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

по специальности 31.05.02 «Педиатрия»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.02 «Педиатрия», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, протокол № 3 от «23» октября 2015 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 экзамена

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в 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-1** Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

**ОПК-2** Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

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

**ОПК-7** Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

**ПК-1** 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.

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

При изучении дисциплины «Инфекционные болезни» в рамках самостоятельной работы каждый студент осуществляет курацию больного с инфекционным заболеванием в отделении под руководством преподавателя с последующим оформлением истории болезни по предлагаемой схеме (схема оформления учебной истории представлена в методических указаниях по самостоятельной работе обучающихся). В случае неблагополучной эпидемиологической ситуации, при невозможности проведения курации больных в отделениях инфекционной больницы, студентам предлагается задание по моделированию клинического случая в соответствии с заданным условием (указан диагноз, форма или вариант нозологии, степень тяжести) по схеме истории болезни.

 В рамках цикла занятий по дисциплине в семестре студентами проводится подготовка рефератов и презентаций

**Темы рефератов**

**Темы рефератов по дисциплине «Инфекционные болезни» для студентов 5 курса педиатрического факультета**

1. Актуальные природно-очаговые заболевания в Российской Федерации и Оренбургской области
2. Противовирусные препараты для лечения инфекционных болезней
3. Антибактериальная терапия при инфекционных заболеваниях
4. Противогрибковая терапия при инфекционных болезнях
5. Паратиф А и В
6. Лихорадка Зика
7. Крымская-Конго лихорадка
8. Ку-лихорадка
9. Желтая лихорадка
10. Эрлихиоз
11. Столбняк
12. Везикулезный риккетсиоз
13. Клинические и эпидемиологические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию
14. Поражения полости рта при ВИЧ/СПИДе
15. Поражение органов дыхания при ВИЧ/СПИДе
16. Поражение ЖКТ при ВИЧ/СПИДе

**Темы презентаций**

1. Дифференциальная диагностика брюшного тифа и сыпного тифа
2. Дифференциальная диагностика бубонной формы чумы и туляремии
3. Дифференциальная диагностика лимфаденопатии стафилококковой и стрептококковой этиологии с чумой
4. Доброкачественный лимфоретикуллез
5. Лихорадка Денге
6. Лихорадка Западного Нила
7. Лихорадка Чикунгунья
8. Геморрагическая лихорадка Эбола
9. Геморрагическая лихорадка Марбург
10. Геморрагическая лихорадка Ласса
11. Коксиеллез
12. Орнитоз
13. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в мире, России, Оренбургской области
14. ВИЧ-ассоциированные заболевания. ЦМВ-инфекция
15. ВИЧ-ассоциированные заболевания. Пневмоцистная пневмония
16. ВИЧ-ассоциированные заболевания. Саркома Капоши

**Рубежный тестовый контроль**

**Модуль №1 «Общие вопросы инфекционной патологии**

1 Что относится к основным молекулярным факторам патогенности микроорганизмов?

1 +Экзотоксины, эндотоксины

2 Внутриклеточные циклические нуклеотиды

3 Метаболиты каскада арахидоновой кислоты

4 Активация свободного радикального окисления

5 Кортикостероидные гормоны

2 К начальным этапам инфекционного процесса относится все перечисленное, кроме:

1 Адгезии

2 Колонизации

3+ Образования комплексов антиген-антитело

4 Образования экзотоксинов или высвобождения эндотоксинов

5 Активация системы комплемент

3 Что не относится к факторам патогенности бактерий?

1 Наличие пилей общего типа

2 Бактериоциногенность

3 Способность продуцировать токсины

4 +Таксономические признаки

5 Все ответы правильные

4 Какие эффекты из перечисленных не относятся к молекулярным основам терапии вирусных инфекций?

1 Блокирование лигандов возбудителей

2 +Использование антибиотиков

3 Блокирование рецепторов макроорганизма

4 Введение рецепторов (антиидиотипические антитела)

5 Использование интерферонов и их индукторов

5 Какие виды лихорадок выделяют в зависимости от выраженности температуры?

1 Субфебрильная (37-37,9)

2 Умеренная (38-38,9)

3 Высокая (40-40,9)

4 Гиперпирексия (41 и выше)

5 +Все перечисленные виды

6 Что не характерно для постоянной лихорадки?

1 Постоянный характер повышения температуры

2 Уровень температуры выше 39°С

3 Суточные колебания температуры менее 1 градуса

4 +Суточные колебания температуры более 1 градуса

5 Гипотермия

7 При каком из заболеваний розеолезная сыпь не встречается

1 Брюшной тиф

2 Паратиф А и Б

3 Сыпной тиф

4 Болезнь Брилля

5 +Псевдотуберкулез

8 При каком из заболеваний точечная сыпь не встречается?

1 Скарлатина

2 Псевдотуберкулез

3 +Корь

4 Стафилококковая инфекция

5 Медикаментозная сыпь

9 На что направлены основные направления и принципы лечения инфекционных болезней?

1 Воздействие на возбудителя

2 Нейтрализацию токсинов

3 Воздействие на макроорганизм

4 Детоксикацию

5 +Все перечисленное

10 Что относится к средствам специфического воздействия на возбудителя

1 Антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны

2 Интерфероны

3 Бактериофаги

4 Сыворотки, вакцины, иммуноглобулин

5 +Все перечисленное

11 Что относится к неспецифическим методам лечения инфекционных болезней?

1 Дезинтоксикационная терапия

2 Препараты крови и кровезаменители

3 Кортикостероидная терапия

4 Гемодиализ, плазмаферез

5 +Все перечисленное

12 Каковы принципы действия профилактических прививок?

1 +Повышение специфического иммунитета, создание невосприимчивости к инфекции

2 Специфическая десенсибилизация

3 Лечение хронических инфекционных заболеваний

4 Повышение общей резистентности организма

5 Все ответы правильные

13 Что применяется для профилактических прививок?

1 Живые вакцины

2 Убитые вакцины

3 Химические вакцины

4 Анатоксины

5 +Все перечисленное

14 Какие лекарственные препараты чаще всего могут приводить к развитию дисбиоза кишечника?

1 Антимикотики

2 +Антибиотики

3 Цитостатики

4 Кортикостероиды

5 Транквилизаторы

15 Что является основным фактором, способствующим возникновению дисбиоза кишечника?

1 Кратность приема препарата

2 Короткий курс лечения

3 Путь введения препарата в организм

4 +Длительность применения и повторные курсы лечения

5 Переход с парентерального на прием препарата внутрь

16 Что является ведущим симптомом при дисбиозе кишечника?

1 Лихорадка

2 Кожная сыпь

3 Артралгия

4 +Дисфункция желудочно-кишечного тракта

5 Стоматит

17 В какие сроки должно быть направлено экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания, не относящегося к особо опасным?

1 Немедленно

2 6 часов

3+1 суток

4 2 суток

5 7 суток

18 Какие антимикробные препараты не рекомендуется назначать новорожденным?

1 Бета-лактамы

2 Гликопептиды

3 +Фторхинолоны

4 Аминогликозиды

5 Метронидазол

19 Какие патогенетические механизмы характерны для вирусных инфекций?

1 Продукции эндотоксинов

2 Продукция экзотоксинов

3 Стимуляция фагоцитоза нейтрофилов

4 Активация системы комплемента

5 +Развитие цитопатогенного эффекта

20 Какие компоненты составляют молекулярную основу терапии бактериальных инфекций?

