

**Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"**



Утверждаю:
Директор учебно-методической работе

Е.В. Коновалова

« 17 » июня 2021г.
Протокол №6

Инфекционные болезни рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Многопрофильной клинической подготовки**

Учебный план о310835-ИнфекБол-21-1.plx
Специальность: Инфекционные болезни

Квалификация **Врач-инфекционист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	936	Виды контроля в семестрах:
в том числе:		экзамены 1, 2
аудиторные занятия	448	
самостоятельная работа	380	
часов на контроль	108	


Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	Неделя		Неделя			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп	уп	рп
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	192	192	208	208	400	400
Итого ауд.	224	224	224	224	448	448
Контактная	224	224	224	224	448	448
Сам. работа	190	190	190	190	380	380
Часы на контроль	54	54	54	54	108	108
Итого	468	468	468	468	936	936

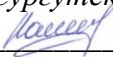
Программу составил (и):

к.м.н., доцент кафедры детских болезней медицинского института

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Сургутский государственный университет», Л.Л. Катанова 
ассистент кафедры многопрофильной клинической подготовки медицинского
института

БУ ВО Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры «Сургутский государственный
университет» Н.Н. Камка 

Рабочая программа дисциплины

Инфекционные болезни

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.35 ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 2014.08.25г. №1077)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Инфекционные болезни

утвержденного учёным советом вуза от 17.06.2021 г. протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Многопрофильной клинической подготовки

Протокол от 23.04.2021 г. № 9

Срок действия программы: 2021-2022 уч.г.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Н.В. Климова 

Утверждена на УМС МИ от 21.05.2021 г. Протокол № 7.

Председатель УМС к.м.н., ст.преподаватель Лопатская Ж.Н. 

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовка квалифицированного специалиста- инфекциониста и организатора медицинской помощи детям и взрослым в условиях амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев медицинской службы с готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу информации, к управлению коллективом, к участию в педагогической деятельности.
1.2	Овладение в ординатуре определенным комплексом общих и специальных знаний и умений, соответствующих квалификационной характеристике специалиста «инфекционист» - готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья пациентов, способного оценить качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей, определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, к ведению и лечению больных инфекционными заболеваниями, готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения и оказании медицинской помощи в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях, готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях, также готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее: организация здоровья и здравоохранения, медицина чрезвычайных ситуаций, клиническая фармакология, инфекционная гепатология, ВИЧ- инфекция, физиотерапия, производственная (клиническая)практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

УК-2: готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

УК-3: готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

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

ПК-3: готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями

ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-8: готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей

ПК-12: готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического
3.1.2	благополучия населения;
3.1.3	- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012г. №69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при
3.1.4	- общие вопросы организации медицинской помощи инфекционным больным (взрослым и детям);
3.1.5	- организацию скорой и неотложной помощи инфекционным больным;
3.1.6	- организацию санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания населения;
3.1.7	-современную классификацию, этиологию, эпидемиологию инфекционных болезней;
3.1.8	- принципы эпидемиологического анализа и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;

3.1.9	- механизмы иммунитета и состояние системы иммунитета при различных инфекционных болезнях;
3.1.10	- патологоанатомические изменения в органах и тканях при инфекционных заболеваниях;
3.1.11	- клиническую симптоматиологию инфекционных заболеваний, осложнения, исходы;
3.1.12	- показатели водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного равновесия, тромбо- геморрагический синдром при различных инфекционных болезнях;
3.1.13	- клинику неотложных состояний в инфекционной патологии;
3.1.14	- территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской
3.1.15	- методы лабораторной диагностики выделение возбудителя, специфические иммунологические реакции, применяемые для диагностики, сроки появления
3.1.16	специфических антител, классы иммуноглобулинов), иметь представление о диагностических возможностях инструментальных методов исследования: эндоскопии,
3.1.17	специальных методов исследования (рентгенологических, радиологических, компьютерной томографии и магнито- резонансной томографии);
3.1.18	- дифференциальную диагностику с наиболее часто встречающимися заболеваниями;
3.1.19	- современные методы лечения инфекционных заболеваний (специфическая и патогенетическая терапия, основы рационального питания и диетотерапия при
3.1.20	инфекционных заболеваниях;

3.1.21	- знать основы прививочного дела, календарь прививок;
3.1.22	-общие и специфические меры профилактики инфекционных заболеваний;
3.1.23	- показания к госпитализации инфекционных больных, сроки госпитализации и сроки карантина при различных инфекционных заболеваниях;
3.1.24	- правила выписки реконвалесцентов;
3.1.25	- организацию диспансерного наблюдения за переболевшими; восстановительное лечение после инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.26	- вопросы медико-социальной экспертизы при инфекционных заболеваниях;
3.1.27	-предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
3.1.28	- основы трудового законодательства;
3.1.29	- правила внутреннего трудового распорядка;
3.1.30	- правила по охране труда и пожарной безопасности.
3.2	Уметь:
3.2.1	- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);
3.2.2	- оформить необходимую медицинскую документацию;
3.2.3	- определить тактику ведения больного, показания для госпитализации и изоляции;
3.2.4	- назначить лечение инфекционных больных с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний;
3.2.5	- наметить план реабилитационных мероприятий пациенту, перенесшему инфекционное заболевание;
3.2.6	- клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;
3.2.7	- определить тактику ведения больного (самостоятельное оказание неотложной врачебной помощи в полном объеме или, начав лечение, вызвать на консультацию соответствующих специалистов);
3.2.8	- провести в случае необходимости непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, инфузионную
3.2.9	- установить показания для применения методов аппаратной реанимации;
3.2.10	- проводить динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма.
3.2.11	- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
3.2.12	- организация проведения медицинской экспертизы;
3.2.13	- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
3.2.14	- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
3.2.15	- проводить профилактику инфекционных болезней.
3.3	Владеть:
3.3.1	- правильным ведением медицинской документации;
3.3.2	- методами общеклинического обследования пациентов;
3.3.3	- алгоритмом постановки предварительного диагноза, алгоритмом формирования развернутого клинического диагноза;
3.3.4	- основными врачебными диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по оказанию врачебной помощи в условиях первичной
3.3.5	медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);
3.3.6	- методикой оценки результатов специальных исследований: бактериологических и вирусологических, серологических, ИФА, КЩС и газов крови, ликвора, копроскопического исследования, паразитоскопии препаратов крови;
3.3.7	- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;
3.3.8	- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
3.3.9	- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
3.3.10	- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
3.3.11	- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

3.3.12	- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
3.3.13	- проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни,
3.3.14	-методикой расчета показателей медицинской статистики

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Интегракт.	Примечание
	Раздел 1. Общие вопросы эпидемиологии и инфектологии						
1.1	Общие вопросы эпидемиологии. /Лек/ 2 часа. Общие вопросы эпидемиологии. /Пр/ 2 часа. Общие вопросы инфектологии /Лек/ 2 часа Общие вопросы инфектологии /Пр/ 2 часа	1	8	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос.
1.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/ 4 часа	1	4	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 2. Кишечные инфекции.						
2.1	Брюшной тиф, паратифы А и В. Эпидемиология. Патогенез /Лек/ 2 часа	1	54	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Фронтальный опрос. Решение ситуационны

<p>Брюшной тиф, паратифы А и В. Клиника, диагностика.</p> <p>Лечение больных. Профилактика. /Пр/4 часа.</p> <p>Острая и хроническая дизентерия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Острая и хроническая дизентерия Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Сальмонеллёз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика. /Пр/4 часа.</p> <p>Псевдотуберкулез. Иерсиниоз.</p> <p>Лечение с учетом клинической формы. Профилактика. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Псевдотуберкулез. Иерсиниоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Пищевые токсикоинфекции. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/2 часа</p> <p>Эшерихиозы. Эпидемиология.</p>			<p>УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12</p>	<p>Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15</p>		<p>х задач.</p>
---	--	--	--	---	--	-----------------

<p>Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Протейная инфекция (протеоз). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Клебсиеллёзная инфекция (клебсиеллёз). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Цитробактерная инфекция (цитробактериоз). Энтеробактерная инфекция (энтеробактериоз). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа</p> <p>Клостридиозная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Энтеровирусные болезни. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Лек/ 2 часа</p> <p>Энтеровирусные болезни. Эпидемиология.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Вирусные гастроэнтериты и диареи. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p>						
2.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	48	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 3. Инфекции дыхательных путей. Инфекции с воздушно-капельным механизмом передачи.						
3.1	Менингококковая инфекция. Эпидемиология. Патогенез. /Лек/ 2 часа Менингококковая инфекция. Клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.	1	62	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос. Решение ситуационных задач.

<p>/Пр/4 часа.</p> <p>Дифтерия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/4 часа.</p> <p>Коклюш. Паракоклюш. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 2 часа.</p> <p>Скарлатина.Эпидемиолог ия. Патогенез, клиника, диагностика, лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Синегнойная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Лек/ 2 часа</p> <p>Синегнойная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Гемофильная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Легионеллёз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Эпидемический паротит. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика.</p>			<p>ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12</p>			
---	--	--	---	--	--	--

<p>Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Грипп. Эпидемиология. Патогенез</p> <p>основных клинических синдромов. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Грипп. Клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа</p> <p>Высокопатогенный грипп. Эпидемиология. Патогенез,</p> <p>клиника, диагностика. Лечение больных. Респираторный дистресс синдром. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Парагрипп. Аденовирусная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Особенности РС инфекции в группах риска. Вакцинация РС инфекции. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Респираторно - синтициальная, риновирусная, реовирусная инфекции. Эпидемиология. Патогенез,</p> <p>клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Коронавирусная инфекция. Парвовирусная В 19 инфекция. Эпидемиология.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Корь. Краснуха. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p>						
3.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	54	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 4. Инфекции с контактным механизмом передачи возбудителя.						
4.1	<p>Сепсис. Эпидемиология. Патогенез.</p> <p>Клиническая классификации /Лек/ 2 часа.</p> <p>Стафилококковая инфекция. Сепсис. Эпидемиология.</p> <p>Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Рожа. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.</p>	1	10	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

	/Пр/ 4 часа.						
4.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	4	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 5. Зоонозы.						
5.1	Иксодовый клещевой боррелиоз. Болезнь Лайма. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа. Лептоспироз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/4 часа. Туляремия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика./Пр/4 часа. Бруцеллёз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа. Листерия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. /Пр/ 4 часа. Клещевой энцефалит.	1	48	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

<p>Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Лек/2 часа.</p> <p>Клещевой энцефалит. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Лихорадка Западного Нила. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Эпидемиология. Патогенез. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Эпидемиолог ия. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Бешенство. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/4 часа.</p> <p>Ящур. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Лихорадка денге. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа</p>						
--	--	--	--	--	--	--

5.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	44	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
Раздел 6. Герпесвирусные инфекции.							
6.1	<p>Герпетическая инфекция</p> <p>1 и 2 типов. Ветренная оспа. Опоясывающий лишай. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Герпетическая инфекция</p> <p>1 и 2 типов. Ветренная оспа. Опоясывающий лишай. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Инфекционный мононуклеоз.</p> <p>Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология . Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Герпесвирусные инфекции</p> <p>6,7 и 8 типов. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Герпесвирусные инфекции</p> <p>6,7 и 8 типов. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p>	1	22	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

	<p>Вирусные менингоэнцефалиты и энцефаломиелиты. Эпидемиология.</p> <p>Патогенез. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Вирусные менингоэнцефалиты и энцефаломиелиты. Клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p>						
6.2	<p>Подготовка к практическим занятиям /Ср/</p>	1	16	<p>ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12</p>	<p>Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15</p>	0	Защита реферата
	Раздел 7. Вирусные гепатиты.						
7.1	<p>Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология.</p> <p>Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Вирусный гепатит Е. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Вирусный гепатит В. Этиология. Эпидемиология.</p>	1	20	<p>ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12</p>	<p>Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15</p>	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

	<p>Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/4 часа.</p> <p>Вирусный гепатит Д. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p> <p>Вирусные гепатиты С, G. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 4 часа.</p>						
7.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	20	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 8. Экзамен						
8.1	/Контр.раб./	1	54	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Презентация клинического случая.

