

Выявлен очаг туберкулеза 1 группы эпидемической опасности.

Задание:

1. Перечислите критерии, на основании которых определен данный класс опасности.
2. Какие виды дезинфекции необходимо провести в очаге?
3. Какие рекомендации необходимо дать лицам, контактным туберкулезу?

Задача 18.

В подготовительной группе детского сада перед ревакцинацией БЦЖ проведена проба Манту 25 детям. У четырех детей она оказалась гиперэргической. Еще двое детей имели положительную реакцию Манту в возрасте 4 лет.

Задание:

1. Определите, сколько детей подлежит ревакцинации БЦЖ, и объясните почему.
2. Определите тактику действий в отношении детей с гиперэргической пробой Манту.
3. Составьте план действий для детей с положительной пробой Манту в анамнезе.

Задача 19.

Ребенку в роддоме не сделали вакцинацию БЦЖ, так как у него были катаральные явления и повышение температуры тела до 38°С. При выписке ребенок здоров.

Задание:

1. Определите срок и место проведения вакцинации БЦЖ?
2. Составьте план обследования ребенка перед вакцинацией БЦЖ.
3. Через какой срок после вакцинации у ребенка сформируете противотуберкулезный иммунитет?

Задача 20.

Больной состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции в течение 10 лет. В настоящий момент уровень СД-4 клеток у пациента составляет 79 кл/мкл.

Задание:

1. Требуется ли пациенту назначение химиотерапии для профилактики туберкулеза?
2. Определите показания для назначения химиопрофилактики туберкулеза.
3. Назначьте курс химиопрофилактики туберкулеза (препараты, дозы).

3. Тестовые задания:

1. Чем отличается заключительная дезинфекция в тубочаге от текущей?

1) Обьемом дезинфекционных мероприятий

2) Использованием сильнодействующих средств

3) Периодичностью проведения

4) Проводится дезстанцией\*

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

1) Изониазид\*

2) Рифампицин

3) Метазид

4) Тизамид

5) Этамбутол

1. Как предпочтительнее принимать суточную дозу изониазида при проведении химиопрофилактики?

1) В один прием\*

2) В два приема

3) В три приема

4) Не имеет значения

1. Какой должна быть доза изониазида для проведения химиопрофилактики взрослым?

1) 0,3г в сутки

2) 0,45 г в сутки

3) 0,9г в сутки

4) 0,6г в сутки\*

1. Что подразумевается под очагом туберкулеза?

1) Место жительства больного туберкулезом легких

2) Регион с высокой заболеваемостью туберкулезом

3) Регион с ростом заболеваемости туберкулезом

4) Место жительства или работы больного туберкулезом бацилловыделителя\*

1. Кто проводит текущую дезинфекцию в очаге туберкулеза?

1) Родственники пациента или он сам\*

2) Сотрудники районной поликлиники

3) Сотрудники санитарно-эпидемической службы

4) Сотрудники коммунальных служб города

5) Сотрудники противотуберкулезного диспансера

6) Сотрудники дезстанции по заявке тубдиспансера

1. Предупреждает ли вакцинация БЦЖ заболевание туберкулезом?

1) Предупреждает

2) Не предупреждает\*

3) Предупреждает только повторная вакцинация

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

1) 1-2 года

2) 3-4 года

3) 10 лет

4) 5-7 лет\*

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

1) 2-3 недели

2) 4 недели

3) 12-14 недель

4) В течение года

5) 6-8 недель\*

6) 5-7 дней

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

1) 3-7

2) 8-10

3) 1-2\*

1. Как должна вводиться вакцина БЦЖ?

1) Внутрикожно\*

2) Подкожно

3) Накожно

4) Внутримышечно

1. Какова типичная динамика местной прививочной реакции БЦЖ?

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

2) Гиперемия, папула, корочка, рубчик, пустула

3) Гиперемия, инфильтрат, корочка, рубчик

4) Папула, корочка, пустула, пигментация

1. Какие противопоказания для вакцинации БЦЖ являются абсолютными?

1) Гемолитическая болезнь новорожденных, нарушения гемоликвородинамики

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

3) Перинатальная энцефалопатия, асфиксия новорожденных

1. В каком варианте ответа приведена правильная методика обработки посуды с остатками пищи в противотуберкулезных учреждениях?

1) Замачивание в 2% растворе гипохлорита на 45 минут

2) Кипячение в 2% растворе пищевой соды 15 минут с момента закипания\*

3) Замачивание в 5% растворе хлорамина на 30 минут

1. Какой метод является методом активной специфической профилактики туберкулеза?

1) Вторичная химиопрофилактика

2) Массовая туберкулинодиагностика

3) Туберкулинотерапия

4) Массовая флюорография

5) Вакцинация БЦЖ \*

Тема 5: Организация раннего и своевременного выявления туберкулеза у подростков и взрослых.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

1. Вопросы для устного опроса:
2. Организация и сроки проведения массовой туберкулинодиагностики подростков и ежегодной флюорографией взрослого населения. Понятие о раннем, своевременном, несвоевременном или позднем выявлении туберкулеза в современных условиях.
3. Контингенты населения, подлежащие обязательному и систематическому флюорографическому обследованию на туберкулез. Группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом (социальные, поликлинические, фтизиатрические). Декретированные контингенты.
4. Выявление больных туберкулезом в общей лечебной сети. Методы выявления туберкулеза в различных возрастных группах населения: лучевые методы диагностики, микробиологическое исследование мокроты, иммунодиагностика.
5. Выявление туберкулеза челюстно-лицевой области.
6. Тексты ситуационных задач (типовые):

Задача 21.