1 Использование НВПС

2 Антибактериальные средства

3 Пассивная иммунотерапия

4 Иммуностимуляторы и иммунокорректоры

5 +Все перечисленное

21 При каком из заболеваний пятнистая сыпь не встречается

1 Скарлатина

2 +Натуральная оспа

3 Краснуха

4 Инфекционный мононуклеоз

5 Лептоспироз

22 Для какого заболевания не характерна генерализованная лимфоаденопатия

1 Ветряной оспы

2 Инфекционного мононуклеоза

3 +Брюшного тифа

4 Кори

5 Краснухи

23 Для какого из хронически текущих инфекционных заболеваний не характерна генерализованная лимфоаденопатия?

1 Бруцеллеза

2 +Токсоплазмоза

3 ХГВ

4 ХГС

5 ВИЧ-инфекции

24 Что является причиной энцефалопатии у инфекционных больных?

1 Воспаление головного мозга или оболочек

2 Нарушение кровотока и метаболизма

3 Интоксикация микробного происхождения

4 Нарушение функции выделительных органов

5 +Все перечисленное

25 Что не характерно для сопора?

1 Угнетенное сознание с отсутствием словесного контакта

2 Сохранение реакции на боль

3 +Отсутствие зрачковых корнеальных рефлексов

4 Часто возбуждение, тремор, бред

5 Менингеальный синдром

26 Что не характерно для глубокой комы

1 Отсутствие сознания

2 +Сохранение реакции на боль

3 Угнетение сухожильных и других рефлексов

4 Непроизвольное мочеиспускание, дефекация

5 Грубые нарушения дыхания

27 Какие основные симптомы лекарственной аллергии

1 Сыпь, отеки, кожный зуд (балл - 0)

2 Лихорадка, лимфоаденопатия (балл - 0)

3 Артралгии (балл - 0)

4 Стоматит, гингивит, глоссит (балл - 0)

5 Все перечисленное (балл - 9)

28 Что является основанием для диагноза "лекарственная лихорадка"?

1 Отсутствие заболеваний, способных вызвать лихорадку

2 Связь подъема температуры по времени с приемом "сенсибилизирующего" препарата

3 Нормализация температуры через 72 часа после отмены препарата

4 Нормализация температуры после отмены "сенсибилизирующего препарата"

5 +Все вышеуказанное

**Модуль №2 Частные вопросы инфекционной патологии**

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

а) бактериемии

б) интоксикации

в) сенсибилизации лимфатического аппарата тонкой кишки

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

**д) секреторной диареи**

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

а) сенсибилизация лимфатических образований, развитие реакции гиперчувствительности замедленного типа

б) токсическое воздействие желчи при заболевании

в) активизация и воздействие условно – патогенной флоры

г) отсутствие щадящей диеты на 1-й недели заболевания

д) усиленная перистальтика кишечника

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

а) лихорадки

б) скудной петехиальной сыпи

в) слабости, вялости, адинамии

г) гепатолиенального синдрома

д) отечного языка со свободными от налета краями и кончиком

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

а) высокая температура тела, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия, выраженная интоксикация с преобладанием заторможенности

б) выраженная интоксикация с преобладанием возбуждения, экзантема, относительная брадикардия, гепатоспленомегалия

в) экзантема, тахикардия, гепатоспленомегалия, запор

**5. Сыпь при брюшном тифе**

а) скудная, петехиальная с преимущественной локализацией на нижних конечностях

б) скудная, розеолезная , с преимущественной локализацией в области живота и груди

в) пятнисто-папулезная, равномерно покрывающая все тело

 **6. Основные клинические симптомы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом:**

 лихорадка, сухость во рту, жажда, рвота

боли в поясничной области, светобоязнь, одутловатость лица, век

кровоизлияния в склеры, в места инъекций, желудочные, маточные кровотечения

снижение диуреза, упорная бессоница, неадекватное поведение больного, наличие менингеальных знаков

все перечисленное

**7. В фазе олигурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают:**

**изогипостенурию, протеинурию:**

эритроциты и лейкоциты

клетки почечного эпителия, зернистые, фибриновые цилиндры

все перечисленные изменения

все указанное не соответствует истине

**8. Из серологических реакций для диагностики хронического бруцеллеза применяют следующие:**

агглютинации (Райта)

непрямой гемагглютинации (РНГА)

Хеддльсона

Кумбса

все перечисленные

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

лихорадки, головной боли, потливости

лимфаденопатии, полиморфной сыпи

гепатолиенального синдрома

болей в мышцах ног, спины, поясницы

анурии

**10. Вариантами исхода бубона при туляремии могут быть:**

нагноение

изъязвление

рубцевание и склеротизация

полное рассасывание

все перечисленное

**11. Для диагностики туляремии применяют:**

серологические реакции

кожно-аллергическую пробу

биологический метод

все указанные методы

все перечисленное не соответствует истине

**12. Для лечения туляремии применяют:**

рифампицин

гентамицин

тетрациклин

левомицетин

все перечисленное

**13. При чуме имеют место все пути передачи, кроме:**

трансмиссивного

контактного

парентерального

алиментарного

воздушно-капельного

**14. В патогенезе локализованной чумы имеют значение:**

внедрение возбудителя через кожу и слизистые оболочки

возникновение первичного аффекта с трансформацией в чумной карбункул

поражение лимфатических желез с образованием бубона

поражение кровеносных сосудов в виде некроза и инфильтрации сосудистых стенок

все перечисленное

**15. По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:**

кожную

бубонную

легочную

септическую

все перечисленное

**16.Для кожной формы чумы характерны все изменения, кроме:**

последовательных изменений в виде розеолы, папулы, везикулы, пустулы

изъязвления пустулы с появлением темного струпа

образования фликтены

выраженной гиперестезии

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

воспаленный лимфоузел, регионарный к месту внедрения возбудителя

наличие периаденита, болезненного при пальпации

сглаженность контуров бубона

вынужденное положение больных

развитие лимфангоита

**18.Наиболее частыми осложнениями бубонной формы чумы являются:**

септицемия

пневмония

менингит

флегмона

рожа

**20.Легочная форма туляремии в отличие от чумы:**

протекает более легко, по типу мелкоочаговой пневмонии, бронхита

имеет благоприятный прогноз

отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн

все ответы правильные

**21.Для антибактериального лечения чумы применяют:**

стрептомицин

тетрациклины

левомицетин

гентамицин

все перечисленное

**22.Факторами передачи возбудителей сибирской язвы служат:**

выделения больных животных и их трупы

пищевые продукты, приготовленные из мяса и молока больных животных

почва, вода, воздух, обсемененные сибиреязвенными спорами

предметы, изготовленные из инфицированного животного сырья: головные уборы, рукавицы, чулки, одеяла, щетки и т.д.

все перечисленное

**23.Типичными симптомами сибиреязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:**

наличия язвы с темным дном

выраженного воспалительного отека по краям язвы

обильного отделения серозной или геморрагической жидкости

появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы

наличие болезненности в зоне некроза

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

выздоровление

летальный исход

вторичная септицемия

токсико-инфекционный шок

все перечисленное

**25.Наиболее часто кожную форму сибирской язвы дифференцируют с:**

банальным карбункулом

рожей

кожной формой чумы

язвенно-бубонной формой туляремии

стрептодермией

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

холера

дизентерия

чума

желтая лихорадка

лихорадка Эбола

**27.К вирусам, ответственным за возникновение геморрагических лихорадок, относятся все, кроме:**

Эбола

Ласса

Марбург

Норфолк

**28.Укажите основные симптомы контагиозных геморрагических лихорадок в хронологической последовательности:**

анемия, тромбоцитопения, интоксикация, геморрагический синдром

тромбоцитопения, интоксикация, анемия, геморрагический синдром

геморрагический синдром, анемия, тромбоцитопения, интоксикация,

интоксикация, тромбоцитопения, геморрагический синдром, анемия

**29.К контагиозным геморрагическим лихорадка относится:**

лихорадка Зика

лихорадка Ласса

лихорадка Западного Нила

геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

**30.К зоонозным лихорадкам относится:**

геморрагическая лихорадка с почечным синдромом

лихорадка Эбола

лихорадка денге

лихорадка Зика

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

отеке и гиперемии 1 см в диаметре

отеке и гиперемии 2 см в диаметре

отеке и гиперемии 3 см и более в диаметре

отеке и гиперемии 0,5 см в диаметре

отсутствии гиперемии и отека

**32.Бешенство относится к:**

зоонозам

сапронозам

антропонозам

сапрозоонозам

**33.Наиболее характерный симптом бешенства в стадии разгара:**

гидрофобия, аэрофобия

положительные менингеальные знаки

лихорадка

очаговая неврологическая симптоматика

**34.Основными патоморфологическими изменениями при бешенстве являются:**

гиперемия, полнокровие, точечные кровоизлияния во внутренних органах

гепатоспленомегалия

гнойный ”чепчик” на гемисферах головного мозга

наличие специфических цитоплазмических включений (тельца Бабеша – Негри) в нервных клетках