8.2	/Экзамен/	1	0	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Теоритический опрос, тестирование, решение ситуационных задач.
	Раздел 9. Прочие инфекционные заболевания.						
9.1	<p>Хламидиозы. Хламидифиллёзы. Орнитоз. Клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/6 часов.</p> <p>Микоплазмозы. Клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика. часов). /Пр/6 часов</p> <p>Эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилла-</p> <p>Цинсера. Ку-лихорадка. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/6 часов.</p> <p>Прионовые болезни. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.Профилактика. /Пр/6 часов</p>	2	42	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

	<p>Отравления бактериальными токсинами.(Ботулизм).</p> <p>Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика.</p> <p>Лечение больных. Профилактика. /Пр/6 часов</p> <p>Отравления бактериальными токсинами.(Столбняк).</p> <p>Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика.</p> <p>Лечение больных. Профилактика. /Пр/6 часов.</p> <p>Криптоспоридиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение .Профилактика. /Пр/6 часов</p>						
9.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	42	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 10. Заболевания, вызванные простейшими.						
10.1	Амебиаз. Балантидиаз. Эпидемиология Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 6	2	36	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

	<p>часов.</p> <p>Малярия. Эпидемиология.</p> <p>Патогенез. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Малярия. Патогенез, клиника в зависимости от формы</p> <p>малярии, диагностика. Лечение больных.</p> <p>Профилактика. /Пр/6 часов.</p> <p>Лейшманиозы. Висцеральный лейшманиоз. Кожный лейшманиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/6 часов.</p> <p>Токсоплазмоз как внутриутробная инфекция. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Токсоплазмоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/ 8 часов.</p> <p>Лямблиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика. /Пр/6 часов.</p>			<p>ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12</p>	Э15		
10.2	<p>Подготовка к практическим занятиям /Ср/</p>	2	28	<p>ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7</p>	<p>Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1</p> <p>Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15</p>	0	Защита реферата

				ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12			
	Раздел 11. Особоопасные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.						
11.1	Холера. /Пр/6 часов. Чума. /Лек/2 часа. Чума. /Пр/6 часов. Сибирская язва./Лек/ 2 часа. Сибирская язва. /Пр/6 часов. Геморрагическая лихорадка Крым- Конго. /Пр/6 часов. Геморрагическая лихорадка Марбург, Ласса./Пр/ 6 часов. Эпидемиология и патогенез Геморрагических лихорадок. /Лек/2 часа. Лихорадка Эбола, Желтая лихорадка. /Пр/6 часов. Аргентинская геморрагическая лихорадка, Боливийская геморрагическая лихорадка. /Пр/6 часов. Натуральная оспа. /Лек/2 часа. Натуральная оспа. /Пр/6 часов.	2	56	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационны х задач.
11.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	2	48	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1	0	Защита реферата

				УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15		
	Раздел 12. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний.						
12.1	<p>Заболевания, протекающие с синдромом желтухи. /Пр/8 часов.</p> <p>Характеристика лихорадок.</p> <p>Лихорадка как ранний признак инфекционного заболевания.</p> <p>Патогенез лихорадок. /Лек/ 2 часа.</p> <p>Характеристика лихорадок.</p> <p>Лихорадка как ранний признак инфекционного заболевания.</p> <p>Патогенез лихорадок. /Пр/8 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом экзантемы. /Пр/6 часов.</p> <p>Синдром тонзиллита. Определение.</p> <p>Диагностика /Лек/2 часа.</p>	2	90	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач.

<p>Заболевания, протекающие с синдромом тонзиллита (ангины, дифтерия, скарлатина, туляремия, кандидоз и др.) /Пр/8 часов</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом лимфаденопатии (инфекционный мононуклеоз, туляремия, феллиноз, ВИЧ-инфекция, токсоплазмоз). /Пр/8 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом нейроинфекции (менингиты, менигоэнцефалиты). /Пр/8 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом ОРЗ. /Пр/6 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом пневмонии. /Пр/6 часов</p> <p>Заболевания, протекающие с синдромом артритов. /Пр/6 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с гепатолиенальным синдромом. /Пр/8 часов.</p> <p>Заболевания, протекающие с</p>						
---	--	--	--	--	--	--

	синдромом диареи. /Пр/8 часов. Заболевания, протекающие с поражением глаз. /Пр/6 часов.						
12.2	Подготовка к практическим занятиям /Ср/	2	72	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Защита реферата
	Раздел 13. Экзамен						
13.1	/Контр.раб./	2	54	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11 ПК-12	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Презентация клинического случая.
13.2	/Экзамен/	2	0	ПК-1 ПК-3 ПК-5 ПК-6 УК-1 УК-2 УК-3 ПК-2 ПК-4 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК- 11	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л2.2 Л 2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Теоретическ ие вопросы. Тестовый контроль. Ситуационна я задача

				ПК-12			
--	--	--	--	-------	--	--	--

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ	
5.1. Контрольные вопросы и задания	
Представлены в Приложении 1.	
5.2. Темы письменных работ	
Представлены в Приложении 1.	
5.3. Фонд оценочных средств	
Представлены в Приложении 1.	
5.4. Перечень видов оценочных средств	
Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, защита реферата Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестовый контроль, решение ситуационных задач	

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Покровский В. И., Брико Н. И., Данилкин Б. К., Пак С. Г.	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2016	20
Л1.2	Брико Н.И.	Эпидемиология.	Москва : Издател ьская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2016	20

6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-
Л2.1	Прилепская В. Н.	Инфекции, передающиеся половым путем: клинические лекции	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427521.html	1
Л2.2	Кошечкин В. А., Зимина В. Н., Ширманов В. И.	Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых: Учебное пособие	Москва: Российский университет дружбы народов, 2014, http://www.iprbookshop.ru/22223.html	1
Л2.3	Бережнова И. А.	Инфекционные болезни: Учебное пособие	Москва : Издательский Центр РИОР, 2018. 319 с. URL: http://new.znaniium.com/go.php?id=912502 .	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Савин В. А., Катаныхова Л. Л., Гирш Я. В., Тепляков А. А., Козловская О. В.	Поражение печени у детей: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2014	52
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»			
Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова			
Э3	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)			
Э5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)			
Э6	http://www.pulmonology.ru/ (российское респираторное общество)			
Э7	http://www.rusmedserv.com (Русский медицинский сервер)			
Э8	http://www.medlinks.ru (Вся медицина в Интернет)			
Э9	http://www.medinfo.ru (Медицинская поисковая система для специалистов и пациентов)			
Э10	http://www.webmedinfo.ru/index.php (Медицинский проект WebMedInfo)			
Э11	http://www.iacmac.ru/rus/all/bibl.shtml			
Э12	http://www.pcweek.ru/themes/detail.php?ID=118409			
Э13	http://www.znaniium.com/ (коллекция электронных версий изданий (книг, журналов, статей и т.д.))			
Э14	http://primo.nlr.ru/primo_library (Коллекции Электронных изданий Российской национальной			
Э15	http://www.elibrary.ru (Научная электронная библиотека)			

6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного, практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации УК 26/53 на базе БУ «Сургутская окружная клиническая больница», оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран.</p> <p>Количество посадочных мест – 14</p> <p>Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, на базе БУ ХМАО– Югры «Сургутская окружная клиническая больница», оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, облучатель бактерицидный, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, укладка для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией, укладка для профилактики и диагностики малярии, укладка универсальная для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни, автоклав для хранения питательных микробиологических сред) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: телементор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия,advancedVenepunctureArm, Limbs&ThingsLtd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-Vault, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, SAMII, ExcellusTecnologies, аускультативный манекен, PAT, ExcellusTecnologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScore, тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&ThingsLtd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simmlaids. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmlaids, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы.Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.</p>

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность:

Инфекционные болезни 31.08.35
(наименование специальности с шифром)

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач инфекционист

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры многопрофильной
клинической подготовки « _____ » _____ 2021 г.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор _____  _____ Климова Н.В.

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

УК-1

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
Знает	Умеет	Владеет
Методы анализа и синтеза статистической информации Методики сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков.	Анализировать информацию о здоровье взрослого населения, детей и подростков	Методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков

УК-2

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия		
Знает	Умеет	Владеет
Системы управления и организацию труда в здравоохранении. Лидерство и персональный менеджмент. Формы и методы организации гигиенического образования и воспитания населения. 1. Медицинскую этику и деонтологию.	Организовывать деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами.	Методами организации гигиенического образования и воспитания населения. Системами управления и организации труда в медицинской организации

УК-3

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
Знает	Умеет	Владеет
-Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - Обучение и переподготовка персонала. Роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала; -Пациент-ориентированный подход в современной медицине; - Роль специалистов в	-Организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); -Разработка программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации персонала медицинского персонала учреждения; -Проведение методического анализа дидактического	Нормативной и распорядительной документацией; -Современными образовательными технологиями

сохранении и укреплении здоровья населения; - Вопросы аттестации и сертификации персонала; - Дистанционное образование;	материала для преподавания; - Организация и проведение учебного процесса в медицинских организациях и образовательных учреждениях по постановке и решению профессиональных задач;	
---	--	--

Компетенция < ПК-1 >

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

Знает	Умеет	Владеет
<p>- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012г. № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»;</p> <p>- организацию санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания населения;</p> <p>- общие и специфические меры профилактики инфекционных заболеваний;</p>	<p>- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);</p>	<p>--алгоритмом постановки предварительного диагноза, алгоритмом формирования развернутого клинического диагноза;</p> <p>- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;</p> <p>- проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни;</p>

Компетенция < ПК-2 >

- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

Знает	Умеет	Владеет
-------	-------	---------

<p>- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>- организацию диспансерного наблюдения за переболевшими; восстановительное лечение после инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p>- вопросы медико-социальной экспертизы при инфекционных заболеваниях;</p>	<p>- оформить необходимую медицинскую документацию;</p> <p>- наметить план реабилитационных мероприятий пациенту, перенесшему инфекционное заболевание;</p>	<p>- правильным ведением медицинской документации;</p> <p>- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;</p>
---	---	--

Компетенция < ПК-3 >

<p>- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;</p>		
<p style="text-align: center;">Знает</p>	<p style="text-align: center;">Умеет</p>	<p style="text-align: center;">Владеет</p>
<p>- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>- современную классификацию, этиологию, эпидемиологию инфекционных болезней, принципы эпидемиологического анализа и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;</p> <p>- правила по охране труда и пожарной безопасности;</p>	<p>- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);</p>	<p>- методами общеклинического обследования пациентов;</p> <p>- основными врачебными, диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по оказанию врачебной помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), а также специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);</p>