Больной 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов нижней челюсти справа. При осмотре кариозных и воспалительных изменений не выявлено. При рентгенологическом обследовании нижней челюсти выявлено: диффузный остеопороз, полость деструкции с нечеткими неровными контурами с наличием костных «обломков».

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 22.

Больной обратился к участковому врачу с жалобами на припухлость под нижней челюстью. При осмотре выявлено: увеличенная группа поднижнечелюстных лимфоузлов слева, плотноэластичной консистенции, слабоподвижных, безболезненных при пальпации. Кожа над л/узлами синюшного оттенка.

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 23.

Больная 57 лет, пенсионерка, обратилась к врачу с жалобами на боль в горле, повышение Т до 38,40С, слабость. Заболела 7 дней назад, появились кашель, насморк, субфебрильная Т. Лечилась домашними средствами. К 5-6 дню состояние ухудшилось – наросла слабость, Т достигла 38,0-38,50С, появились боли в горле. Объективно: состояние средней тяжести, выражены слабость, бледность кожных покровов, Т 38,00С. Пальпируются шейные и подчелюстные лимфоузлы, эластичные, чувствительные, размером до 1 см в диаметре. Лицо одутловато, гиперемия и отечность конъюнктив. Небные дужки, задняя стенка глотки гиперемированы, гипертрофия миндалин, гиперплазия фолликулов. ОАК: эритроциты. – 5,0 х1012/л, Нв – 120 г/л, лейкоциты – 7,0 х109/л, э -2, п –10, с –43, л –40, м-5 %, СОЭ – 24 мм/час. С каким из заболеваний нет необходимости дифференцировать?

Задание:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Можно ли у данного пациента заподозрить туберкулез? Если да, то обоснуйте предположение. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите методы исследования, необходимые для подтверждения или исключения туберкулеза.

Задача 24.

Мужчина 24 лет обратился в поликлинику, 3 месяца назад он заметил увеличение шейных лимфатических узлов слева, лечился самостоятельно, принимал аналгетики и неспецифические антибиотики, без эффекта. Позже появились слабость, снижение работоспособности, аппетита, потливость, субфебрильная температура. Объективно: слева в затылочной области пальпируется группа лимфатических узлов, безболезненных, различного размера – от 0,5 до 2,5 см в диаметре, плотные, без четких границ, малоподвижные. При микроскопии пунктата лимфатических узлов обнаружены гигантские клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки, скопление фибрина, макрофагов, лейкоцитов, клетки детрита. В крови: Л-12,1х109/л, п/я-5%, с/я-60%, э-3%, л-18%, м-14%, СОЭ-26мм/ч

 Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 25.

Больной 18 лет поступил в стационар с жалобами на боли в горле справа, недомогание, слабость. Из анамнеза: 3 месяца назад появилась припухлость на шее справа, увеличенный лимфоузел шеи был удален.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Внутренние органы без патологических изменений. На шее справа над ключицей плотный лимфоузел, спаянный с окружающими тканями. Над этим узлом в центре послеоперационного рубца выделяющий гнойный свищ диаметром 3мм. В гемограмме: Л-9,5х109/л, п/я-2%, с/я-63%, э-2%, л-27%, м-6%, СОЭ-31мм/ч. Иммунодиагностика: проведена проба Манту с 2 ТЕ – папула 23 мм с образованием в его центре везикулы. Правая миндалина увеличена до III степени, в ее криптах скудное мутное содержимое. Гистологически выявлен казеозные некротические массы, клеточный детрит.

 Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

3.Тестовые задания:

1. В каком случае из перечисленных туберкулез органов дыхания выявлен своевременно?

1) Первичный тубкомплекс в фазе распада, БК-

2) Цирротический туберкулез первого сегмента правой верхней доли, БК-

3) Туберкулема в фазе распада, БК-

4) Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, БК-\*

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

1) С семилетнего возраста

2) С десятилетнего возраста

3) С двенадцатилетнего возраста

4) С пятнадцатилетнего возраста\*

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

1) Флюорографический, иммунологический, термометрия

2) Флюорографический, туберкулинодиагностика \*

3) Клинический, рентгеноскопический и рентгенографический

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

1. Какая форма туберкулеза наиболее опасна в эпидемиологическом отношении?

1) Казеозная пневмония

2) Милиарный туберкулез

3) Цирротический туберкулез

4) Кавернозный туберкулез

5) Фиброзно-кавернозный туберкулез\*

1. Какая проба используется для массовой туберкулинодиагностики в России?