**35.Для лечения бруцеллеза используется:**

пенициллин

тетрациклин

метронидазол

азитромицин

**36.Основные симптомы у больного острой формой бруцеллеза:**

длительная лихорадка

относительно удовлетворительное самочувствие

потливость

сильная головная боль

микролимфаденопатия

**37.Для диагностики бруцеллеза важное значение имеет все, кроме:**

высокой лихорадки с ознобами и потами

фиброзитов и целлюлитов

гепатолиенального синдрома

везикулезной сыпи

**38.Укажите сочетание симптомов, характерное для бруцеллеза:**

длительная лихорадка, увеличение печени, селезенки, сыпь

тошнота, рвота, жидкий стул, лихорадка

длительная лихорадка, увеличение печени, селезенки, поражение опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой. нервной, мочеполовой систем

лихорадка, очаговая неврологическая симптоматика, когнитивные нарушения

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

 1. Энтеровирусов

 2. Гепаднавирусов

 3. Ретровирусов

 4. Рабдовирусов

 5. Пикорнавирусов

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

 1. Обратная транскриптаза, интеграза, протеаза

 2. Нейраминидаза, обратная транскриптаза, протеаза

 3. РНК-транскриптаза, интеграза, протеаза

 4. Простагландинсинтетаза, обратная транскриптаза, протеаза

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

 1.gp120

 2. gp41

 3. p24

 4. p7

 5. p17

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

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

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

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

4. вирус краснухи, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барра

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

1. шигеллез

2. туберкулез

3. пневмоцистоз

4. токсоплазмоз

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

 1. Th (CD4) лимфоциты, клеткимикроглии мозга

 2. В-лимфоциты, макрофаги, тромбоциты

 3. клетки микроглии мозга, дендритные клетки

 4. В-лимфоциты, клетки микроглии мозга

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

 1. 1неделя

 2. 3 недели

 3. 1 месяц

 4. 3 месяца

 5. 6 месяца

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

 1. иммуноблотинг

 2. ИФА

 3. ПЦР

 4. реакцию нейтрализации

 5. РСК

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

 1. ПЦР

 2. РСК

 3. реакцию нейтрализации

 4. иммуноблотинг

 5. РНГА

**48. Иммуноблотинг позволяет выявить**

 1. Все антигены ВИЧ

 2. Отдельные виды антигенов ВИЧ

 3. Вирусную нуклеиновую кислоту

 4. Суммарные антитела к антигенам ВИЧ

 5. Отдельные виды антител к антигенам ВИЧ

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

 1. 1 месяц

 2. 6 месяцев

 3. 9 месяцев

 4. 1,5 года

 5. 3 года

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

 1. Клинического обследования

 2. Выявления антител к ВИЧ в ИФА в скрининговой лаборатории

 3. Выявление ВИЧ-антител в иммуноблотинге

 4. Выявление абсолютного снижения уровня CD4-лимфоцитов

 5. Выявление р24 в иммуноблотинге

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

 1. Снижением числа Т-лимфоцитов

 2. Функциональным нарушением В-лимфоцитов

 3. Функциональным нарушением естественных киллеров

 4. Появлением аутоиммунных нарушений

 5. Всем перечисленным

**52. Для инфекции ВИЧ характерно**

 1. Поражение иммунной системы

 2. Поражение ЦНС

 3. Поражение дыхательного тракта

 4. Поражение пищеварительного тракта

 5. Все перечисленное

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

 1. Панцитопения

 2. Высокий уровень IgMи IgG в сыворотке крови

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

 4. Появление gp 160 в сыворотке крови

 5. Появление p 24 в сыворотке крови

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

 1. Снижением уровня CD4 - лимфоцитов

 2. Высоким уровнем ЦИК

 3. Высоким уровнем иммуноглобулинов всех классов

 4. Лимфоцитозом

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

 1. антиретровирусных препаратов

 2. цитостатиков

 3. иммуномодуляторов

 4. глюкокортикостероидов

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

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

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

3. Локализованной саркомой Капоши, туберкулезом легких

4. Персистирующейгенерализованнойлимфоаденопатией

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

 1. Цефалексин

 2. Ацикловир

 3. Дифлюкан

 4. Нистатин

 5. Бисептол

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

 1. Высоким уровнем антител к ВИЧ

 2. Высокой вирусной нагрузкой

 3. Резким падением вирусной нагрузки

 4. Нарастанием количества CD4-лимфоцитов

**59. Саркома Капоши - это поражение**

 1. Костной ткани

 2. Эндотелия лимфатических сосудов

 3. Эпидермиса

 4. Костного мозга

 5. Альвеолярного эпителия

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

 1. Положительного посева крови на питательные среды

 2. Положительных результатов цитологического исследования пунктата из лимфатических узлов средостения

 3. Положительных результатах серологического исследования на АТ к пневмоцисте

 4. Выделение пневмоцисты из бронхолёгочного лаважа

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

 1. Ацикловир, фамцикловир, валацикловир

 2. Интерферон, рибаверин

 3. Осельтамивир, ингавирин

 4. Полиоксидоний, циклоферон

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

 1. Вирус простого герпеса

 2. Цитомегаловируса

 3. Вируса герпеса 6 типа

 4. Вируса Эпштейна-Барр

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

 1. Ретровир

 2. Итерферон

 3. Ганцикловир

 4. Клотримазол

 5. Ацикловир

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

 1. Инкубации

 2. Первичных проявлений

 3. Субклинической

 4. Вторичных заболеваний

 5. Терминальной

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

 1. 1 месяц

 2. 3 месяцев

 3. 6 месяцев

 4. 12 месяцев

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

 1. Потеря веса

 2. Длительная диарея

 3. Генерализованнаялимфоаденопатия

 4. Саркома Капоши

 5. Мононуклеозоподобный синдром

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

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

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

**Цель:** Изучить со студентами сущность и особенности инфекционных болезней. Ознакомить обучающихся с устройством и санитарно-эпидемиологическим режимом инфекционного стационара.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*Входной контроль знаний студентов, вопросы для устного опроса*

***Входной контроль знаний студентов***

***1 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционный процесс».

2. Перечислите периоды развития инфекционных болезней.

3. Перечислите 4 группы инфекционных болезней.

***2 вариант***

1. Дайте определение понятия «инфекционная болезнь».

2. Перечислите формы инфекционного процесса.

3. Перечислить клинические формы инфекционных болезней

**Вопросы для устного опроса**

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

**2. Решение ситуационных задач в письменном виде.**

**Ситуационная задача №1**

Больная К., 32 лет, продавец в продовольственном магазине, заболела остро 22.08 вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру 23.08 боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4ºС. Вызвана бригада скорой помощи. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет.