Компетенция < ПК-4 >

<p>- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-</p>

статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемио-логического благополучия населения; - вопросы медико-социальной экспертизы при инфекционных заболеваниях; - общие и специфические меры профилактики инфекционных заболеваний; - организацию диспансерного наблюдения за переболевшими; восстановительное лечение после инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению; 	<ul style="list-style-type: none"> - проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья; 	<ul style="list-style-type: none"> - осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;

Компетенция < ПК-5 >

<ul style="list-style-type: none"> - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; 		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - общие вопросы организации медицинской помощи инфекционным больным (взрослым и детям); - современную классификацию, этиологию, эпидемиологию инфекционных болезней; - механизмы иммунитета и состояние системы иммунитета при различных инфекционных болезнях; - патологоанатомические изменения в органах и тканях при инфекционных заболеваниях; - клиническую симптоматиологию инфекционных заболеваний, осложнения, исходы; 	<ul style="list-style-type: none"> - провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования); - оформить необходимую медицинскую документацию; - определить тактику ведения больного, показания для госпитализации и изоляции; назначить лечение инфекционных больных с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих 	<ul style="list-style-type: none"> - правильным ведением медицинской документации; - методами общеклинического обследования пациентов; - алгоритмом постановки предварительного диагноза, алгоритмом формирования развернутого клинического диагноза; - основными врачебными диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по

	патологических состояний;	оказанию врачебной помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), а также специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);
--	---------------------------	---

Компетенция < ПК-6 >

- готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями;		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- общие вопросы организации медицинской помощи инфекционным больным;</p> <p>- клиническую симптоматику инфекционных заболеваний, осложнения, исходы;</p> <p>- современную классификацию, этиологию, эпидемиологию инфекционных болезней, принципы эпидемиологического анализа и противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции;</p>	<p>- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);</p> <p>- оформить необходимую медицинскую документацию;</p> <p>- определить тактику ведения больного, показания для госпитализации и изоляции;</p> <p>- назначить лечение инфекционных больных с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний;</p> <p>- дифференциальную диагностику с наиболее часто встречающимися заболеваниями;</p>	<p>- методами общеклинического обследования пациентов;</p> <p>- правильным ведением медицинской документации;</p> <p>- основными врачебными диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по оказанию врачебной помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), а также специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);</p> <p>- методикой оценки результатов специальных исследований: бактериологических и вирусологических, серологических, ИФА, КЩС и газов крови, ликвора, копроскопического исследования, паразитоскопии препаратов крови;</p>

Компетенция < ПК-7 >

готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации		
Знает	Умеет	Владеет
<p>-принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>-принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>-вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения;</p> <p>-вопросы организации противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях</p>	<p>организовать и проводить противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней;</p> <p>-планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями;</p> <p>-организовать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпид. неблагополучии;</p> <p>-проводить статистический анализ;</p> <p>- организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p>	<p>-навыками работы с нормативно-правовыми документами;</p> <p>-навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции;</p> <p>-навыками в организации и проведении комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней</p>

Компетенция < ПК-8 >

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;		
Знает	Умеет	Владеет
<p>-общие вопросы организации медицинской помощи инфекционным больным ;</p> <p>- современные методы лечения инфекционных заболеваний (специфическая и патогенетическая терапия, основы рационального питания и диетотерапия при инфекционных заболеваниях);</p> <p>- организацию диспансерного наблюдения за переболевшими; восстановительное лечение после инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p>	<p>- назначить лечение инфекционных больных с учетом этиологии, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний;</p> <p>- определить тактику ведения больного (самостоятельное оказание неотложной врачебной помощи в полном объеме или, начав лечение, вызвать на консультацию соответствующих специалистов);</p>	<p>- основными врачебными диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по оказанию врачебной помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), а также специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);</p>

Компетенция < ПК-9 >

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих ;		
Знает	Умеет	Владеет

<p>-организацию санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания населения;</p> <p>- общие и специфические меры профилактики инфекционных заболеваний;</p> <p>-организацию диспансерного наблюдения за переболевшими;</p> <p>восстановительное лечение после инфекционных заболеваний, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p>	<p>- определить тактику ведения больного, показания для госпитализации и изоляции;</p> <p>-наметить план реабилитационных мероприятий пациенту, перенесшему инфекционное заболевание;</p>	<p>- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и стертых форм инфекционных заболеваний и факторов риска возникновения инфекционных заболеваний;</p> <p>- проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни;</p>
---	---	--

Компетенция < ПК-10 >

готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях		
Знает	Умеет	Владеет
<p>-Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>-методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления;</p> <p>-вопросы организации медицинской помощи населению;</p> <p>-статистику состояния здоровья населения;</p> <p>-критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</p> <p>-организацию экспертизы качества медицинской помощи;</p> <p>-вопросы экспертизы временной нетрудоспособности;</p> <p>-основы менеджмента;</p> <p>-основы страховой медицины.</p>	<p>-применять методики изучения состояния здоровья населения;</p> <p>-анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения;</p> <p>-использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.</p>	<p>-навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ;</p> <p>-методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья;</p> <p>-методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по</p>

		<p>данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды;</p> <p>-методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений;</p> <p>-методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ;</p> <p>-навыками проведения экспертизы трудоспособности</p>
--	--	---

Компетенция < ПК-11 >

<p>готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;</p>		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>-приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012г. № 69 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»;</p> <p>-вопросы медико-социальной экспертизы при инфекционных заболеваниях;</p>	<p>-организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;</p> <p>-организация проведения медицинской экспертизы;</p>	<p>- методикой расчета показателей медицинской статистики.</p>

Компетенция < ПК-12 >

<p>- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;</p>		
Знает	Умеет	Владеет

<p>- организацию скорой и неотложной помощи инфекционным больным;</p> <p>- клинику неотложных состояний в инфекционной патологии;</p> <p>- показатели водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного равновесия, тромбогеморрагический синдром при различных инфекционных болезнях;</p>	<p>- провести всестороннее клиническое обследование больного и на этом основании определить диагноз инфекционной болезни, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, необходимое дополнительное обследование (консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования);</p> <p>- определить тактику ведения больного (самостоятельное оказание неотложной врачебной помощи в полном объеме или, начав лечение, вызвать на консультацию соответствующих специалистов);</p> <p>- клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния;</p>	<p>- основными врачебными диагностическими, лечебными, реабилитационными и профилактическими мероприятиями по оказанию врачебной помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи (экстренной, неотложной, плановой), а также специализированной медицинской помощи (экстренной, неотложной, плановой);</p>
--	--	---

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Раздел 1. Общие вопросы эпидемиологии и инфектологии

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Цели, задачи клинической эпидемиологии.
2. Основные исторические периоды и этапы развития эпидемиологии.
3. Законодательные документы (Санитарные правила) РФ по инфекционным заболеваниям.
4. Понятия эпидемического процесса.
5. Факторы, составляющие эпидпроцесс.
6. Неспецифическая резистентность.
7. Виды иммунитета.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 2. Кишечные инфекции.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Клиническая классификация брюшного тифа, паратифов А и В.
2. Лечение бактерионосителей возбудителя брюшного тифа. Применение иммуномодулирующей терапии.
3. Основные методы диагностики тифо-паратифозных заболеваний на современном этапе.
4. Диспансерное наблюдение декретированной группы населения при тифо-паратифозных заболеваниях.
5. Современное состояние проблемы сальмонеллеза на территории РФ.
6. Принципы терапии сальмонеллезной инфекции у взрослых и детей.
7. Терапия острых хронических форм дизентерии.
8. Клиническая картина псевдотуберкулеза и иерсиниоза на современном этапе. Особенности течения у пожилых лиц и лиц с иммунодефицитом.
9. Диагностика пищевых токсикоинфекций. Критерии постановки диагноза. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
10. Особенности течения острых кишечных инфекций у беременных.
11. Особенности эшерихиозов у пожилых и лиц с иммунодефицитным состоянием.
12. Критерии постановки ОКИ, вызванных УПМ.
13. Особенности протейной инфекции у пожилых и лиц с иммунодефицитным состоянием. Принципы терапии.
14. Органные поражения при клебсиеллезной инфекции. Принципы терапии.
15. Особенности инфекции цитробактерной этиологии у пожилых и лиц с иммунодефицитным состоянием. Принципы терапии.
16. Критерии диагностики вирусных диарей. Принципы лечения вирусных диарей в зависимости от возраста.
17. Неотложная помощь при ротавирусном гастроэнтерите.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача № 1.

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

подвздошной кишки обнаружены просвечивающие сквозь кишечную стенку язвы. Анализ крови: Нв-126г/л, лейкоциты- $6,1 \cdot 10^9$ /л, п/я-8%, с/я-51%, лим.-38%, мон-3%, СОЭ-12 мм/час. Поставлен диагноз «острый аппендицит, язвенный илеит».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больная О., 35 лет, воспитатель детского сада. Обратилась к участковому врачу 11.09. на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, нарушение сна, слабость. Заболела остро, в течение 3 дней температура достигла до 39°C , беспокоила головная боль, снизился аппетит, стала часто просыпаться ночью, нарастала слабость. Сообщила врачу, что в течение последнего месяца в группе отмечено 2 случая заболеваний детей «гриппом». У некоторых из них был жидкий стул. Температура повышалась в течение 5-8 дней. При осмотре на 3-й день болезни температура $39,1^{\circ}\text{C}$. Состояние средней тяжести. Кожа бледная. Слизистая ротоглотки чистая. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких хрипов нет. Пульс 84 уд/мин., АД 100/60 мм.рт.ст. Живот слегка болезненный в области пупка, мягкий. Стул был два дня назад, нормальный, оформленный без патологических примесей. Дизурии нет. Менингеальных знаков нет. Врачом был поставлен диагноз «грипп», назначены бисептол, аспирин, анальгин. На фоне терапии температура сохранялась в течение недели, затем снизилась до нормальной, но в течение примерно 7 дней продолжала беспокоить слабость. На 17-й день от начала болезни была выписана на работу. Спустя 12 дней вновь появилась головная боль, кашель, температура $38,4^{\circ}\text{C}$. Участковым врачом отмечена бледность кожи, сухие рассеянные хрипы в легких. Плохой аппетит, обложенность и отечность языка. Пульс 72 уд/мин. Обращали на себя внимание вздутие живота, увеличение печени и селезенки. Госпитализирована с диагнозом «грипп, пневмония».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

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 $38,6^{\circ}\text{C}$, знобило, болела голова. Дважды повторялась рвота, был жидкий стул. Принимал таблетки «от гриппа», но лучше не стало. Головная боль и слабость

нарастали, на следующий день температура поднялась до 39°C. За 10 дней до начала болезни вернулся из туристической поездки в Индию.

При осмотре состояние средней тяжести, небольшой насморк, гиперемия слизистой ротоглотки. На коже туловища и конечностей обильная пятнисто-папулезная сыпь, которую вчера больной не видел. Лимфоузлы не увеличены, в легких хрипов нет. Пульс 88 уд/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, утолщен. Живот мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул жидкий, дважды за день. Печень и селезенка пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 4.