1) Проба Коха с 10 ТЕ ППД-Л

2) Проба Квейма

3) Проба Пирке в модификации Карпиловского-Гринчара

4) Проба Манту в 2 ТЕ ППД-Л \*

5) Проба Манту со вторым разведением АТК

1. Какая форма первичного туберкулеза самая ранняя?

1) Первичный туберкулезный комплекс

2) Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

3) Диссеминированный острый милиарный туберкулез

4) Туберкулезный менингоэнцефалит

5) Туберкулезная интоксикация детей и подростков\*

1. Какие пути передачи тубинфекции выделяют?

1) Капельный, пылевой, контактный, внутриутробный

2) Аэрогенный, алиментарный, контактный, внутриутробный\*

3) Воздушно-пылевой, контактный, через околоплодные воды

4) Капельный, пылевой, алиментарный, контактный

1. Какой метод раннего выявления туберкулеза у взрослых является основным в России?

1) Массовая туберкулинодиагностика (проба Манту с 2 ТЕ)

2) Всеобщая диспансеризация населения

3) Массовое бактериологическое обследование

4) Массовая флюорография и флюорография декретированных групп\*

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

1) Иммунологический

2) Лабораторный

3) Гистологический\*

4) Туберкулинодиагностика

5) Радиологический

1. Какие группы периферических лимфоузлов поражаются туберкулезом наиболее часто?

1) Паховые

2) Подчелюстные

3) Надключичные и подключичные

4) Подмышечные

5) Шейные\*

1. Какие кости и суставы поражаются туберкулезом чаще всего?

1) Кости и суставы конечностей, позвоночник\*

2) Плоские кости

3) Кости и суставы черепа и лица

4) Кости и суставы таза

1. Какое течение туберкулезных лимфаденитов встречается чаще?

1) Острое

2) Подострое\*

3) Хроническое

4) Бессимптомное

1. Какая клиническая форма туберкулеза относится к запущенному случаю выявления туберкулеза?

1) Любая при наличии бацилловыделения

2) Диссеминированная

3) С наличием деструкции легочной ткани

4) Фиброзно-кавернозная \*

1. Всегда ли однократное обнаружение МБТ в мокроте пациента методом бактериоскопии подтверждает активность туберкулеза?

1) Да

2) Нет\*

3) Да, если бактериоскопия сделана с использованием метода флотации

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

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

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

3) Курильщики, алкоголики, наркоманы

4) Лица длительное время работавшие на вредном производстве

5) Все приведенные контингенты

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

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

1. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине: «Инфекционные болезни, фтизиатрия» проводится в форме зачета по зачетным билетам, в устной форме.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации:

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*Рд=Рт+Рб+Рз,*

*где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

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

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

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

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

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

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

1. Клиника гриппа.

2. Лечение и профилактика гриппа.

3. Парагрипп и риновирусная инфекция.

4. Аденовирусная инфекция.

5. Менингококковая инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез.

6. Диагноз и дифференциальный диагноз менингитов.

7. Менингококковая инфекция. Лабораторная диагностика.

8. Менингококковая инфекция. Лечение.

9. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

10. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции (В. И. Покровский, 2006 г).

11. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции.

12. ВИЧ-инфекция. Принципы антиретровирусной терапии.

13. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

14. Сибирская язва. Клиническая классификация.

15. Сибирская язва. Лабораторная диагностика. Лечение.

16. Чума. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

17. Чума. Клиническая классификация.

18. Чума. Лабораторная диагностика. Лечение.

19. Клиника и лечение рожи.

20. Дифференциальный диагноз ангины и дифтерии.

21.Современная эпидемическая обстановка по туберкулезу в мире, РФ и Оренбургской области. Причины ухудшения. Основные эпидемиологические показатели.

22. Этиология туберкулеза. Методы обнаружения микобактерий туберкулеза у детей, подростков и взрослых.

23. Методы диагностики туберкулеза:

24. Задачи и цели туберкулинодиагностики. Проба Манту с 2 ТЕ. Техника постановки и чтения. Препарат Диаскинтест.

25. Источники и пути передачи туберкулезной инфекции. Свойства микобактерий туберкулеза, их влияние на распространенность МБТ в окружающей среде и заболеваемость населения.

26. Массовые и групповые обследования детей, подростков и взрослых на туберкулез. Группы населения, подлежащие обязательному и систематическому обследованию.

27. Вираж туберкулиновой пробы. Тактика врача при выявлении виража у ребенка.

28. Вакцинация БЦЖ. Условия хранения вакцины. Показания и противопоказания к вакцинации БЦЖ. Техника вакцинации.

29. Основные принципы химиотерапии туберкулеза. Основные противотуберкулезные препараты. Механизм действия, пути и методы введения, дозы, побочные действия и методы профилактики.

30. Основные принципы химиотерапии туберкулеза. Резервные противотуберкулезные препараты. Механизм действия, пути и методы введения, дозы, побочные действия и методы профилактики.

31. Задачи и функции противотуберкулезного диспансера. Основные нормативные документы.

32. Химиопрофилактика у детей, подростков и взрослых. Контингенты, подлежащие химиопрофилактике. Препараты и дозы.