Объективно: больная вялая, температура тела 38,8ºС. Тургор кожи не снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмированна, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид комочка слизи с прожилками крови.

1. Выделите синдромы инфекционного заболевания, перечислите симптомы, которыми они проявляются
2. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для подтверждения диагноза
3. Укажите принципы лечения данной больной

**Модуль 2. Частные вопросы инфекционной патологии**

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

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

1.Какое заболевание можно заподозрить у больной?

2.Какая должна быть тактика врача?

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

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

**Ситуационная задача №2**

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

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3.Составьте план обследования и тактику ведения больного.

**Тема 2: Чума.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Основные патогенетические механизмы чумы:

1.лимфогенная диссеминация

2.гематогенная диссеминация

3.токсемия

4.нарушение реологических свойств крови и микроциркуляции

5.метаболические деструктивные изменения в органах и тканях

2. Основные факторы патогенеза бубонной формы чумы:

1.внедрение возбудителя через кожные покровы

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

3.генерализованная лимфаденопатия

4.токсикоз

5.фибринозное воспаление на месте входных ворот

3.Основные факторы патогенеза легочной формы чумы:

1.контакт с больным бубонной чумой

2.контакт с больным с генерализованной формой чумы

3.бактериемия и токсемия

4.склонность к хроническому рецидивирующему течению

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

4. Клинические проявления бубонной чумы:

1.регионарный лимфадени

2.периаденит

3.резкие боли при пальпации бубона

4.гепатолиенальный синдром

5.общетоксический синдром

5. Клинические проявления легочной чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром

2.кровохарканье

3.кровавая рвота

4.дыхательная недостаточность

5.скудные физикальные данные со стороны легких

6. Клинические проявления септической чумы:

1.выраженный инфекционно-токсический синдром с развитием

2.инфекционно-токсического шока

3.геморрагический синдром

4.вторичные бубоны

5.энцефалопатия

6.«меловой» язык

7. Методы лабораторной диагностики чумы, имеющие решающее значение:

1.бактериологический

2.бактериоскопический

3.биологический

4.серологический

5.иммунологический

8. Подозрение на чуму вызывают:

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

2.острое лихорадочное состояние с явлениями нейротоксикоза

3.геморрагические проявления

4.регионарный лимфаденит с периаденитом

5.весь комплекс перечисленных факторов

9. Принципы лечения чумы:

1.введение антитоксической сыворотк

2.антибактериальная терапия

3.интенсивная дезинтоксикационная терапия

4.хирургическая обработка места входных ворот

5.коррекция метаболических нарушений

10. Принципы антибактериальной терапии при чуме:

1.максимально раннее начало

2.парентеральное введение антибиотиков

3.дозы препаратов, превышающие средние терапевтические

4.комбинация антибактериальных средств

5.длительный курс лечения

**Ответы на тесты входного контроля:**

1.- 1, 2, 3, 4, 5

 2.-1, 2, 4

3.-2, 3, 5

4.-1, 2, 3, 5

5.-1, 2, 4, 5

6.- 1, 2, 3, 4, 5

7. -1, 3

8.- 5

9.-2, 3, 5

10.- 1, 2, 3, 4, 5

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности возбудителя чумы: его устойчивость при низких температурах, высокая скорость размножения, способность выделять очень сильный токсин и вызывать в организме человека и животных серозно-геморрагическое воспаление.
2. Эпидемиология чумы: типы очагов (городская и «дикая» чума); роль животных в сохранении чумной инфекции в природе; роль переносчиков (блохи) при передаче возбудителя здоровому человеку и животным; основные пути передачи; последовательность развития эпизоотий и эпидемии бубонной и легочной чумы.
3. Стадии патогенеза чумы по Н.Н. Жукову-Вережникову и особенности патогенеза легочной чумы.
4. Клиническая классификация чумы по Г.П. Рудневу.
5. Дифференциальная диагностика различных клинических форм чумы с заболеваниями, протекающими со сходной клиникой;
6. Лабораторная диагностика;
7. Принципы этиотропной и патогенетической терапии чумы;
8. Профилактика чумы.

**Ситуационная задача №1**

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

1.О каком заболевании следует подумать?

2.Лабораторное обследование и лечение?

3.Какие требуются уточнения в эпиданамнезе

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования и лечения?

**Тема 3: Туляремия.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Пути заражения при туляремии:

1.пищевой

2.контактный

3.водный

4.трансмиссивный

5.воздушно-пылевой

6.парентеральный

2. Бубонная форма туляремии проявляется:

1.регионарным бубоном

2.умеренной болезненностью увеличенного лимфатического узла

3.отчетливыми контурами бубона

4.лихорадкой

5.периаденитом

3. Поражения кожи при язвенно-бубонной форме туляремии:

1.пятно

2.папула

3.везикула

4.пустула

5.язва

4. Глазо-бубонная форма проявляется:

1.папулами, эрозиями, язвами на конъюнктиве

2.отеком век

3.слезотечением

4.регионарным лимфаденитом

5.двусторонним процессом

5.тяжелым длительным течением

5. Признаки ангинозно-бубонной формы туляремии:

1.боли в горле при глотании

2.односторонняя ангина

3.двусторонняя ангина

4.отек шейной клетчатки

5.регионарные бубоны в подчелюстной, шейной и околоушной областях

6.лихорадка

6. Абдоминальная форма туляремии характеризуется:

1.болями в животе

2.симптомами раздражения брюшины

3.мезаденитом

4.рвотой

5.гемоколитом

7. Легочная форма туляремии проявляется:

1.аэрогенным путем заражения

2.развитием тяжелой пневмонии

3.клиническими признаками тархеобронхита

4.увеличением бронхиальных, медиастинальных, паратрахеальных лимфатических узлов

8. Методы лабораторной диагностики туляремии:

1.РА

2.РПГА

3.кожно-аллергическая проба

4.токсикологический метод

5.биохимический метод

9. Принципы терапии туляремии:

1.этиотропное лечение

2.дезинтоксикационная терапия

3.десенсибилизирующая терапия

4.местное лечение

5.использование специфической антитоксической сыворотки

10. Методы профилактики туляремии:

1.дезинсекция

2.дератизация

3.вакцинопрофилактика

4.применение антибиотиков

**Ответы на тесты входного контроля:**

1.-1, 2, 3, 4, 5

2.- 1, 2, 3, 4

3..- 1, 2, 3, 4, 5

4. - 1, 2, 3, 4, 6

5. - 1, 2, 5, 6

6. - 1, 2, 3, 4, 5

7. - 1, 2, 3, 4

8.- 1, 2, 3

9. - 1, 2, 3, 4

10. - 1, 2, 3

**Вопросы для устного опроса**

1.Этиология туляремии;

2.Эпидемиология туляремии;

3.Звенья патогенеза с обращением внимания на факторы. Приводящие к длительному течению болезни, возникновению рецидивов;

4.Классификация клинических форм туляремии (см. Приложение);

5.Клиническая характеристика бубонной, язвенно-бубонной, ангинозно-бубонной, глазо-бубонной, абдоминальной, легочной и генерализованной форм туляремии;

6.Дифференциальная диагностика различных клинических форм туляремии с заболеваниями, протекающими со сходной клиникой;

7.Лабораторная диагностика;

8.Принципы этиотропной и патогенетической терапии туляремии;

9.Профилактика туляремии.

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

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

1.Диагноз?

2.План обследования?

3.Лечение?

**Тема 4: Сибирская язва.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи.*

**Вопросы входного тестового контроля**

**Вариант 1.**

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

**Вариант 2.**

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

**Вопросы для устного опроса**

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

1. Предполагаемый диагноз?