Больной К., 61 года, госпитализирован с диагнозом «острая дизентерия». При поступлении жаловался на боли в нижней части живота, иррадиирующие в крестец, стул до 5 раз в сутки со слизью и кровью, повышение температуры до 38,2°C. Болен 4-й день. Болезнь началась с повышения температуры, болей в животе, недомогания, диареи (частота стула за дни болезни увеличилась до 2-5 раз в сутки). С первого дня заметил примесь крови к испражнениям. Температура в пределах от 37,1 до 37,6°C. Анамнез жизни без особенностей, однако в течение 3-4 месяцев отмечал задержку стула в течение 2-3 дней, прожилки крови в оформленном кале, общую слабость, утомляемость.

Данные осмотра: больной бледен. Лимфоузлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, сигма инфильтрирована, плотная, чувствительная при пальпации, малоподвижна. Печень увеличена на 3см, плотная. Стул (осмотрен) каловый, кашицеобразный с примесью слизи, крови и гноя.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с диагнозом?
2. Если нет, то почему?
3. Между какими болезнями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
4. План обследования.

Клиническая задача № 5.

Больная А., 32 лет, поступила 7.06. с диагнозом «дизентерия» с жалобами на сильную слабость, головную боль, боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Заболела 4.06., когда появился озноб, жар, температура повысилась до 37,8°C, однократно

был жидкий стул. 5.06. состояние ухудшилось - температура поднялась до 38,3°C, стул 3 раза жидкий, обильный, появились боли в животе без четкой локализации. 6.06. частота стула увеличилась до 8 раз, появились примесь слизи и крови, боли в животе стали более интенсивными.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,8°C, обращает на себя внимание бледность кожи. Тоны сердца приглушены. Пульс 108 уд/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Печень увеличена на 2см, отчетливо пальпируется селезенка. Стул жидкий, каловый с большим количеством слизи и крови. Анализ крови: Нв-98г/л, лейкоц.- $12,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ-24мм/ч.

Ректороманоскопия: Тубус свободно введен на 22см, дальнейший осмотр затруднен из-за большого количества кровянисто-слизистого содержимого. На осмотренном отрезке слизистая оболочка резко отечна, гиперемирована, выступает в просвет кишки, выражена контактная кровоточивость, местами имеются наложения фибрина, эрозии. Взяты биоптаты слизистой оболочки.

ЗАДАНИЕ.

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.
3. Составьте план ведения больного.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Инфекции дыхательных путей. Инфекции с воздушно-капельным механизмом передачи.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Эпидемиологические особенности менингококковой инфекции на территории РФ.
2. Особенности патогенеза неотложных состояний при менингококковой инфекции.
3. Критерии постановки диагноза фульминантный менингококковый сепсис.
4. Современная классификация сепсиса. Критерии постановки сепсиса, тяжелого сепсиса, септического шока.
5. АБ терапия сепсиса.
6. Клинические проявления дифтерии ротоглотки в зависимости от возраста. Дифтерия у привитого. Специфическая терапия дифтерии разных локализаций.
7. Особенности коклюша у детей раннего возраста, у взрослых.
8. Вакцинопрофилактика коклюша. Характеристика вакцинальных препаратов, зарегистрированных на территории РФ.
9. Органные поражения при скарлатине.
10. Синегнойная инфекция. Проблема внутрибольничной синегнойной инфекции с учетом профиля стационара. Принципы диагностики и лечения.
11. Клинические проявления клостридиозной инфекции у ВИЧ-инфицированных. Принципы диагностики и лечения.

12. Клинические проявления генерализованных форм гемофильной инфекции. Критерии диагностики гемофильного сепсиса.
13. Поражение легких при легионеллезе. Критерии диагностики. Принципы лечения.
14. Осложнения эпидемического паротита. Вакцинопрофилактика.
15. Диагностика гриппа.
16. Особенности гриппа в группах риска. Вакцинопрофилактика гриппа.
17. Характеристика органических поражений при высокопатогенном гриппе.
18. Лечебные мероприятия при стенозе гортани. Критерии диагностики.
19. Вакцинопрофилактика РС – инфекции. Группы риска.
20. Клинические особенности коронавирусной инфекции. Критерии диагностики.
21. Краснуха как проявление медленной вирусной инфекции. Краснуха у беременных.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача № 1.

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

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

Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

Больная П., 17 лет, вызвала врача «скорой помощи». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2°C. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38°C, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40 в мин. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику ведения больной.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Инфекции с контактным механизмом передачи возбудителя.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Сепсис. Эпидемиология. Патогенез.
2. Клиническая классификация сепсиса.
3. Стафилококковая инфекция. Сепсис. Эпидемиология.
4. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных.
5. Профилактика сепсиса.
6. Рожь. Эпидемиология. Патогенез, клиника,
7. диагностика. Лечение больных. Профилактика.
8. Клинические проявления стрептококковых инфекций в зависимости от возбудителя. Профилактика рожь.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача № 1.

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения.

Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°C. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

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

ЗАДАНИЕ.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Терапевтическая тактика.

Клиническая задача № 2.

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

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте и обоснуйте развернутый диагноз.
2. Определите терапевтическую тактику.
3. Обоснуйте необходимость профилактических мероприятий после выписки и составьте их планы.

4. Каков морфологический субстрат данной инфекционной болезни?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5. Зоонозы.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Клинические проявления Лайм-Боррелиоза. Критерии диагностики ЛБ.
2. Применение АБ для лечения и профилактики ЛБ.
3. Современные эпидемиологические характеристики лептоспироза на территории РФ.
4. Характеристика геморрагического синдрома при лептоспирозе.
5. Диагностика лептоспироза на современном этапе. Принципы терапии.
6. Поражение ЦНС при лептоспирозе.
7. Современные эпидемиологические характеристики туляремии на территории РФ.
8. Клиническая картина туляремии.
9. Профилактика туляремии в эндемичных районах. Характеристика вакцинальных препаратов.
10. Проявления хронической формы бруцеллеза. Бруцеллез как профессиональное заболевание.
11. Особенности листериоза у беременных. Критерии диагностики.
12. Клинические проявления параполиомиелитных заболеваний.
13. Критерии диагностики клещевого энцефалита и вакцинопрофилактика клещевого энцефалита.
14. Поражение ЦНС при герпетических инфекциях, энтеровирусных инфекциях и клещевых нейроинфекциях.
15. Инструментальные методы обследования больного с вирусным поражением ЦНС и периферической НС.
16. Лабораторная и клиническая диагностика лихорадки Западного Нила.
17. Клинические и лабораторные критерии диагностики ГЛПС.
18. Клинические особенности бешенства. Критерии диагностики. Профилактика.
19. Лабораторная и клиническая диагностика лихорадки ящура.
20. Лабораторная и клиническая диагностика лихорадки Денге.

Ситуационные задачи

Клиническая задача № 1.

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0°C, отметил сильную боль в мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6°C. За 10 дней до заболевания рыбачил на озере, купался, пил сырую воду. Госпитализирован с диагнозом: «менингит».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в Москве, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечером). Температура сохранялась 38,5-39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1,5-2см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 3.

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

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 6. Герпесвирусные инфекции.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Клинические проявления герпесвирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных.
2. Герпесвирусные инфекции у пожилых и лиц с иммунодефицитами.
3. Критерии диагностики острой и хронической форм герпесвирусных инфекций.
4. Внутриутробное поражение при ВПГ и ЦМВ.
5. Принципы лечения герпесвирусных инфекций.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача №1.

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнистопапужезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие два дня температура тела 39°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела - 40°C, беспокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. Сыпь полиморфная: пятна, папулы, везикулы с пупковидным вдавлением в центре диаметром до 0,5 см. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - 4,4x10¹²/л, Ц.п. - 0,95, Л -17,5x10⁹ /л; э - 1%, п/я - 3%, с/я - 82%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Консультации каких специалистов необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

4. Составьте план лечения.
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимы дома и в детском саду?
6. Дайте этиопатогенетическую характеристику заболевания, назовите возможные осложнения.

Клиническая задача №2.

Девочка 1,5 лет, m – 12 кг, заболела остро: повысилась температура до 39,0С, стала вялой, сонливой. На следующий день сохранялась температура до 38,60С, отказывается от еды, при попытке накормить ребенка – выраженное беспокойство. Эпид.анамнез: у матери herpes labialis. При осмотре состояние средней тяжести, температура 39,0С, вялая. Кожные покровы бледные, свободны от сыпи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 1-1,5 см, эластической консистенции. Дыхание пуэрильное. ЧД – 36 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, разрыхлена. На слизистой щек, языка и десен множественные округлые эрозии диаметром 0,3-0,5 см. Зев гиперемирован, налетов на миндалинах нет. Анализ крови: Hb 124 г/л, L 12,0x10⁹ /л, э 2% п/я 3%, с/я 19%, л 68%, м 8%, СОЭ 10 мм/час. ВПГ 1-2 Ig G – отр, IgM – полож. (1:800). Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования необходимо провести?
3. Определите круг диф.диагностического поиска.
4. Составьте план лечения.
5. Составьте необходимые рекомендации при выписке из стационара.
6. Представьте патогенез, классификацию данного заболевания.

Клиническая задача №3.

Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием. На фоне десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако, на 3 день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39° С, стал беспокойным, ухудшился сон, усилился зуд. На коже появились везикулезные высыпания и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени - конечностей - обширные эритематозные участки с мокнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами желтоватым, содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца отчетливые. ЧСС - 160 уд/мин. Слизистая оболочка полости рта, глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Клинический анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - 3,0 x 10¹² /л, лейкоциты - 18,0 x 10⁹ /л, п/я - 15%, с/я - 49%, э - 3%, л - 25%, м - 8%. СОЭ - 43 мм/час. Определение антител (ИФА) к антигенам: CMV IgG (1 : 200), IgM - отрицательно; ВПГ 1-2 IgG - отрицательные, IgM - положительные (1:400).

Задание

1. Поставьте клинический диагноз. Укажите основные свойства возбудителя. Объясните патогенез данного заболевания. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие лабораторные тесты подтверждают этиологию заболевания?
3. Объясните причину изменений в клиническом анализе крови. Консультация каких специалистов необходима дополнительно?
4. Назначьте этиотропное лечение: а) общее, б) местное.
5. Проведите профилактические мероприятия.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 7. Вирусные гепатиты.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Особенности ВГА у взрослых. Профилактика. Характеристика вакцин от гепатита А.
2. Особенности ВГЕ у беременных.
3. Исходы вирусных гепатитов.
4. Диагностика вирусных гепатитов.
5. Принципы лечения хронического ВГВ, С. Характеристика противовирусных препаратов.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача №1.