33. Типы очагов туберкулезной инфекции. Работа врача в очаге туберкулезной инфекции.

34. Патогенетическое лечение больных туберкулезом легких.

35. Виды профилактики туберкулеза. Группы повышенного риска заболевания туберкулезом. Обязательные контингента, подлежащие регулярному обследованию.

36. Методы дезинфекции при туберкулезе, используемые средства.

37. Особенности течения клинических форм туберкулеза у детей, подростков и взрослых в современных условиях.

38. Туберкулезные поражения языка, слизистых оболочек полости рта, слюнных желез, костей челюстно-лицевой области.

39. Стоматологическая помощь больным туберкулезом.

40. Инфекционная безопасность: определение, виды и методы осуществления. Индивидуальные методы инфекционной безопасности.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

Задача №1

Больная П., 25 лег. Жалобы на головную боль, головокружение, рвоту, резкий сухой кашель, носовое кровотечение, слабость, отсутствие аппетита. Больна 2 дня.

Анамнез заболевания: заболела 5 декабря во второй половине дня, почувствовала озноб, повысилась температура тела до 39,5°. появилась головная боль в области лба и глазных яблок, всю ночь под 6 декабря не спала, была рвота. 6 декабря во второй половине дня появилась боль в горле, насморк, чувство першения и царапания за грудиной, температура повысилась до 40°, головная боль усилилась, рвота повторилась 3 раза. Было непродолжительное носовое кровотечение. На дом был вызван врач скорой помощи, который доставил больную в инфекционную больницу.

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

Эпидемиологический анамнез: работает в школе буфетчицей. Личную гигиену соблюдает. В контакте с лихорадящими больными не была.

 Объективно: общее состояние тяжелое, сознание ясное. Лицо одутловатое, гиперемировано. На коже сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. 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 -100/70 мм рт.ст. 11ульс 120 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев ярко гиперемирован. На мягком небе яркая гиперемия и «зернистость». Живот при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Сознание ясное. Выражена ригидность затылочных мышц. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные.

Задача №2

Больной В., 17 лет. Жалобы на общее недомогание, головную боль, грубый сухой кашель, боль в горле. Болен 7 дней.

Анамнез заболевания**:** заболел 5 октября. Почувствовал насморк, боль в горле. 6 октября появилась головная боль без четкой локализации, температура повысилась до 37,3°, был небольшой насморк, чихание. 7 октября присоединился резкий грубый сухой кашель, боль в горле, слабость. К врачу не обращался, не лечился. Температуру не измерял ежедневно, она не превышала 37,4-37,5°. 8 октября голос стал осипшим, беспокоила умеренная постоянная головная боль. Принимал таблетки от кашля, но улучшения не было. С 9 октября голос стал беззвучным, беспокоил грубый кашель, насморк, чихание. 10 октября обратился к врачу. Дома самостоятельно лечился содовыми ингаляциями. Продолжал посещать школу. 11 октября состояние ухудшилось: появилась боль в правой половине грудной клетки при вдохе, озноб, температура повысилась до 38,5°. усилился кашель. 12 октября обратился к участковому врачу.

Анамнез жизни:в прошлом болел корью, скарлатиной, коклюшем. Учится в 11 классе. Материально-бытовые условия хорошие.

Эпидемиологический анамнез:в семье все здоровы. Личную гигиену, соблюдает. Часто посещает школьного товарища, у которого сестренка 6 лет в начале октября перенесла «грипп».

Объективно:общее состояние средней тяжести, температура 39,2°. На коже сыпи нет. Костно-суставная система без патологии. Границы легких в норме. Справа по средней подмышечной линии отмечается укорочение перкуторного звука от IV до VI ребра, там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс 92 в минуту, ритмичный удовлетворительного наполнения, не напряжен. Зев не гиперемирован. Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальных симптомов и патологических рефлексов нет.

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача №3

Военнослужащий П., 19 лет, доставлен в медсанчасть в 11.30 с диагнозом: Грипп, геморрагическая форма. Ночью проснулся от сильного озноба. В 7.00 температура тела - 40°С. При поступлении жалобы на головную боль, боли в мышцах и суставах, резкую слабость, чувство холода. Состояние тяжелое, температура 36,5°С, беспокоен. Кожа бледная, цианоз губ и ногтей. Множественные кровоизлияния в конъюнктивы глаз. На туловище, лице и конечностях, небольшое количество геморрагических элементов, количество и размеры которых в процессе осмотра увеличивается. Пульс-128 уд/мин; АД 80/30 мм рт.ст., ЧД 24 в минуту.

Мочился в 7.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа.

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача №4

 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 до 38°С. Отметил сильную боль в горле, слабость. Занимался самолечением - полоскал горло, принимал аспирин, анальгин. На 2-й день болезни температура стала еще выше - 39,5°С, заметил увеличение шеи, верхняя пуговица на рубашке не застегивалась. Сегодня чувствует себя 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 больного в ЛОР-отделение.

При осмотре: общее состояние тяжелое, температура - 39,1°C. Выраженный отек, шеи с двух сторон, распространяющийся вверх к ушам и 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 сдавленный.