2. План обследования?

3. Лечение?

**Ситуационная задача №2**

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

1.Дифференциальный диагноз?

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

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

4.Лечение?

5.Опасен ли больной для окружающих?

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

**Тема 6: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*тестовые задания,*

*курация больного,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Источник инфекции при ГЛПС:

а) Домашние животные

б) Дикие мышевидные грызуны

в) Больной ГЛПС и вирусоноситель

г) Домовые мыши и крысы

1. Пути заражения при ГЛПС:

а) Пищевой

б) Парентеральный

в) Контактный

г) Половой

д) Воздушно-пылевой

1. Клинические периоды геморрагической лихорадки с почечным синдромом:

а) Лихорадочный

б) Олигоанурический

в) Полиурический

г) Реконвалесценции

1. Симптомы геморрагического синдрома при ГЛПС:

а) Кровоизлияния в склеру

б) Геморрагическая экзантема (петехии, экхимозы)

в) Увеличение селезенки

г) Различные кровотечения

д) Кровоизлияния в различные органы (гипофиз, надпочечники,

сердце, мозг и т.д.)

1. В разгаре ГЛПС в общем анализе мочи выявляются:

а) Снижение относительной плотности мочи

б) Повышение относительной плотности мочи

в) Появление сахара

г) Увеличение количества белка

д) Свежие эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры в осадке

е) Повышенное количество лейкоцитов в осадке

6. Чем объясняется синдром менингоэнцефалита при ГЛПС?

а) Воспалением оболочек мозга

б) Энцефалитом

в) Токсическим отеком мозга

г) Ишемией головного мозга

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

а) Протеинурия

б) Гипостенурия

в) Гемоглобинурия

г) Гематурия

д) Цилиндрурия

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

а) Отек легких

б) Острая почечная недостаточность

в) Инфекционно-токсический шок

г) Разрыв почки

д) Токсический отек мозга

е) Геморрагический синдром

9. Какой противовирусный препарат рекомендуется использовать для

 лечения ГЛПС?

а) Фоскарнет

б) Рибавирин

в) Ремантадин

г) Ламивудин

д) Оксолин

10. Какой метод используется для профилактики ГЛПС?

а) Дезинсекция

б) Дератизация

в) Дезинфекция

г) Дегазация

**Ответы на тесты входного контроля**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | ответ | **№ вопроса** | ответ |
| **1** | б, г  | **6** | в |
| **2** | а, в, д  | **7** | в |
| **3** | а, б, в, г  | **8** | в |
| **4** | а, б, г, д  | **9** | б |
| **5** | а, г, д  | **10** | б |

**Вопросы для устного опроса**

 Эпидемиология ГЛПС.

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

**Ситуационная задача №1**

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

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

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

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

 Диагноз?

 План обследования?

 Лечение?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

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

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

20/Х–07 доставлен в больницу.

Объективно:

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

Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

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

Дыхание везикулярное.

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

Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное.

Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез.

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

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

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

Задание

1. Были ли основания у участкового врача заподозрить ГЛПС у данного больного? Конкретно какие?
2. Какие симптомы, характерны для ГЛПС, отсутствуют у данного больного?
3. Какие симптомы не характерны для ГЛПС у данного больного?
4. Есть ли показания для госпитализации больного в инфекционный стационар?

**Тема 5: Бруцеллез.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*подготовка презентаций*

**Вопросы входного тестового контроля**

1. Ведущие патогенетические механизмы бруцеллеза:

1. бактериемия, эндотоксинемия

2. незавершенный фагоцитоз

3. сенсибилизация организма

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

5. иммунопатологические процессы

2. Воспалительные очаговые поражения развиваются на стадиях:

1. острого бруцеллеза

2. подострого бруцеллеза

3. хронического бруцеллеза

4. резидуального бруцеллеза

5. на всех стадиях

3. При бруцеллезе возможны очаговые поражения:

1. опорно-двигательного аппарата

2. периферической нервной системы

3. центральной нервной системы

4. мочеполовой системы

5. комплексные органные поражения

4. Клиническая картина при бруцеллезе:

1. полиморфизм клинических проявлений

2. отсутствие строгой цикличности клинического процесса

3. склонность к затяжному и хроническому течению

4. соответствие эпизодов лихорадки развитию новых воспалительных очагов

5. возможность длительного латентного течения

5. При остром бруцеллезе наблюдают:

1. длительную лихорадку с относительно хорошей переносимостью

2. ознобы, потливость

3. миалгии и артралгии

4. полилимфаденопатия

5. гепатолиенальный синдром

6. При подостром бруцеллезе наблюдают:

1. сокращение периодов лихорадки и удлинение эпизодов нормальной температуры

2. лимфаденопатию

3. гепатолиенальный синдром

4.клинические проявления очаговых органных поражений, фиброзитов и целлюлитов

5. рубцово-склеротические изменения

**7**. Хроническому бруцеллезу свойственны:

1. развитие спустя 4 мес. От начала заболевания

2. слабые или умеренные проявления интоксикации

3. длительные ремиссии

4. преобладание очаговых поражений различных органов и систем

5. развитие стойкого лимфостаза и слоновости

8. Для лабораторной диагностики бруцеллеза используют методы:

1. бактериологические (в специализированных лабораториях)

2. аллергологические

3. серологические

4. бактериоскопические

5. иммунологические (поиск антигенов бруцелл)

9. Принципы терапии острого бруцеллеза:

1. этиотропное лечение с учетом активности процесса

2. дезинтоксикационная терапия

3. использование антигистаминных препаратов

4. назначение нестероидных противовоспалительных препаратов

5. физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение

10. При этиотропной терапии бруцеллеза необходимо:

1. назначать антибактериальные препараты в периоды обострения

2. проводить повторные курсы антибиотикотерапии в периоды ремиссий

3. одновременно использовать два различных этиотропных препарата

4. назначать длительные курсы лечения

5. проводить несколько последовательных курсов лечения

**Ответы на тесты входного контроля:**

1. - 1, 2, 3, 4, 5

2. - 2, 3

3. - 1, 2, 3, 4, 5

4. - 1, 2, 3, 4, 5

5. - 1, 2, 3, 4, 5

6.- 1, 2, 3, 4

7. - 1, 2, 3, 4

8. - 1, 2, 3, 5

9.- 1, 2, 3, 4

10.- 1, 3, 4, 5

**Вопросы для устного опроса**

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

2. Классификация бруцелл и их патогенность для человека.

3. Источники инфекции, пути передачи.

4. Звенья патогенеза.

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

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

7. Лабораторная диагностика.

8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

9. Профилактика острого бруцеллеза и рецидивов болезни при диспансеризации.

**Ситуационная задача №1**

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

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

Вопросы:

1.Предварительный диагноз и его обоснование?

2.Лабораторная диагностика?

**Ситуационная задача №2**

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

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

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

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

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

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План лечения?

**Тема 7: Бешенство**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи*

**Вопросы входного контроля**

**Вариант 1**

1. Инкубационный период при бешенстве
2. Периоды болезни при гидрофобии
3. Первая помощь при укусе человека животным

**Вариант 2**

1. Укусы «опасной локализации»
2. Клиника бешенства
3. Препараты для профилактики бешенства при укусе животным

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология бешенства. Характеристика возбудителя.
2. Эпидемиология: резервуары вируса в природе. Роль диких и домашних животных в распространении вируса бешенства. Механизм заражения и пути распространения инфекции.
3. Патогенез: внедрение и распространение вируса.
4. Укусы опасной локализации.
5. Поражение центральной нервной системы. Тельца Бабеша-Негри.
6. Клиника: инкубационный период, стадии течения (предвестников, возбуждения, параличей). Атипичные формы болезни. Осложнения. Прогноз.
7. Диагностика, дифференциальный диагноз.
8. Лечение и уход за больными бешенством.
9. Первая помощь при укусах и ослюнении животными. Специфическая профилактика бешенства.