Больная С., 9 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на желтушность кожи и склер, вялость, слабость, резкое снижение аппетита. Заболела 3 дня назад, когда повысилась t° до $38,3^{\circ}\text{C}$, появилась слабость, снижение аппетита, на следующий день рвота, боли в животе. Вчера мама заметила желтушность кожи и склер. Обратились к участковому педиатру, с подозрением на ВГ направлена в инфекционную больницу. Эпид. анамнез: в классе случаи вирусного гепатита. Состояние при поступлении средней тяжести. Выражен интоксикационный синдром: вялая, сонливая, раздражительная, аппетит отсутствует. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа, склеры, мягкое и твердое небо иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Зев спокоен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги $+3 + 3 + 4$ см, плотноэластической консистенции, край закруглен, поверхность гладкая; селезенка не пальпируется. Моча цвета "пива", стул ахоличен. ОАК: Нв – 127 г/л, Л – $7,0 \cdot 10^9$ /л, э – 2. п – 3, с – 47, л – 44, м – 4 СОЭ – 5 мм/час. ОАМ – желчные пигменты + + +. Билирубин: общий 207,0 мкмоль/л, прямой – 150,0 мкмоль/л, АлАТ – 180,0 Е/л, АсАТ – 120,0 Е/л, тимоловая проба – 20 ед (SH). Общий белок – 88 г/л, альбумины – 42, глобулины – 58 %, α – 16 %, β – 20 %, γ – 22%. Маркерный спектр: HBsAg – отриц., HBeAg – отриц., aHBs – отриц., aHBe – отриц., aHBc – отриц. анти HAV IgM – положит., aHCV – отриц. Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Представьте классификацию, эпидемиологические особенности, характер патоморфологические изменений в печени при этом заболевании.
3. Оцените данные лабораторных исследований. Каковы критерии тяжести при данном заболевании?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте план лечения соответственно диагнозу и степени тяжести.
6. Составьте план диспансерного наблюдения.
7. Дайте рекомендации родителям. Каковы принципы диетического питания при этом заболевании?

Клиническая задача № 2.

Врач «скорой помощи» осматривает больную Ж., обратившуюся в связи «с очень плохим самочувствием». Больной 40 лет, по профессии - медсестра. В течение 2-х недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боли в крупных суставах, особенно ночью. В последние дни постоянное чувство тошноты, исчез аппетит, появилась головная боль и головокружение, потемнела моча. Температура не повышалась.

Неоднократно обращалась к участковому врачу и к терапевту по месту работы. Плохое самочувствие объясняли переутомлением, и больная продолжала работать.

Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня вследствие еще большего ухудшения самочувствия (усилилось головокружение, появилось «мелькание мушек» перед глазами) была вызвана «скорая помощь».

Объективно: Вялая, заторможенная, тремор рук. Дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,3°C. Выраженная желтуха. На коже и слизистых - геморрагии, положительный симптом щипка. Суставы не изменены. Живот мягкий, слегка вздут. Печень у реберной дуги, мягкая, верхний край - на уровне 7-го ребра. Селезенка не пальпируется. В легких и сердце - без особенностей. АД 90/70 мм.рт.ст. Пульс-100 уд/мин. Моча цвета пива, кал ахоличный.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте развернутый диагноз.
- 2.Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 3.

Больной Б., 18 лет. Болен 7 дней. Заболевание началось с повышения температуры до 38,8°C, небольшой головной боли, слабости.

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

Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 9. Прочие инфекционные заболевания.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Этиология эпидемиология, патогенез, клиника диагностика, лечение и профилактика хламидиозов, хламидифиллёзов, орнитоза.
2. Микоплазмозы. Клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных.
3. Эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилла-Цинссера. Ку-лихорадка. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
4. Прионовые болезни. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
5. Отравления бактериальными токсинами. (Ботулизм). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
6. Отравления бактериальными токсинами. (Столбняк). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
7. Криптоспоридиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача № 1.

На приём к педиатру 4.01. привели девочку 8 лет с жалобами на недомогание, отсутствие аппетита, поперхивание при глотании, затруднение при чтении. С 1.01. наблюдается участковым педиатром, диагноз «ОРВИ». Обоснование диагноза – слабость, кратковременное расстройство стула, гиперемия слизистой ротоглотки. Девочка находится у бабушки, т.к. её мать лежит в больнице, а что с ней они не знают.

Объективно: состояние удовлетворительное. Бледна. Кожа чистая. Живот вздут, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула нет 3 дня. Пульс 80 уд/мин, тоны сердца ясные. АД 100/70 мм.рт.ст. Рот открывает неохотно, видна гиперемия слизистой и большое количество слюны, которую плохо глотает. Язык обложен. Небная занавеска свисает, неподвижна при фонации, голос гнусавый. Двусторонний мидриаз, расходящееся косоглазие справа.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом «дифтерия»? Установите диагноз.
- 2.Какие дополнительные сведения необходимо получить в данной ситуации?
- 3.Назначьте лечение.

Клиническая задача № 2.

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 10. Заболевания, вызванные простейшими.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Амебиаз. Балантидиаз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
2. Малярия. Эпидемиология. Патогенез. клиника в зависимости от формы малярии, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
3. Лейшманиозы. Висцеральный лейшманиоз. Кожный лейшманиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
4. Токсоплазмоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
5. Лямблиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача 1

Больной К., 35 лет, поступил в инфекционный стационар 16.09.97 г. с диагнозом: "Малярия?".

Считает себя больным с 10 августа этого года, когда почувствовал недомогание, головную боль, ломоту в теле. Температуру тела не измерял. В то время находился в туристическом походе в районе озера Байкал. На следующий день (11.08) утром почувствовал озноб, повышение температуры, "лицо горело", выраженная головная боль, тошнота. Через несколько часов температура спала с обильным потоотделением. В течение 2-х дней чувствовал себя хорошо. На 4-й день утром вновь появился озноб, затем чувство жара, к вечеру температура спала с обильным потоотделением. Обратился в участковую больницу, где врач рекомендовал прием делагила, предварительно выяснив, что данный больной около месяца назад был несколько дней в Гвинее-Бисао.

После двухдневного приема рекомендованного лекарства приступы прекратились.

Посчитав, что наступило выздоровление, прием препарата был прекращен. По возвращению домой к врачу не обращался. Через 1,5 месяца клинические симптомы заболевания повторились, что заставило больного К. обратиться к врачу, который направил его в инфекционный стационар.

При поступлении: Состояние ближе к удовлетворительному, отмечает некоторую слабость. Температура тела на момент осмотра в пределах нормы. Кожа, видимые слизистые нормальной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные 76 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка увеличена на 1 см, болезненная при пальпации. Больному было назначено исследование крови на толстую каплю и мазок, общий анализ. Диагноз - малярия подтвердился обнаружением в толстой капле плазмодиев малярии.

В общем анализе крови : НВ. 147 г/л, L 4,2 x 10⁹/л, э.3%, п/я. 16%, с/я.29%, лиф.47%, мон.6%; СОЭ 9мм/час.

Проведен курс лечения делагилом с положительным результатом.

Задание:

1. О какой малярии можно было бы думать до результатов лабораторного исследования? Обоснуйте ваше предположение.
2. Причины повторного развития клинических симптомов, как их расценивать?
3. Достаточно ли в данном случае монотерапия - делагилом в качестве радикального лекарственного препарата?

4. С какими заболеваниями в данном случае возможно провести дифференциальный диагноз

Клиническая задача 2.

Больная Ф., 40 лет, поступила в инфекционный стационар на 23 день болезни с подозрением на малярию. Состояние средней тяжести, жалуется на приступообразные подъемы температуры, озноб, потливость, нарастающую слабость.

Заболела 19.08.96 г, когда с небольшим ознобом температура тела повысилась до 37,6°C. На следующий день температура 37,0°C, небольшая слабость ломота в теле. 21.08 в 16 ч. появился потрясающий озноб и головная боль, температура тела повысилась до 40°C.

Через 4 часа с обильным потом температура спала до нормы. В дальнейшем приступы трижды повторялись регулярно через день в одно и то же время после полудня. На губах и крыльях носа появились герпетические высыпания. Е связи с этим обратилась в поликлинику 28.08. Участковым терапевтом был выставлен диагноз - ОРВИ и назначено лечение - бисептол-480 по 1 таблетке 3 раза в день. Больная принимала препарат в течение 4-х дней, после чего приступы лихорадки прекратились. Состояние больной улучшилось, и она приступила к работе, но совершенно здоровой себя не считала, так как сохранялась слабость, быстрая утомляемость, головокружение. С 08.09.96 г. вновь приступы лихорадки с ознобом и потливостью, которые стали ежедневными. Температура тела повышалась до 39-40°C. С диагнозом "Лихорадка неясного генеза" направлена в инфекционную больницу на стационарное обследование и лечение. Врач-инфекционистом заподозрена трехдневная малярия. Больная была госпитализирована. Из анамнеза установлено, что последние 2 года жила с семьей в Пакистане, возвратилась 27.05.96. Личную химиопрофилактику делала нерегулярно, но малярией не болела.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца, приглушенные, систолический шум на верхушке. Пульс 86 ударов в минуту удовлетворительного наполнения, АД 115/75 мм рт. ст. Печень на 1,5 см выступает из-под реберной дуги, селезенка увеличена, плотноватой консистенции пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги.

Анализ крови показал: НГ 100 г /л, л. 4,5x10¹²/мкл, э. 0%, п/я. 11%, с 34%, лимф. 35%, мон. 15%; СОЭ 33 мм/ч. В толстой капле крови обнаружена плазмодии - 8-10 в поле зрения кольца, трофозоиты, шизонты.

Задание.

1. О какой малярии можно думать в данном случае и почему?
2. Как объяснить исчезновение приступов лихорадки на фоне лечения би- септолом?
3. С чем связаны новые приступы ежедневной лихорадки?
4. Какими препаратами проводится радикальная этиотропная терапия?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 11. Особоопасные инфекции. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика холеры.

2. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика чумы.
3. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика Сибирской язвы.
4. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика геморрагической лихорадки Крым- Конго.
5. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика геморрагической лихорадки Марбург, Ласса. Эбола, Желтой лихорадки, аргентинской геморрагической лихорадки, боливийской геморрагической лихорадки.
6. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика Натуральной оспы.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача № 1.

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжелое. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больной В., 40 лет, вызвал на дом врача в связи с высокой температурой. Жалобы на сильные боли в правой подмышечной области, головную боль, резкую слабость, кашель. Заболел 4 дня назад, когда появился озноб, головная боль, боль в мышцах, рвота и боли в правой подмышечной области, температура 39,5°C. На 2-й день обнаружил в правой подмышечной области резко болезненное образование. Начал принимать бисептол. На 4-й

день появился кашель, состояние ухудшилось. За день до заболевания прилетел из командировки в Астраханскую область, где в течение 2-х недель жил в полевых условиях. Состояние тяжёлое. Больной возбуждён, лицо гиперемировано. Сосуды склер и конъюнктивы инъецированы. В правой подмышечной области резко болезненный, плотный конгломерат, с отёком мягких тканей, неподвижный. Кожа над ним имеет багрово-синюшную окраску. Кашель с небольшим количеством пенисто-кровоянистой мокроты. При аускультации справа в нижнем отделе небольшое количество мелкопузырчатых хрипов. ЧД – 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 124 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот безболезненный, пальпируется край селезёнки. В сознании. Менингеальных симптомов нет.

ЗАДАНИЕ.

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

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 12. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний.

Фронтальный опрос: (перечень вопросов)

1. Заболевания, протекающие с синдромом желтухи.
2. Характеристика лихорадок. Лихорадка как ранний признак инфекционного заболевания. Патогенез лихорадок. Характеристика лихорадок.
3. Заболевания, протекающие с синдромом экзантемы.
4. Заболевания, протекающие с синдромом тонзиллита (ангины, дифтерия, скарлатина, туляремия, кандидоз и др.)
5. Заболевания, протекающие с синдромом лимфаденопатии (инфекционный мононуклеоз, туляремия, феллиноз, ВИЧ-инфекция, токсоплазмоз).
6. Заболевания, протекающие с синдромом нейроинфекции (менингиты, менигоэнцефалиты).
7. Заболевания, протекающие с синдромом ОРЗ. Заболевания, протекающие с синдромом пневмонии.
8. Заболевания, протекающие с синдромом артритов.
9. Заболевания, протекающие с гепатолиенальным синдромом.
10. Заболевания, протекающие с синдромом диареи.
11. Заболевания, протекающие с поражением глаз.