Из носа слизисто-гнойные выделения. Кожа в области носовых ходов мацерирована, на носовой перегородке - пленка (осмотр врача ЛОР). Одышка, ЧД - 26 в мин. АД -180/100 мм рт. ст.

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача № 5

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

1. Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.

2. Определите терапевтическую тактику.

3. Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после

4. Выписки и составьте их планы.

5. Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Задача №6

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

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача №7

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 (38°С). Ознобы повторялись несколько раз в течение суток, а температура уже на второй день достигла высоких цифр (39,5-40°С). Появилась сильнейшая головная боль, кашель вначале сухой, а затем с кровянистой мокротой. Изредка беспокоила рвота.

Эпидемиологический анамнез:Незадолго до болезни вернулся из командировки вне пределов России

Объективно: Состояние больного тяжелое, в поведении его отмечается беспокойство, суетливость. Кожа лица гиперемирована, 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 ударов в минуту, 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. Физиологические отправления в норме.

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача № 8

В приемный покой инфекционной больницы 03.10. поступил больной К., 35 лет. Больной жаловался на повышение температуры до 38°С, головную боль, отечность правого предплечья и кисти. За 4 дня до госпитализации больной заметил красное пятнышко на наружной поверхности правого плеча, 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 38 °С, 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 38,5°С. 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 трети предплечья на наружной поверхности имеется величиной 2,5-3 см. очаг гиперемии. В центре его черная корочка, 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. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача №9

Больной П., 22 лет, бармен в ночном клубе, обратился к участковому терапевту с жалобами на постепенное повышение температуры тела до 38°С, боль в горле, головную боль и расстройство стула, возникшие около 3 недель назад и несколько усилившиеся в день обращения.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Температура тела 38,5 °C. Слизистая зева гиперемирована, отечна, миндалины увеличены, выступают из-за нёбных дужек, налётов нет. При пальпации определяются шейные, подчелюстные, аксиллярные, кубитальные л/у, в размере около 4 - 6 мм (шейные - до 1 см), не спаянные с кожей и между собой, подвижные, болезненные при пальпации. Дыхание над легкими везикулярное. Тоны сердца ритмичные. АД 120 и 75 мм рт.ст. Пульс 85 уд/мин, ритмичный. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги.

В клиническом анализе крови: эритроциты - гемоглобин 140 г/л, гематокрит 41 %, тромбоциты 32lx109/л, лейкоциты - 4,0 109/л, нейтрофилы 44 %, лимфоциты 40 %, моноциты 12 %, базофилы - 2 % эозинофилы - 2 %, СОЭ - 31 мм/ч, обнаружены широкоплазменные лимфоциты.

При сборе эпидемиологического анализа установлено, что больной ведет беспорядочную половую жизнь, не использует средства барьерной контрацепции.

1. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача №10

Больная Б. 54 лет вызвала врача на дом на 3 день болезни по поводу ~~с~~ жалоб~~ами~~ на повышение температуры тела до 39 °С, 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. Обосновать предварительный диагноз.

2. Составить план обследования.

3. Выбрать и обосновать лечение.

Задача № 11

У ребенка 5 лет при проведении ежегодной иммунодиагностики зарегистрирован результат пробы Манту с 2ТЕ – папула 18 мм. В противотуберкулезном диспансере проведена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) – 12 мм. Из анамнеза: 3 месяца назад был контакт с больным туберкулезом – бактериовыделителем. Предыдущие туберкулиновые пробы: в 1 год – 9 мм, 2 года – 7 мм, в 3 года – 5 мм, в 4 года – 4 мм. Вакцинация БЦЖ произведена при рождении, имеется поствакцинальный рубчик 5 мм. Кожные покровы чистые, бледные. Мышечный тургор снижен, периферические лимфатические узлы 6 групп, размерами от 0,5 до 1,5 см, мягко-эластической консистенции. В других органах изменений нет.

В гемограмме: Л – 10,2х109/л, п/я-6%, с/я-38%, л-36%, м-12%, э-8%, СОЭ-29 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки без видимых патологических изменений.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте.

2. Составьте план обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Определите тактику дальнейших действий.

Задача № 12

У ребенка 4 лет после проведения ежегодной иммунодиагностики, зарегистрирована проба Манту с 2ТЕ – папула 15мм. Предыдущие пробы в 1 год – 9 мм, в 2 года – 6 мм, в 3 года – 4 мм, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (ДИАСКИНТЕСТ®) – папула 12 мм. Контакт с больным туберкулёзом не установлен. Рубчик БЦЖ – 7 мм. При обследовании по поводу положительной пробы на момент осмотра у ребенка температура 38,20С, выражены симптомы интоксикации – ребенок адинамичный, бледный, выражена потливость. При пальпации периферические лимфатические узлы пальпируются в 6 группах, размером 0,4-0,8 см, мягко-эластической консистенции, безболезненные, подвижные. В легких справа в межлопаточной области укорочение перкуторного звука.

В гемограмме: Л – 12,4х109/л, п/я-8%, с/я.-56%, л-25%, м-11%. СОЭ-27мм/ч.