Отработка практических умений и навыков проводится в виде **разбора истории болезни пациента** с диагнозом «Бешенство», лечившегося в ООКИБ. Обращается внимание студентов на особенности клинических проявлений болезни, эпидемиологического анамнеза, обсуждаются причины неэффективности проведенной специфической профилактики.

**Тема 8. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Лабораторная диагностика. Принципы антиретровирусной терапии. Основные направления профилактики. Практические вопросы ВИЧ-инфекции»**

 **Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

***Вопросы входного контроля***

1.Определение ВИЧ-инфекции

2.Определение СПИДа

3.Характеристика ВИЧ (нуклеиновая кислота, семейство, род)

4.Устойчивость ВИЧ во внешней среде

5.Инкубационный период, его длительность

6.Характерный синдром на стадии первичных проявлений

7.Самый частый симптом стадии первичных проявлений

8.Пути передачи ВИЧ

9.Скрининговые методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

10.Подтверждающий метод лабораторной диагностики

11.Проявления 4А стадии ВИЧ-инфекции

12.Проявления 4Б стадии ВИЧ-инфекции

13.Проявления 4В стадии ВИЧ-инфекции

14.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.

15.Профилактика ВИЧ-инфекции. Основные направления. Нормативные документы, регламентирующие профилактические мероприятия в отношении ВИЧ-инфекции. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ

**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. Лабораторная 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.
7. Понятия об оппортунистических, СПИД-индикаторных инфекциях при ВИЧ/СПИДе. Поражения различных органов и систем при ВИЧ/СПИДе.
8. Бактериальные инфекции (туберкулез, атипичный микобактериоз), вирусные инфекции (герпетическая, цитомегаловирусная инфекции, ВЭБ-ассоциированные заболевания, саркома Капоши, папилломовирусные инфекции), грибковые (криптококковая инфекция, кандидоз, пневмоцистоз), протозойные болезни (токсоплазмоз, криптоспоридиоз). Основные клинические проявления, диагностика, лечение.

**Ситуационная задача №1**

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

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

 Осмотр невролога – диагноз – полирадикулонейропатия.

 Осмотр офтальмолога – двухстороннее поражение сетчатки глаза.

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

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

**Ситуационная задача №2**

 Во время проведения плевральной пункции, которая проводилась ВИЧ-инфицированному пациенту, врач поранил руку иглой.

1. Дайте определение сложившейся ситуации.
2. Составьте алгоритм действий врача.

**Ситуационная задача №3**

 Больной, которому была перелита 3 месяца назад донорская плазма, забранная за 2 месяца до гемотрансфузии, оказался инфицирован ВИЧ. Донор, от которого была взята кровь, перед сдачей крови прошел скрининговое обследование на ВИЧ методом ИФА с отрицательным результатом.

1. Назовите причину, по которой взятая у донора кровь была признана пригодной для переливания.
2. Назовите ошибку, которая привела к переливанию донорской крови.

**Тема презентации**

1. Клинические и эпидемиологические показания для обследования на ВИЧ

**Тема 9*. «ВИЧ-инфекция.* Оппортунистические инфекции при ВИЧ/СПИДе.**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

*вопросы для устного опроса,*

*ситуационные задачи,*

*представление презентаций*

**Вопросы входного контроля**

* + 1. **вариант**
			1. Перечислить заболевания ротовой полости при ВИЧ/СПИДе
			2. Перечислить заболевания органов ЖКТ при ВИЧ/СПИДе

**2 вариант**

* + - 1. Перечислить заболевания дыхательной системы при ВИЧ/СПИДе
			2. Перечислить заболевания нервной системы при ВИЧ/СПИДе

**Вопросы для устного опроса**

1. Наиболее частые оппортунистические инфекции бактериальной этиологии

2.Наиболее частые оппортунистические инфекции вирусной этиологии

3.Наиболее частые оппортунистические инфекции грибковой этиологии

4.Наиболее частые оппортунистические инфекции протозойной этиологии

**Ситуационная задача №1**

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

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

**Ситуационная задача №2**

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

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

**Ситуационная задача №3**

 Больная Н., 34 г., наблюдается в центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции в течение 6 лет, но на осмотры являлась нерегулярно, от АРВТ ранее отказывалась. Месяц назад была выписана из пульмонологического отделения, где лечилась по поводу пневмоцистной пневмонии, получала бисептол в лечебной дозе в течение 21 дня с хорошим клиническим эффектом. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент госпитализации - 160 кл/мкл. В стационаре начала получать АРВТ по схеме тенофовир+ламивудин+невирапин, продолжает принимать и в настоящее время. После выписки в течение недели продолжала прием бисептола в профилактической дозе, однако самовольно прекратила прием препарата, так как хорошо себя чувствовала. Спустя 3 недели вновь обратилась с жалобами на подъем температуры до 37,7°С, слабость, затруднение дыхания при физической нагрузке (при подъеме по лестнице на второй этаж), последние 2 дня – кашель по утрам с плохо отделяемой мокротой и была направлена в пульмонологическое отделение.

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

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

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

**Ситуационная задача №4**

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

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

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

**Ситуационная задача №5**

 Больному 23 лет, поступившему в противотуберкулезный диспансер в связи с выявлением туберкулеза легких предложено обследование на ВИЧ-инфекцию. Больной от обследования отказался.

1. Укажите тактику врача
2. Имеет ли право больной отказаться от обследования?

**Темы презентаций**

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

**Рекомендации по проведению курации больного в отделении**

(Курация больного студентом проводится при наличии благоприятной эпидемиологической ситуации)

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

**Памятка для студентов**

Перед тем, как пойти к больному в палату еще раз обратите внимание на свой внешний вид: в порядке ли ваш халат, шапочка, сменная обувь. Напоминаем, что в палату нельзя брать учебники, истории болезни. При себе Вы должны иметь ручку, тетрадь для записи, фонендоскоп. Войдя в палату, назовите свое имя отчество и объясните больному цель прихода. При работе с больным соблюдайте следующие правила: нельзя сидеть на кровати больного, все записи нужно делать до начала перкуссии и пальпации и возобновить их можно только после гигиенической обработки рук.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Предварительный диагноз ставится:1. На основании жалоб (перечисляются все жалобы, характерные для данного заболевания, а не все которые есть у больного). 2. Данных анамнеза заболевания: начало болезни, характер температурной кривой, появление высыпаний, динамика симптомов под влиянием лекарственных средств (т.е. дать характеристику анамнеза болезни, а не перечисления формальных данных). 3. Данных эпиданамнеза (если был контакт с подобным же больным в сроки инкубационного периода; выезжал ли на природу и когда? - для природно-очаговых инфекций; и т.д.); 4. Объективных данных (перечисляются симптомы, характерные для данного заболевания).

Ставится предварительный диагноз (согласно общепринятым классификациям).

Например:

* Сибирская язва. Кожная форма, карбункулезная разновидность, средней степени тяжести.
* Брюшной тиф, период разгара, тяжелое течение, осложненное ИТШ..
* ГЛПС, олигоурический период, средней степени тяжести.
* Острый рецидивирующий бруцеллез.
* ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний IV-В, фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Кахексия. Пневмоцистная пневмония., и т.д.

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

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

Выйдя из палаты, проведите гигиеническую обработку рук.

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

При невозможности курации больного в отделении в связи с неблагополучной эпидемиологической ситуацией студенту предлагается **задание по моделированию клинического случая соответственно заданному диагнозу** (в диагнозе обозначена нозология, форма, период болезни, степень тяжести). При оформлении клинического случая за основу берется указанная схема оформления истории болезни.