Ситуационные задачи.

Клиническая задача №1.

Врач МСЧ завода вызван к главному инженеру этого завода Л., 58 лет. В 10 часов утра во время заседания у больного возникла боль постоянного характера в эпигастральной области, тошнота, рвота пищей 3 раза, однократно жидкий стул, резкая слабость. Вечером накануне заболевания обильно поужинал вместе с семьей. Члены семьи здоровы. При

осмотре врач оценил состояние как среднетяжёлое, однако, настораживали сохранение болей в эпигастрии, бледность, акроцианоз, беспокойство больного. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 94 уд/мин. АД снижено до 100/70 мм.рт.ст. (привычное АД 140/85 мм.рт.ст.) Вызвана машина скорой помощи, врач которой решил госпитализировать больного с диагнозом «ПТИ», так как на ЭКГ отклонений не выявлено.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больной Д., 25 лет обратился к врачу на пятый день болезни с жалобами на повышение температуры, головную боль, боли в мышцах. Заболел остро: появился озноб, головная боль, боли в мышцах, слабость, температура повысилась до 38,5°C. В последующие дни температура оставалась высокой, больной почти не спал. Со 2-го дня болезни заметил плотное болезненное образование в левой подмышечной области. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C. Лицо гиперемировано, одутловато, склеры и конъюнктивы инъекцированы. В левой подмышечной впадине пальпируется плотный умеренно болезненный лимфоузел размерами 3x4 см с четкими контурами, кожа над ним не изменена. В легких жестковатое дыхание, хрипов нет. Печень выступает на 2см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

Больной К., 47 лет, поступил в больницу на 8 день болезни с диагнозом: «Лакунарная ангина? Дифтерия?». Заболел 20.07 утром - появилось недомогание, слабость, озноб, температура - 37,5°C. К вечеру самочувствие ухудшилось, температура повысилась до 39°C, беспокоила сильная головная боль, ломота в мышцах и костях, вызванный на дом

врач, диагностировал грипп, рекомендовал обильное питье, прием аспирина, димедрола. В последующие 2 дня существенных изменений в состоянии не произошло. 23.07 присоединилась небольшая боль в горле (справа) при глотании, а 24.07 припухлость шеи с той же стороны. При повторном осмотре врач диагностировал ангину и назначил эритромицин. Температура продолжала оставаться высокой (38,5-39°C), сохранялась умеренная боль в горле, припухлость шеи справа нарастала. Предложена госпитализация. При осмотре в отделении больницы состояние средней тяжести. Склерит, конъюнктивит. Рот открывает свободно. Правая миндалина увеличена до 2-й степени, гиперемирована, покрыта на 2/3 серовато-белым, с трудом снимающимся налетом. Подчелюстной лимфатический узел справа значительно увеличен, имеет четкие контуры, плотноватый, подвижный, при пальпации слегка болезненный, кожа над ним не изменена. Пальпируются незначительно увеличенные заднешейные лимфатические узлы справа. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. В легких, сердце – без патологии. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочится достаточно. Стул за время болезни 2 раза, оформленный, обычного цвета. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет. При уточнении диагноза выяснено, что все лето живет в деревне, пьет не кипяченую воду. В доме много мышей. Замечал их помет на посуде и в хлебнице.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план обследования и лечения.
4. Каков механизм заражения в данном случае?

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – экзамен.
Экзамен по дисциплине состоит из тестового контроля, одного устного вопроса, одной ситуационной задачи.

Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Брюшной тиф, паратифы А и В. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
2. Острая и хроническая дизентерия. Клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
3. Сальмонеллёз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Псевдотуберкулез. Клиника, диагностика
5. Иерсиниоз. Клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Пищевые токсикоинфекции, клиника, диагностика. Лечение .

7. Менингококковая инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
8. Дифтерия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
9. Стафилококковая инфекция. Сепсис. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
10. Рожь. Эризипеллоид. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
11. Иксодовый клещевой боррелиоз. Болезнь Лайма. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
12. Лептоспироз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
13. Туляремия. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика. Лечение больных. Профилактика.
14. Коклюш. Паракклюш. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
15. Стрептококковая инфекция. Клиника, диагностика. Лечение.
16. Эшерихиозы. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
17. Синегнойная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
18. Гемофильная инфекция. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
19. Бруцеллёз. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
20. Энтеровирусные болезни. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
21. Клещевой энцефалит. Клиника, диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Вирусные гастроэнтериты и диареи. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
23. Герпесвирусные инфекции. (Герпетическая инфекция 1 и 2 типов) клиника. Диагностика.
24. . Ветряная оспа (Опоясывающий лишай.) Клиника, диагностика. Лечение.
25. Герпесвирусные инфекции. Эпидемиология. (Инфекционный мононуклеоз. Цитомегаловирусная инфекция.) Клиника, диагностика. Лечение.
26. Герпесвирусные инфекции. Герпесвирусные инфекции 6,7 и 8 типов. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
27. Вирусный гепатит А, Е. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
28. Вирусный гепатит В. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
29. Вирусный гепатит Д. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
30. Вирусные гепатиты С. Этиология. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
31. Грипп. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
32. Респираторно-синтициальная, риновирусная, реовирусная инфекции. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
33. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
34. Лихорадка денге. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.

Список тестовых заданий

1. Каковы принципы действия профилактических прививок?

- а) Повышение специфического иммунитета, предупреждение повторных случаев заболевания, создание невосприимчивости к инфекционным заболеваниям
- б) Специфическая десенсибилизация
- в) Лечение хронических инфекционных заболеваний
- г) Повышение общей резистентности организма
- д) Все ответы правильные

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

- а) Немедленно
- б) 12 часов
- в) 1 суток
- г) 2 суток
- д) 7 суток

3. Для возбудителя брюшного тифа характерно все, кроме:

- а) Относится к сальмонеллам группы Д
- б) Относится к сальмонеллам группы В
- в) Возбудитель патогенный только для человека
- г) Спор и капсул не образует
- д) Образует эндотоксин

4. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

- а) Вирулентность возбудителя
- б) Наличие рецидивов заболевания
- в) Индивидуальное несовершенство иммунитета
- г) Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии
- д) Особенности репарационных процессов в кишечнике

5. Для брюшного тифа характерно:

- а) Постепенное начало болезни с максимальной выраженностью клинической симптоматики на 8-9 день
- б) Острое начало болезни
- в) Наличие атипичных форм
- г) Частое выявление продромального периода
- д) Все перечисленное

6. При брюшном тифе отмечаются следующие изменения со стороны кожи:

- а) Бледность кожных покровов
- б) Желтоватый оттенок стоп и ладоней
- в) Розеолезная сыпь на коже верхних отделов живота, боковых поверхностей грудной клетки
- г) Розеолезно-петехиальная сыпь при тяжелых формах
- д) Все перечисленное

7. Для паратифов А и В характерны все перечисленные клинические формы, кроме:

- а) Менингеальной
- б) Тифоидной

- в)Гастроинтестинальной
- г)Катаральной или гриппоподобной
- д)Смешанной

8.Для диспансерного наблюдения за переболевшим брюшным тифом характерно все перечисленное, кроме:

- а)Проводится только в течение 3 месяцев после выписки
- б)Проводится в течение 2 лет после выписки
- в)1 раз в квартал проводят трехкратное исследование кала и мочи
- г)Через 2 года после выздоровления однократно бактериологически исследуется желчь
- д)Работники пищевых предприятий обследуются 1 раз в квартал на протяжении всей трудовой деятельности

9.При неосложненной гастроинтестинальной форме сальмонеллеза наблюдаются все перечисленные симптомы, кроме:

- а)Высокой лихорадки, интоксикации
- б)Желтухи, геморрагического синдрома
- в)Схваткообразных болей в животе
- г)Тошноты, рвоты, частого жидкого стула
- д)Обезвоживания

10.Основным механизмами патогенеза пищевой токсикоинфекций клостридиальной природы являются все перечисленные, кроме:

- а)Повреждения слизистой кишечника токсинами
- б)Повреждения слизистой оболочки кишки бактериями
- в)Развития некротического энтерита
- г)Токсемии
- д)Бактериемии

11.К характерным клиническим симптомам пищевой токсикоинфекций клостридиальной природы относятся:

- а)Сильные боли в животе
- б)Тошнота, рвота
- в)Жидкий кровавый стул до 20 раз и больше в сутки
- г)Выраженное обезвоживание, отсутствие лихорадки
- д)Все перечисленное

12.Для больных ботулизмом характерны все перечисленные жалобы, кроме:

- а)Головной боли
- б)Слабости
- в)Нарушения зрения
- г)Сухости во рту
- д)Нарушения глотания

13.Признаками глоссо-фаринго-неврологических расстройств при ботулизме является все перечисленное, кроме:

- а)Затруднения при открывании рта, боли при жевании
- б)Нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
- в)Речи с носовым оттенком, дизартрии
- г)Осиплости голоса, афонии
- д)Сухости во рту

14. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

- а) 1 лечебную дозу, независимо от тяжести болезни однократно
- б) 1 лечебную дозу однократно при легком течении и средней тяжести
- в) 1 лечебную дозу двукратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении
- г) 1 лечебную дозу трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении
- д) 2 лечебные дозы трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении

15. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

- а) Высота и продолжительность лихорадки
- б) Гемодинамические расстройства
- в) Степень интоксикации
- г) Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита
- д) Все перечисленное

16. К особенностям течения дизентерии лиц пожилого возраста относится все перечисленное, кроме:

- а) Более тяжелого течения заболевания
- б) Отсутствия колитического синдрома
- в) Часто протекает на неблагоприятном фоне сопутствующих заболеваний
- г) Чаще наблюдается подострое и хроническое течение заболевания
- д) Все ответы правильные

17. Основными эпидемиологическими характеристиками эшерихиоза является все перечисленное, кроме:

- а) Источник инфекции - больной человек или бактерионоситель
- б) Возникает как пищевая токсикоинфекция
- в) Чаще регистрируется в теплое время года
- г) Возможен водный путь передачи
- д) Часто отмечается передача инфекции от человека к человеку

18. Максимальные сроки выделения вируса больными ротавирусном гастроэнтерите составляют:

- а) 1-6 дней
- б) 7-12 дней
- в) 13-21 день
- г) 22-30 дней
- д) 31-48 дней

19. Основными клиническими симптомами ротавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:

- а) Острого начала
- б) Высокой лихорадки
- в) Рвоты, жидкого стула, обезвоживания
- г) Выраженной интоксикации
- д) Болей в животе

20. Для кишечной формы криптоспориديоза характерно все перечисленное, кроме:

- а) Умеренной лихорадки
- б) Жидкого стула до 10 раз в сутки без патологических примесей
- в) Тошноты, рвоты, болей в животе
- г) Тенезмов

д) Потери массы тела

21. Возбудитель гриппа относится к:

- а) Ротавирусам
- б) Пикорна-вирусам
- в) Энтеровирусам
- г) Ортомиксовирусам
- д) Арбовирусам

22. Основные клинические симптомы гриппа:

- а) Лихорадка, гиперемия лица
- б) Катаральные явления
- в) Гиперемия слизистой ротоглотки, отечность и зернистость задней стенки глотки
- г) Озноб, недомогание, ломота, боли в мышцах
- д) Все перечисленные

23. Ложный круп при гриппе характеризуется

- а) Лающим кашлем
- б) Чувством нехватки воздуха
- в) Затрудненным и удлиненным вдохом
- г) Разлитым цианозом
- д) Всем перечисленным

24. Терапия тяжелого осложненного гриппа:

- а) Противовирусная
- б) Антибактериальная
- в) Синдромальная
- г) Патогенетическая
- д) Все перечисленное

25. Энтеровирусом человека ЕСНО и Коксаки вызывают

- а) Гриппоподобные заболевания
- б) Асептические менингиты, энцефалиты
- в) Диареи у детей раннего возраста
- г) Геморрагический конъюнктивит, герпетические ангины
- д) Все перечисленное

26. Клиническая картина респираторно-синцитиальной инфекции у детей:

- а) Бронхитом
- б) Бронхиолитом
- в) Развитием ателектазов
- г) Пневмонией
- д) Всем перечисленным

27. Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- а) Острого начала
- б) Выраженных катаральных явлений
- в) Интоксикации
- г) Гепатолиенального синдрома
- д) Экзантемы и энантемы

28. Сыпь при кори характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) Пятнисто-папулезная
- б) Точечная на гиперемизированном фоне**
- в) Сливная
- г) Этапность высыпания с 3-4 дня болезни
- д) Пигментация и отрубевидное шелушение кожи в течение 2-х недель после угасания сыпи

29. Отличием краснухи от кори является все перечисленное, кроме:

- а) Менее выражены явления катара верхних дыхательных путей
- б) Отсутствие пятен Бельского-Филатова-Коплика**
- в) Отсутствие этапности высыпаний в период разгара болезни
- г) Высокая лихорадка
- д) Сыпь не оставляет пигментации и шелушения

30. При инфекционном мононуклеозе в отличие от краснухи наблюдается все перечисленное, кроме:

- а) Более выражен полиаденит
- б) Часто встречается гепатолиенальный синдром**
- в) Имеет место ангина
- г) Наличие в крови атипичных мононуклеаров
- д) Выражены катаральные явления

31. Синдром врожденной краснухи сопровождается следующими пороками развития плода:

- а) Пороки сердца (открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты)
- б) Поражения органа зрения (катаракта, микрофтальмия, глаукома, ретинопатия, недоразвитие век) и органа слуха (глухота, дефекты кортиева органа)**
- в) Поражения нервной системы (микроцефалия, паралич конечностей, нарушение психического развития)
- г) Пороки развития скелета, черепа, мочеполовых и пищеварительных органов
- д) Все перечисленное

32. Лихорадка при ветряной оспе характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) Достигает 38-39 °С
- б) Совпадает с появлением сыпи
- в) Постоянного типа**
- г) Исчезает с окончанием высыпания
- д) Продолжительность лихорадки до 5-8 дней

33. При инфекционном мононуклеозе могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме:

- а) Разрыва селезенки
- б) Острой почечной недостаточности**
- в) Менингоэнцефалита, менингита, миелита, нейропатии
- г) Активации вторичной микробной флоры- бронхит, отит, пневмония, синусит
- д) Геморрагического синдрома

34. Пути передачи герпетической инфекции:

- а) Контактный
- б) Воздушно-капельный**
- в) Половой

- г)Вертикальный (от матери к плоду)
- д)Все перечисленные

35.Основными очагами поражения при герпетической инфекции являются:

- а)Кожа
- б)Слизистые оболочки
- в)Глаза
- г)Нервная система
- д)Все перечисленное

36.К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

- а)Менингококкцемии
- б)Менингококкового менингита
- в)Менингоэнцефалита
- г)Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом
- д)Менингококкового носительства

37.Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:

- а)Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры
- б)На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии
- в)Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток
- г)Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный
- д)Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр

38.Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- а)Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39-40 °С
- б)Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы
- в)Появление рвоты с 1-го дня болезни
- г)Появление геморрагической сыпи на коже нижних конечностей
- д)Появление менингеальных знаков

39.Для менингококкового менингоэнцефалита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а)Острого начала, высокой температуры
- б)Ранней потери сознания
- в)Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов
- г)Менингеальных явлений выраженных нечетко
- д)Ярко выраженных менингеальных знаков

40.Для синдрома вклинения вещества мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а)На фоне менингита развиваются психомоторное возбуждение, общие клонико-тонические судороги
- б)Угасаниекорнеальных рефлексов, сужение зрачков, вялая их реакция на свет
- в)Нарастает брадикардия, быстро сменяющаяся тахикардией
- г)Развивается одышка, дыхание нарушается
- д)Черты лица заостряются, появляются круги под глазами

41. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:

- а) Пенициллин
- б) Левомецетин**
- в) Ампициллин
- г) Сульфамометоксин
- д) Гентамицин

42. Для скарлатины характерны следующие клинические симптомы

- а) Острое начало, лихорадка, интоксикация
- б) Озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- в) Точечная сыпь на гиперемизованном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- г) Шелушение кожи после угасания сыпи
- д) Все перечисленные**

43. Для распространенной формы дифтерии ротоглотки характерно:

- а) Фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация
- б) Налет на миндалинах, небных дужках, языке
- в) Застойная гиперемия и отек миндалин, небных дужек, языка, мягкого неба**
- г) Увеличение углочелюстных лимфатических узлов
- д) Все перечисленное

44. Для токсической дифтерии ротоглотки характерно:

- а) Острое начало, тяжелое течение, высокая лихорадка
- б) Головная боль, апатия, адинамия, бледность кожи
- в) Грубый пленчатый налет на миндалинах и окружающих тканях ротоглотки, отек миндалин и окружающих тканей**
- г) Увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, отек подкожной клетчатки шеи
- д) Все перечисленные

45. При скарлатине возможно развитие всех перечисленных осложнений, кроме

- а) Энцефалит**
- б) Лимфаденит
- в) Миокардит
- г) Гломерулонефрит

46. Возможны следующие пути инфицирования вирусом цитомегалии, кроме

- а) алиментарного**
- б) парентерального
- в) трансплацентарного
- г) воздушно-капельного

47. Механизм передачи вируса гепатита А:

- а) Аспирационный
- б) Фекально-оральный**
- в) Артифициальный
- г) Контактный
- д) Вертикальный

48. Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме;

- а) Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде**

- б) Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года
- в) Заболеваемость имеет сезонный характер
- г) Характерны циклические подъемы заболеваемости
- д) Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

49. К основным путям и механизмам передачи вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- а) Вертикального
- б) Контактного
- в) Парентерального
- г) Трансмиссивного
- д) Трансфузионного

50. К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- а) Повышения уровня АЛАТ
- б) Персистенции HBV > 30 дней
- в) Обнаружения HBe Ag
- г) Активной репликации HBV
- д) Высокого содержания HBV – ДНК

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

- а) HBs антиген
- б) АнтиHBe класса М
- в) HBe антиген
- г) АнтиHBs
- д) АнтиHBe

52. Особенности дельта-вируса является все перечисленное, кроме:

- а) Парентеральной передачи инфекции
- б) Возможности естественного пути передачи вируса
- в) Вирус может размножаться самостоятельно
- г) Характерно течение процесса в виде коинфекции и суперинфекции
- д) Для репродукции вируса необходимо наличие HBs антигена

53. Общая длительность инкубационного периода острого гепатита смешанной этиологии В и Д составляет:

- а) От 2 до 4 недель
- б) От 5 до 6 недель
- в) От 1,5 до 6 месяцев
- г) От 7 до 12 месяцев
- д) Более 12 месяцев

54. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

- а) Лихорадка
- б) Слабость, снижение аппетита
- в) Боли в правом подреберье и эпигастральной области
- г) Артралгии
- д) Сыпь

55. Возбудитель гепатита С:

- а) Относится к семейству Flaviviridae
- б) Содержит однонитевую РНК
- в) Существуют разные генотипы HCV
- г) Образует разные субтипы мутантов
- д) Все перечисленное

56. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:

- а) Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка
- б) Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвет
- в) Отек болезненный и равномерный
- г) Первичный бубон чаще единичный
- д) Локализуется в паховой, подмышечной, шейной, околоушной области

57. Для местных проявлений при роже, в отличие от сибирской язвы, характерны:

- а) Четкие контуры воспалительной зоны
- б) Болезненность кожи по периферии воспаления
- в) Наличие лимфаденита
- г) Отсутствие струпа
- д) Все перечисленное

58. Исходом геморрагических лихорадок может быть все перечисленное, кроме:

- а) Постинфекционной анемии
- б) Хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- в) Постинфекционной миокардиодистрофии
- г) Хронического пиелонефрита
- д) Токсико-инфекционного шока

59. В прогрессирующей фазе олигоурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают:

- а) Изогипостенурию, протеинурию
- б) Эритроциты и лейкоциты
- в) Клетки почечного эпителия, зернистые, фибринные цилиндры
- г) Все указанные изменения
- д) Все перечисленное не соответствует истине

60. Ведущие клинические признаки лептоспироза:

- а) Лихорадка, интоксикация, головная боль
- б) Боли в затылочных, икрожных мышцах, мышцах спины и живота
- в) Геморрагический синдром, высыпания на коже
- г) Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха
- д) Все перечисленное

61. При псевдотуберкулезе сыпь:

- а) Наблюдается во всех случаях заболевания
- б) Мелкопятнистая или точечная, иногда с наличием геморрагии или петехий
- в) Появляется на 1-6 день болезни
- г) После исчезновения сыпи часто проявляется пластинчатое шелушение
- д) Все перечисленное

62. При иерсиниозе могут наблюдаться все следующие симптомы, кроме:

- а) Желтухи

- б) Высыпаний на коже, артралгий
- в) Лимфаденопатии, узловатой эритемы
- г) Бульбарных расстройств
- д) Увеличения печени и селезенки

63. Инкубационный период при бруцеллезе составляет

- а) 7-60 дней
- б) до 40 дней
- в) 7-21 день
- г) 10-30 дней

64. Для отека при роже характерны:

- а) Отслойка эпителия
- б) Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
- в) Наличие сопутствующих лимфангитов
- г) Мраморность кожи
- д) Все перечисленное

Список задач

Клиническая задача № 1.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 2.