На рентгенограмме – корень правого легкого расширен за счет увеличенных лимфатических узлов бронхопульмональной группы справа, усилен прикорневой рисунок.

Задание:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Назначьте химиотерапию по стандартному режим.

4. Поставьте группу диспансерного учета.

Задача № 13

К педиатру обратились родители с жалобами на опухолевидное образование грудной клетки у ребенка 2 лет. Из анамнеза: 3 месяца назад мальчик получил травму грудной клетки, появилась припухлость на грудной клетке справа. Родился здоровым от 1-ой беременности. Перенес пневмонию в 4 месяца. Рубчик от БЦЖ 2 мм. Контакт с больными туберкулезом не установлен. Проба Манту с 2 ТЕ в 1 год – папула 10 мм. Объективно: состояние средней степени тяжести. Активен. Кожные покровы чистые. Вес ребенка при осмотре 10 кг. Дыхание везикулярное. Местно: на грудной клетке по передней подмышечной линии справа на уровне VII ребра имеется опухолевидное образование размером 2,5х2,5 см округлой формы, тугоэластической консистенции. Кожа над образованием не изменена, пальпация слегка болезненна.

Гемограмма: Эр-3,7х1012/л, Hb-94 г/л, Л-13,2·109/л, п/я-11%, с/я-42%, л-24%, м-14%, э-6%, СОЭ-29 мм/ч. При обследовании проба Манту с 2ТЕ- папула 21 мм.

Рентгено-томограмма органов грудной клетки – тень увеличенного паратрахеального лимфоузла справа без четких контуров.

Ребенку проведена открытая биопсия опухоли грудной клетки справа – при выделении опухоли обнаружено в VII-VIII ребрах образование с участком дефекта за счет остеодеструкции и остеонекроза. Гистология – в мягких тканях множественные очаги гранулематозного воспаления с обилием многоядерных гигантских клеток, часть из них типа Пирогова-Лангханса, эпителиоидные и лимфоидные клетки, участки казеозного некроза.

Задание:

1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Проведите дифференциальную диагностику.

3.Назначьте химиотерапию по стандартному режиму.

4. Определите группу диспансерного учета.

Задача №14

Мужчина 22 лет обратился в поликлинику, 4 месяца назад он заметил увеличение шейных лимфатических узлов справа. Лечился самостоятельно, принимал аналгетики и неспецифические антибиотики, без эффекта. Позже появились слабость, снижение работоспособности, аппетита, потливость, субфебрильная температура, боль. В течение последних 5 лет страдает ВИЧ-инфекцией, в центре СПИД не наблюдается. Объективно: справа на затылочной части, в подключичной области пальпируется группа лимфатических узлов, болезненные, разных размеров – от 0,5 до 2,5 см в диаметре, плотные, без четких границ, малоподвижные. При микроскопии пунктата лимфатических узлов обнаружены гигантские клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки, скопление фибрина, макрофагов, лейкоцитов, клетки детрита. Люминесцентная микроскопия пунктата выявила КУМ 3+.

На гемограмме: Л-12,3х109/л, п/я-4%, с/я-64%, л-23%, м-5%, э-2%, СОЭ-29 мм/ч.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте режим химиотерапии.

Задача № 15

К участковому терапевту обратилась женщина 35 лет. 2 месяца назад заметила припухлость в надключичной области справа. Принимала антибиотики – без эффекта. Отмечает периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, повышенную утомляемость. Объективно: справа в надключичной области определяется конгломерат увеличенных малоподвижных, без четких границ, безболезненных, не спаянных лимфатических узлов размером 2,0 на 3,5 см. Слева имеется рубец неправильной формы. Больная сообщила, что в детстве слева на шее был свищ с гнойным отделяемым, который через длительное время зарубцевался. Цитологическое исследование пунктата лимфоузла: гигантские клетки Пирогова-Лангханса, эпителиоидные клетки, лимфоидные элементы. Исследование пунктата на КУМ – положительное.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Подберите режим химиотерапии.
3. Поставьте группу диспансерного учета.
4. Прогноз заболевания.

Задача №16

Больная 17 лет обратилась с жалобами на затрудненное носовое дыхание и увеличенные шейные лимфатические узлы. Из анамнеза: контакт с больным туберкулезом бактериовыделителем.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 38,00С. Кожные покровы бледные, лимфатические узлы пальпируются в 5 группах, безболезненные, мягко-эластичной консистенции, размером от 5 мм до 15 мм. При осмотре ЛОР-органов выявлена гиперплазия небной и глоточной миндалин 3 ст. без выраженных признаков воспаления. Были удалены миндалины аденоиды. При цитологическом исследовании обнаружена грануляционная ткань с участками казеозного некроза, эпителиоидными и гигантскими клетками. Из ткани миндалин и аденоидов методом ПЦР были выделены МБТ.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Подберите режим химиотерапии.
4. Поставьте группу диспансерного учета.