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

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

1. Собеседование по билетам в устной форме (2 вопроса билета);
2. Решение ситуационной задачи (1 задание).

На каждом из этапов обучающийся получает оценку по 10-ти балльной системе (таблицы 3.1а и 3.1б). Итоговая оценка за промежуточную аттестацию формируется методом суммирования набранных баллов на всех этапах (таблица 3.2). Промежуточная аттестация считается успешно пройденной при итоговой сумме 15 и более баллов.

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

**Таблица 3.1а - Критерии оценивания устного ответа на теоретический вопрос билета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Присутствует полностью****(баллы)** | **Присутствует частично****(баллы)** | **Отсутствует****(баллы)** |
| 1 | Дает полный, безошибочный ответ на поставленный вопрос | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Раскрывает причинно- следственные связи между явлениями и событиями | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Материал излагает безошибочно и последовательно | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Материал излагает логически верно | 2 | 1 | 0 |

**Таблица 3.1б - Критерии оценки решения обучающимися ситуационных задач (практикориентированного задания)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии** | **В ответе обучающегося** |
| **Присутствует полностью****(баллы)** | **Присутствует частично****(баллы)** | **Отсутствует****(баллы)** |
| 1 | Дает правильный ответ решения задачи | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Грамотно применяет методы решения | 2 | 1 | 0 |
| 3 | Безошибочно поясняет ход решения | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Грамотно применяет терминологию | 2 | 1 | 0 |
| 5 | Выводы носят аргументированный и доказательный характер | 2 | 1 | 0 |

**Таблица 3.2 - Формирование итоговой оценки промежуточной аттестации знаний обучающихся**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этап** | **Содержание** | **Количество баллов** |
| 1 | Вопрос билета 1 | 0 - 10 |
| 2 | Вопрос билета 2 | 0 - 10 |
| 3 | Ситуационная задача  | 0 - 10 |
| ИТОГ | Итоговая оценка за промежуточную аттестацию | 0 - 30 |

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

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

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

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

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

\* - Приложение 5 Положения П004.03-2020

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Инфекционные болезни»**

1. Роль макроорганизма, возбудителя и внешней среды в возникновении инфекционных болезней
2. Инфекция, инфекционный процесс, инфекционная болезнь
3. Течение инфекционной болезни и ее циклы
4. Сущность и особенности инфекционной болезни
5. Формы инфекционного процесса
6. Особенности инфекционных болезней
7. Общие принципы и методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний
8. Общие клинические проявления инфекционных заболеваний
9. Основные клинические симптомы при инфекционных заболеваниях
10. Синдромы при инфекционных заболеваниях
11. Основные принципы лечения инфекционных больных
12. Режим и диета при инфекционных заболеваниях
13. Этиотропная терапия инфекционных болезней
14. Регидратационная терапия при инфекционных заболеваниях
15. Дезинтоксикационная терапия инфекционных больных
16. Антибиотикотерапия инфекционных больных
17. Этиология, эпидемиология и патогенез брюшного тифа
18. Клиника классического брюшного тифа
19. Осложнения брюшного тифа. Клиника и лечение
20. Принципы лечения брюшного тифа, лечебные мероприятия при неотложных состояниях
21. Дифференциальная диагностика брюшного тифа и сыпного тифа
22. Этиология, эпидемиология и патогенез ГЛПС
23. Клиника, принципы лечения и профилактика ГЛПС
24. Этиология, эпидемиология и профилактика сибирской язвы
25. Сибирская язва. Клиническая классификация, диагностика
26. Этиология, эпидемиология и патогенез чумы
27. Клиническая классификация, диагностика чумы. Тактика врача при выявлении больного
28. Этиология, эпидемиология и профилактика туляремии
29. Клиника, диагностика и лечение туляремии
30. Дифференциальная диагностика бубонной формы чумы и туляремии
31. Этиология, эпидемиология и профилактика бешенства
32. Клиника бешенства
33. Этиология, эпидемиология и клиническая классификация бруцеллеза
34. Этиология, эпидемиология ВИЧ-инфекции
35. Патогенез ВИЧ-инфекции
36. Оппортунистические заболевания при ВИЧ-инфекции
37. ВИЧ-инфекция. Принципы антиретровирусной терапии
38. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции (2006 г)
39. Поражение кожи и слизистых оболочек ротовой полости при ВИЧ-инфекции
40. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции

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

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

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

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2.Дайте патогенетическое обоснование клинических проявлений.

3. Укажите план обследования больной.

4. Укажите тактику ведения больной, лечебные мероприятия.

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

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

 **Ответы:**

**Диагноз:** Брюшной тиф, период разгара, средней степени тяжести, острое течение.

**Обоснование диагноза:**

 **Брюшной тиф** поставлен *на основании жалоб:* общую слабость, головокружение, чувство жара, постоянную головную боль, бессонницу, плохой аппетит.

На основании *данных анамнеза заболевания*: заболела 3 сентября, когда появились слабость, недомогание, умеренная головная боль. С 7 сентября самочувствие ухудшилось: усилилась общая слабость и головная боль, исчез аппетит, к вечеру поднялась температура до 37,5 °С. Утром 8 сентября температура 37,8°С, вечером 38°С; 9 сентября утром – 37,8°С, вечером – 38,2°С. С 10 по 14 сентября температура утром и вечером в пределах 38 – 39 °С, резкая слабость, отсутствие аппетита, бессонница, постоянная головная боль диффузного характера. Запор в течение 5 дней. 14 сентября, т.е. на 9-й день болезни, на коже живота в области мезогастрия появилось несколько розовых элементов сыпи с четкими контурами, 3 – 4 мм в диаметре.).

На основании *данных эпидемиологического анамнеза:* в течение 10 – 25 августа «дикарем» отдыхала в Крыму, жила в плохих санитарных условиях, имела контакт с большим количеством людей.).

На основании *объективных данных:* вялая, адинамичная, в контакт вступает охотно, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледные. На коже живота в области эпигастрия и боковых поверхностей грудной клетки 10 розовых элементов сыпи с четкими контурами, диаметром в 3 мм, исчезающие при растягивании кожи. Сердечные тоны глухие, пульс 62 уд.в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм рт. ст.. Органы пищеварения: язык влажный, обложен серым налетом, живот умеренно вздут, укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области. Печень по среднеключичной линии, выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, чувствительная. Пальпируется край селезенки.); лабораторных данных (Кровь на 11-й день болезни: снижены эритроциты. – 4500000, лейкопения – 4000, повышено СОЭ – 20 мм/ час.)
 **Средней степени тяжести** ставится *на основании жалоб*: поступила в больницу на 13 день болезни с жалобами на общую слабость, головокружение, чувство жара, постоянную головную боль, бессонницу, плохой аппетит.); *данных анамнеза* (постепенное умеренное нарастание интоксикации, повышение температуры до 39 °С); *объективных данных* (умеренное увеличение печени и селезенки).
 **Острое течение** на основании наличия выраженной характерной клинической картины.

 **2. Патогенетическое обоснование:**

 Возбудитель проникает с пищей и водой в желудок, преодолевают желудочный барьер и попадают в тонкую кишку.
 В связи с диссеминацией возбудителя в различные органы возникают поражения печени, селезенки.

В конце инкубационного периода возбудитель преодолевая лимфатический барьер попадает в кровоток, развивается стойкая с нарастающей интенсивностью бактериемия.

В кровотоке возбудитель частично отмирает благодаря фагоцитозу и действию бактерицидных систем крови. При этом освобождается Эндотоксин - липополисахарид, с действием которого связывают поражение нервной, сердечно-сосудистой систем и другие проявления интоксикационного синдрома.