Задача №17

Больная 19 лет поступила в стационар с жалобами на боли в горле слева, недомогание, слабость. Из анамнеза: 4 месяца назад появилась припухлость на шее слева, увеличенный лимфоузел шеи был удален. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Внутренние органы без патологических изменений. На шее слева над ключицей плотный лимфоузел, спаянный с окружающими тканями. Над этим узлом в центре послеоперационного рубца выделяющий гнойный свищ диаметром 3мм.

В гемограмме: Л-10,9х109/л, п/я-4%, с/я-60%, л-24%, м-8%, э-2%, СОЭ-28 мм/ч. Иммунодиагностика проба Манту с 2 ТЕ – папула 23 мм с образованием в его центре везикулы. Левая миндалина увеличена до III степени, в ее криптах скудное мутное содержимое. Гистологически выявлен казеозный некроз, исследование содержимого на КУМ – КУМ в большом количестве.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Подберите режим химиотерапии.
4. Поставьте группу диспансерного учета.

Задача №18

Больная 75 лет, поступила в стационар с жалобами на головные боли, парестезии и болезненность в области левой щеки, слезотечение из левого глаза и его покраснение. Перечисленные жалобы появились около трех лет назад. Общее состояние при поступлении удовлетворительно, температура тела нормальная. При осмотре лица слева выявляется небольшой экзофтальм с латеральным смещением глазного яблока и гиперемией конъюнктивы.

Лор-статус: носовая перегородка по средней линии, латеральная стенка левой половины носа выбухает в просвет общего носового хода; имеется болезненность в зоне клыковой ямки слева, чувствительность в области левого крыла носа утрачена, определяется припухлость левой щеки.

На КТ черепа левая половина носа частично заполнена мягкотканым образованием, которое занимает клетки решетчатого лабиринта и передне-медиальный отдел глазницы, оттесняя глазное яблоко кнаружи. Левая гайморова пазуха также заполнена мягкотканым образованием, ее передняя и медиальная стенки разрушены, задняя стенка сохранена.

При гистологическом исследовании биоптата из левой верхнечелюстной пазухи обнаружена эпителиоидно-клеточная гранулема с казеозным распадом в центре и наличием многочисленных гигантских клеток Пирогова-Лангханса, исследование биоптата на КУМ – КУМ 3+.

 Общий анализ крови: Hb – 138 г/л, Эр-4,3х1012/л, Л-10,9х109/л, э-6%, п/я-4%, с/я-60%, л-16%, м-14%, СОЭ-32 мм/ч

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Подберите режим химиотерапии.

Задача №19

Больная 14 лет, обратилась с жалобами на припухлость заушных лимфатических узлов и гнойные выделения из обоих ушей. Из анамнеза известно, что был контакт с матерью больной туберкулезом, бактериовыделителем. Состояние при поступлении средней тяжести: девочка истощена, температура 38,90С.

При обследовании: слух на оба уха снижен. В обоих наружных слуховых проходах - слизисто-гнойное отделяемое. В области правого сосцевидного отростка - флюктуирующая припухлость. В глубине левого наружного слухового прохода – грануляции. В крови Л-8,0·10\*9/л, э/8%, с/54%, п/4%, л/19%, м/13%, СОЭ-29мм/ч. В содержимом из обоих ушей на КУМ обнаружены КУМ 3+. Иммунодиагностика - проба Манту 2 ТЕ - отрицательная.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Подберите режим химиотерапии.

Задача №20

Больной 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов нижней челюсти справа последние 2 месяца, болезненности не отмечает. Контакт с туберкулезным больным отрицает. На туберкулезном учете не состоял.

При осмотре полости рта кариозных и воспалительных изменений не выявлено. Справа под нижней челюстью пальпируется увеличенный лимфоузел – 1,5 см, безболезненный, плотноэластичной консистенции.

При рентгенологическом обследовании в кости нижней челюсти выявлено: диффузный остеопороз, справа полость деструкции 1,0х1,5 см с нечеткими неровными контурами с наличием костного секвестра.

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 36,80С. ЧДД=18′ в мин, АД=100/70 мм.рт.ст., пульс=72′ в мин.

В ОАК: Эр-5,3х1012/л, Hb-126 г/л, Л-10,6х109/л, э-3%, п/я-8%, с/я-64%, л-19%, м-5%, СОЭ-22мм/ч. Иммунодиагностика - проба Манту с 2 ТЕ – папула 24 мм.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Подберите режим химиотерапии.

Практические задания для проверки сформированных умений и навыков

*(пример типовой ситуационной задачи с эталоном решения)*

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 40,20 С. 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

ЭТАЛОНЫ ОтветОВ на ситуационные задачи

Задача №1

1. Менингококковая инфекция, гнойный менингит, тяжёлое течение, разгар заболевания.
2. Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: 1) интоксикационный синдром (высокая лихорадка, головная боль, рвота, дезориентация в пространстве и во времени); 2) менингеальный синдром – признаки гнойного менингита (головная боль «пульсирующего» характера, тошнота, рвота, фотофобия, гиперакузия); положительный симптом Кернига и ригидность затылочных мышц; ликворологические данные (повышение цитоза, нейтрофильный характер клеточного состава, указывающий на гнойный характер воспаления (99% нейтрофилов), и повышение содержания белка в спинномозговой жидкости);
3. Пациенту рекомендовано: бактериологическое исследование: посев крови, ликвора, слизи из носоглотки на среды для выделения менингококка. Серологическое исследование – метод РНГА в парных сыворотках.
4. Этиотропная терапия: пенициллин в высоких дозах(40-60млн.ЕД в сутки) в/в. Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия с форсированным диурезом кристаллоидными растворами (5% раствор Глюкозы, раствор Рингера, другие солевые растворы), а также коллоидными растворами (Реополиглюкин, Реамберин, Желатиноль, Декстран), одногруппная плазма, 5% Альбумин. Глюкокортикостероиды. Осмодиуретики.

Зачетные билеты

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

 кафедра фтизиатрии и пульмонологии

специальность: 31.05.03 стоматология

дисциплина: инфекционные болезни, фтизиатрия

форма промежуточной аттестации: ЗАЧЕТ

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 20**

1. Дифференциальный диагноз ангины и дифтерии.

2. Туберкулезное поражение лимфатических узлов челюстно-лицевой области. Клиническая симптоматика, диагностика, осложнения.

3. Ситуационная задача № 20.

Заведующий кафедрой эпидемиологии и

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

Заведующий кафедрой фтизиатрии

и пульмонологии, д.м.н., профессор В.Р. Межебовский

Декан стоматологического

факультета, к.м.н., доцент М.В. Столбова

 13.03.2019 г

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практи ческого задания) |
| 1 | ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК.1.1. Знать этические и деонтологи-ческие принципы при оказании медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями | вопросы №7, 27тестовые задания №64, 67, 73-75 |
| Инд.ОПК.1.2. Уметь использовать этические и деонтологические принципы при работе с инфекционными больными | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20 |
| Инд.ОПК.13. Владеть навыками реализации этических и деонтологических принципов при работе с инфекционными больными и их родственниками | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20 |
| 2 | ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Инд.ПК.1.1. Знать основные жалобы, анамнез, клинические проявления и особенности диагностики инфекционных заболеваний и туберкулеза. | вопросы №1-40тестовые задания № 1-40, 46-60 |
| Инд.ПК.1.2. Уметь интерпретировать полученные результаты при проведении клинических, физикальных, лабораторных и инструментальных методов диагностики инфекционных заболеваний и туберкулеза. | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20 |
| Инд.ПК.1.3. Владеть способностью использовать знания жалоб, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных данных в диагностике туберкулеза и инфекционных заболеваний. | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20 |
| 3 | ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Инд.ПК.1.1. Знать основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологические формы, относящиеся к классу 1 "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни" Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | вопросы №1-40 тестовые задания № 41-45, 61-69 |
| Инд.ПК.1.2. Уметь пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра для формулировки диагноза у пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20  |
| Инд.ПК.1.3. Владеть навыками постановки диагноза у больных туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | практические задания (ситуационные задачи) № 1-20 |

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

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования:

* текущего фактического рейтинга обучающегося (рисунок 1);
* бонусного фактического рейтинга обучающегося (таблица 1).

Итоговый рейтинг по дисциплине рассчитывается как сумма результатов текущего и бонусного рейтинга.

## 4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех модулей, входящих в дисциплину, и самостоятельной внеаудиторной работы (СВР; рисунок 1).

Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

Рисунок 1 – Порядок формирования текущего фактического рейтинга (Ртф)

## 4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося

Модульный рейтинг (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение:

- текущего контроля успеваемости студентов на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);

- рубежного контроля успеваемости студентов по модулю (Рк);

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

Рейтинг за практическое занятие (максимально 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 студентов группы. Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Итоговое значение баллов за занятие рассчитывается как среднее арифметическое всех полученных баллов. При пропуске занятия не зависимо 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 проводится рубежный контроль в форме тестирования, за который студент получает от 0 до 5 баллов включительно.

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

За выполнение каждого задания по внеаудиторной самостоятельной работе студент получает от 0 до 5 баллов включительно. Итоговый рейтинг за СВР рассчитывается как среднее арифметическое значение всех бальных оценок, полученных за выполнение каждого этапа – ВСР за весенний и осенний семестры.

4.2 Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество баллов устанавливается по факту набранных бонусных баллов студентами и не имеет конкретного максимального значения).

Таблица 1

 Виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Вид бонусной работы\* | Баллы  |  Примечание |
|  | Выполнение научно-исследовательской работы с участием в конференциях различного уровня* тезисы
* выступление
 | До 5 | 3 – за публикацию тезисов, статьи в сборнике конференции;5 – выступление на секции. |
|  | Разработка наглядных пособий, дидактических материалов (в т.ч. стендов) | До 5 | 3–разработка в электронном виде;5–разработка с оформлением (печатью).  |
|  | Составление тестовых заданий по изучаемым темам | 5 | Составление не менее 10 тестовых заданий с вариантами ответов |
|  | Составление проблемно-ситуационных задач | 5 | Составление не менее 3 ситуационных задач |
|  | Создание учебных кинофильмов | 10 | Длительность видеофильма не менее 5 минут |