В результате развития гиперчувствительности замедленного типа при размножении возбудителя в сосудах кожи возникают очаги продуктивного воспаления, появляется розеолезная сыпь.

**3. План обследования**

Общий анализ крови с исследованием лейкоформулы;

Общий анализ мочи;

Биохимия крови (амилаза, мочевина, АЛаТ, АСаТ, исследование электролитов крови).

**Бактериологическое исследование:**

- посев крови (гемокультура);

- посев мочи (уринокультура);

- посев кала (капрокультура);

- посев желчи (биликультура);

- посев материала из розеол (розеолокультура).

**Серологическая диагностика:**

- РНГА с эритроцитарными диагностикумами Н-, О- и Vi-антигенов;

- ИФА (иммуноферментный анализ) и РИА (радиоиммунный анализ) определение антител классов IgM, IgG;

- ПЦР;

- РА (реакция Видаля).

**4.**  - Госпитализации в инфекционный стационар, постельный режим весь лихорадочный период + 10 дней нормальной температуры;

- Диетотерапия – Стол № 4а. Пища, приготовленная на пару в полужидком протертом виде. Обильное питье в количестве 1,5-2 л в сутки.
- Ежедневный туалет полости рта, профилактика образования пролежней, пневмонии, контроль за состоянием стула.

- Этиотропная терапия: Фторхинолоны – ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в сутки и цефалоспорины III поколения – цефтриаксон по 1г 1 раз в стуки.
- Дезинтоксикационная терапия - раствора глюкозы 5%.

- Поливитамины, антиоксидантная терапия.

- Иммунотерапия (тимоген).

**5.** К**акие недочеты в работе участкового врача допущены по данному случаю?**

1. неправильно поставлен диагноз (малая настороженность участкового врача, отсутствие опыта диагностики в поликлинических условиях).

2.поздняя госпитализация.

3. несвоевременность противоэпидемических мероприятий.

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

- Целесообразна вакцинация против данной инфекции всех членов семьи.
- Своевременное выявление новых случаев болезни среди контактных и недопущения ее дальнейшего распространения, а также принятие мер для выявления источника инфекции.

 - Выявление больных среди контактных, на основе опроса, клинического и лабораторного обследования.

- С целью раннего выявления новых заболеваний за всеми контактными устанавливается медицинское наблюдение (осмотр, опрос, термометрия) на протяжении 3-х недель (все члены семьи, а также контактировавшие с больной люди в школе: ученики, учителя и т.д.).

- При выделении возбудителя внешне здоровые (без признаков болезни) лица госпитализируются для установления характера носительства (как в отношении семьи-квартирный очаг, так и в отношении сотрудников и учеников школы).

- На период проведения лабораторных обследований (до получения результатов) и при отсутствии клинических симптомов заболевания контактные лица не отстраняются от работы и посещения организованных коллективов.
- Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива: проводится профилактика специфическими бактериофагами.

**Образец билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

специальность:31.05.02 педиатрия

дисциплина: инфекционные болезни

форма промежуточной аттестации: ЗАЧЕТ

 **БИЛЕТ № 1**

**1. Методы диагностики инфекционных заболеваний**

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

**3. Задача № 1**

Заведующий кафедрой эпидемиологии и

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

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., доцент Е.А. Кремлева

 28.12.2021 г

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-4 способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать этические и деонтологические принципы при оказании медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями | Тестовые задания№№ 1 - 7вопросы № 4, 6, 12, 13 |
| Уметь использовать этические и деонтологические принципы при работе с инфекционными больными | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками реализации этических и деонтологических принципов при работе с инфекционными больными и их родственниками | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 2 | ПК-3 способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Знать перечень заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; тактику медицинских работников при выявлении больных карантинными инфекциями, принципы проведения первичных противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций | Тестовые задания№№ 8 - 27вопросы № 28, 29, 30, 59, 60, 61, 89 |
| Уметь проводить первичные противоэпидемические мероприятия в очагах особо опасных инфекций | практические задания (ситуационные задачи) № 6, 15, 20, 21, 23, 33, 50, 56, 62, 65  |
| Владеть навыками использования средств индивидуальной защиты, противочумного костюма при работе с больными карантинными инфекциями | практические задания (ситуационные задачи) № 6, 15, 20, 21, 23, 33, 50, 56, 62, 65 |
| 3 | 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 | Знать симптомы и синдромы, встречающиеся при инфекционных заболеваниях, порядок сбора эпидемиологического анамнеза, методы лабораторной и инструментальной диагностики инфекционных болезней | Тестовые задания№№ 28 - 47вопросы № 1 - 94 |
| Уметь выявлять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и эпидемиологический анамнез, проводить осмотр пациента для выявления проявлений инфекционных заболеваний;составлять и обосновывать план обследования больного с использованием методов лабораторной и инструментальной диагностики для выявления инфекционной патологии; правильно оценивать результаты лабораторных и инструментальных исследований для диагностики инфекционных заболеваний | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками обследования пациента с использованием клинического, лабораторного методов диагностики для выявления инфекционного заболевания или установления факта или наличия инфекционной болезни | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 4 | 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 | Знать основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм, относящихся к классу 1 "Некоторые инфекционные и паразитарные болезни" Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Тестовые задания№№ 47 - 72вопросы № 1-94 |
| 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 - 40 |
| Владеть навыками постановки диагноза у больных инфекционными и паразитарными заболеваниями в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 5 | ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами | Знать клинические и эпидемиологические показания для госпитализации в инфекционный стационар пациентов инфекционными и паразитарными заболеваниями, этиологию и эпидемиологию,принципы и методы диагностики, лечения, диспансеризации и профилактики при различных инфекционных и паразитарных заболеваниях | Тестовые задания№№ 73 – 84вопросы № 1 - 40 |
| Уметь определять показания для госпитализации больных с инфекционными болезнями; составлять и использовать алгоритм диагностики и лечения при выявлении у больного инфекционной патологии | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| Владеть навыками выбора тактики ведения пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями | практические задания (ситуационные задачи) № 1 - 40 |
| 6 | ПК-9 готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара | Знать показания для госпитализации и условия для амбулаторного лечения больных инфекционными заболеваниями | Тестовые задания№№ 85 – 110вопросы № 12 – 20, 27, 42, 47 – 49, 92 - 94 |  |
| Уметь обосновывать возможность лечения и составлять план ведения больных с инфекционными заболеваниями в амбулаторных условиях | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 16, 17, 22, 31, 39 - 40 |  |
| Владеть навыками составления алгоритма ведения больных с инфекционной патологией в амбулаторных условиях | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 16, 17, 22, 31, 39 - 40 |  |
| 7 | ПК-11 готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | Знать неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, требующие срочного медицинского вмешательства, их клинические проявления, тактику оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и при госпитализации в стационар | Тестовые задания№№ 111 - 131вопросы № 12, 15 – 19, 22, 23, 27, 30, 31, 37, 40, 53, 60, 81 |  |
| Уметь выявлять неотложные состояния при инфекционных заболеваниях, требующие срочного медицинского вмешательства; оказывать необходимую медицинскую помощь | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 3, 11, 12, 13, 15, 30, 33, 36 |  |
| Владеть навыками оказании скорой медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | практические задания (ситуационные задачи) № 1, 3, 11, 12, 13, 15, 30, 33, 36 |  |

1. **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» с поправками в соответствие Приказа № 479 от 03.03.2020 определены следующие правила формирования:

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

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

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

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

**4.1.1 Правила формирования модульного рейтинга обучающегося**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4.2 Правила формирования бонусных баллов**

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

Таблица 4.2 - Правила формирования бонусного фактического рейтинга по дисциплине

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