Больная К., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро 22.08. вечером. Почувствовала слабость, недомогание, умеренную головную боль, познабливание, затем возникло чувство жара. Температуру тела не измеряла. Одновременно с указанными симптомами появились схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5

раз за вечер. К утру 23.08. боли в животе усилились и локализовались преимущественно слева. Стул за ночь около 15 раз. В испражнениях заметила слизь и кровь. Были частые, болезненные позывы на стул. Температура утром 39,4°C. Вызван на дом врач амбулатории. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет. Объективно: больная вялая, температура тела 38,8°C. Тургор кожи не снижен. Со стороны органов дыхания патологии нет. Пульс 96 уд/мин., ритмичный. АД 115/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотрены испражнения, которые имели вид лужицы слизи с прожилками крови.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

В медицинский пункт аэровокзала обратился больной М., 42 лет. Доставлен товарищами – членами туристической группы, возвращающимися из Индии, где были в течение 10 дней. Заболел ночью в самолёте - появилось урчание в животе и жидкий водянистый стул. До момента обращения к врачу стул был более 20 раз, трижды - обильная рвота водянистым содержимым. Появилось головокружение, нарастала слабость. Через 12 часов от начала заболевания состояние крайней тяжести. Общая синюшность кожных покровов, сухость слизистых, говорит шепотом. Глазные яблоки запавшие, черты лица заострившиеся. Тургор кожи резко снижен, симптом «руки прачки». Кожные покровы холодные, покрыты липким потом. Температура тела 35,4°C. Периодически больной становится возбужденным, возникают судороги конечностей. Язык сухой, покрытый коричневым налётом. Одышка – 34 в минуту. Пульс нитевидный, частота сердечных сокращений 130 уд/мин. АД 30/0 мм.рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. В сознании. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

1. Обоснуйте клинический диагноз и определите степень обезвоживания.
2. Какие меры следует предпринимать при выявлении больного холерой?
3. Назначьте регидратационную терапию (масса тела больного до болезни 70 кг).
4. Какие исследования следует произвести в отделении интенсивной терапии для уточнения диагноза, оценки тяжести болезни и адекватности терапии? У больного установлены такие показатели: гематокрит - 50%, относительная плотность плазмы крови – 1,045. Адекватна ли проведенная терапия?

Клиническая задача № 4.

Скорая медицинская помощь вызвана в медпункт вокзала к больному Ж., 50 лет, приехавшему из Астраханской области. У больного около 4 часов утра в вагоне появился жидкий стул (обильный, водянистый), затем в 11.30. несколько раз рвота. На вокзале был обморок. В медпункте заподозрена пищевая токсикоинфекция, т.к. в дороге больной ел бутерброды с несвежей колбасой. АД 80/50 мм.рт.ст. Сделаны п/к мезатон и адреналин. Вызвана скорая помощь.

Врачом скорой помощи в 12.30. установлено общее тяжелое состояние, судороги икроножных мышц, цианоз, сухость слизистых оболочек и кожи, сильная жажда, афония, тахикардия, небольшая разлитая болезненность при пальпации живота. С 7 часов не мочился. В машине «скорой помощи» начато введение гемодеза (200мл), раствора глюкозы (1000 мл), однако состояние не улучшилось.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
2. Дайте оценку терапевтической тактике, проведенной в медпункте и врачом «скорой помощи».
3. Назначьте план лечения больного, если его вес до заболевания был 80 кг, а обезвоживание 3 степени.

Клиническая задача № 5.

Больной А., 26 лет, обратился по поводу высокой температуры, озноба, боли в правом подреберье. Диагностирована пневмония, назначено лечение пенициллином. В течение недели состояние не улучшилось, при рентгенографии легких диагноз пневмонии не подтвержден. В это время больной отметил потемнение мочи и желтушность склер. Направлен врачом поликлиники в стационар с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре в приёмном отделении отмечена бледность кожных покровов, обложенность языка, болезненность живота при пальпации в правом подреберье, увеличение и чувствительность правой доли печени.

При уточнении анамнеза установлено, что за 2 года до настоящего заболевания работал по контракту в Сирии, где отмечал в течение 3-х недель неустойчивый стул до 3-4 раз в день, калового характера, иногда с примесью слизи. Отмечал при этом небольшую слабость, температура не повышалась.

ЗАДАНИЕ.

1. Установите предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Составьте план обследования.

Клиническая задача № 6.

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

Объективно: состояние тяжёлое. Температура 36,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, тургор понижен. Цианоз губ и кончиков пальцев рук. Язык обложен белым налётом, сухой. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс 104 уд/мин, слабого наполнения. АД-80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастриальной и околопупочной областях, выслушивается усиленное урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Менингеальных симптомов нет. С утра больная не мочилась. Стул обильный, водянистый, зелёного цвета, зловонный, с примесью слизи. В общем анализе крови: Лейк.-13,2*10⁹/л, Эр – 5,1*10¹²/л, СОЭ –24 мм/час; относительная плотность плазмы крови –1040, гематокрит-55%, калий плазмы –3,2 ммоль/л, натрий плазмы – 130 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 7.

На приём к педиатру 4.01. привели девочку 8 лет с жалобами на недомогание, отсутствие аппетита, поперхивание при глотании, затруднение при чтении. С 1.01. наблюдается участковым педиатром, диагноз «ОРВИ». Обоснование диагноза – слабость,

кратковременное расстройство стула, гиперемия слизистой ротоглотки. Девочка находится у бабушки, т.к. её мать лежит в больнице, а что с ней они не знают. Объективно: состояние удовлетворительное. Бледна. Кожа чистая. Живот вздут, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула нет 3 дня. Пульс 80 уд/мин, тоны сердца ясные. АД 100/70 мм.рт.ст. Рот открывает неохотно, видна гиперемия слизистой и большое количество слюны, которую плохо глотает. Язык обложен. Небная занавеска свисает, неподвижна при фонации, голос гнусавый. Двусторонний мидриаз, расходящееся косоглазие справа.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с диагнозом «дифтерия»? Установите диагноз.
- 2.Какие дополнительные сведения необходимо получить в данной ситуации?
- 3.Назначьте лечение.

Клиническая задача № 8.

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 9.

Больная Е., 55 лет, рабочая завода. Заболела остро: появился озноб, температура 38,5°C, ломота во всем теле. На следующий день температура 39°C, озноб, ломота в теле. Отметила темную окраску мочи. С 3-го дня болезни присоединились головная боль, тошнота, ухудшился сон, пропал аппетит, температура держалась 39,8°C. Вызванный врач поставил диагноз «грипп», назначил анальгин, сульфадиметоксин, эритромицин. К вечеру больная отметила появление болей в правой половине живота, зуд и отечность кистей рук. При попытке встать с постели было обморочное состояние. Вызвана «скорая помощь». Врач обнаружил мелкоточечную сыпь в нижних отделах живота и расценил её как аллергическую, назначил глюконат кальция и димедрол. Участковый терапевт при повторном осмотре на 6-й день болезни отметил желтушную окраску кожи и склер, обильную пятнисто-папулезную, местами сливную, зудящую сыпь на руках, животе, ягодицах, гиперемии кистей и стоп, гиперемии слизистой ротоглотки. Отклонений со стороны органов дыхания не было. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд/мин., АД 100/80мм.рт.ст. Язык влажный, яркий. Печень выступает на 2см из-под реберного края. Симптом поколачивания по поясничной области положителен с обеих сторон. Менингеальных явлений нет. На заводе имеются случаи заболевания, сопровождавшиеся жидким стулом.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз с вирусным гепатитом, гриппом, осложненным лекарственной болезнью, энтеровирусной инфекцией.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.

Клиническая задача № 10.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 11.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 12.

Больная С., 24 лет, поступила в инфекционную больницу с диагнозом «пищевая токсикоинфекция» в состоянии средней тяжести. Заболела остро 4 дня назад, когда появились боли в животе, учащенный до 3 раз кашицеобразный стул без патологических примесей, першение в горле, температура поднялась до 37,8°C. Указанные жалобы

сохранялись в течение последующих 2 дней, температура держалась на субфебрильных цифрах. На 3-й день болезни состояние ухудшилось, температура достигла 38,7°C, появились сильная головная боль, тошнота, рвота 4 раза в сутки. Объективно: Температура 37,7°C. Кожа бледная, сыпи нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс 116 уд/мин., АД – 100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Миндалины, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. В сознании, но загружена, стонет. Менингеальный синдром слабо выражен. Очаговых симптомов нет.

Эпидемиологический анамнез: работает в детском саду, где наблюдались случаи лихорадочных заболеваний, сопровождающихся жидким стулом. Больной произведена люмбальная пункция. Получен прозрачный ликвор, вытекающий под повышенным давлением. Цитоз 400 клеток в 1 мкл., белок – 0,6 %, в мазке 92% лимфоцитов, 8% нейтрофилов.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.Составьте план обследования.
- 3.Назначьте лечение.

Клиническая задача № 13.

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

При осмотре отмечена умеренная желтушность склер и кожных покровов. В легких – сухие хрипы, жесткое дыхание. Обложенность языка. Болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, увеличение печени. При исследовании крови обнаружен лейкоцитоз- 15,8*10⁹/л, эозинофилия- 28%.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Составьте план обследования и лечения.
- 4.Назовите возбудителя данной болезни и его локализацию в организме.

Клиническая задача № 14.

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

При поступлении жалуется на боли в мышцах ног, шеи, жевательных мышцах; кашель, головную боль, повышение температуры, отечность лица. Болезнь началась с повышения температуры до 37,3-37,8°C, с 3 дня появились боли в мышцах и «отекли глаза».

Температура в течение недели достигла 38-38,8°C (выше в вечерние часы), появились головная боль, мышечные боли усилились. На 10 день появились зудящие высыпания на коже.

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте план лечения и обследования.
- 4.Укажите основные звенья патогенеза этого заболевания.

Клиническая задача № 15.

В поликлинику обратился больной К., 17 лет. Жалобы: слабость, разбитость, небольшой кашель и насморк, одышка, боли в суставах. Температура тела 37,4°С. При осмотре выявлено наличие жесткого дыхания в легких, а при рентгенологическом исследовании выявлены с обеих сторон небольшие инфильтративные тени. Поставлен диагноз «ОРЗ, пневмония», назначено лечение пенициллином, состояние не улучшилось. Через 7 дней при повторном рентгенологическом исследовании в легких были выявлены те же изменения, но другой локализации. Больной предъявлял те же жалобы, но при этом у него появились сыпь и зуд кожи, которые были расценены как лекарственная аллергия, в связи с чем отменен пенициллин и назначен супрастин. Анализ крови: лейкоцитоз, эозинофилия (18%), незначительная гипохромная анемия. Эпиданамнез: живет в общежитии, питается в столовой, покупает овощи на рынке, не соблюдает правил личной гигиены.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 16.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 17.

Больная В., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на боль в крупных суставах рук, ног, слабость, потливость, раздражительность.

Считает себя больной около 2 лет, когда стала беспокоить боль в суставах, временами повышалась температура до 37,3°C-37,5°C. Амбулаторно диагностирован ревматоидный полиартрит. Лечилась аспирином с временным улучшением. Ухудшение состояния наступило месяц назад, когда усилились слабость, потливость, обострилась боль в суставах, появилась раздражительность, что и заставило вновь обратиться к врачу.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа повышенной влажности, без сыпи. Лимфоузлы мелкие, плотноватые. В подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области определяются плотноватые образования величиной до фасоли. Левый плечевой, правый коленный и голеностопный суставы увеличены в объеме, контуры в их сглажены, движения в них ограничены и болезненны. Печень и селезенка не увеличены. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс- 76 уд/мин. АД –120/70мм.рт.ст. Больная эмоционально неустойчива, плаксива. Менингеальных симптомов поражения нервной системы нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Согласны ли Вы с амбулаторным диагнозом? Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз с ревматоидным полиартритом.
- 3.Каков патогенез образований в подкожной клетчатке? Как они называются?

Клиническая задача № 18.

Больная С., 42 лет, заболела остро около 10 дней назад с озноба и подъема температуры до 40°C., беспокоили мышечные боли и боли в суставах. В течение последующих 3-х дней сохранялась высокая (до 40,2°C) температура, с колебаниями в течение дня до 2,5-3°C.

Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. К врачу не обращалась, т.к. несмотря на высокую температуру, субъективно чувствовала себя неплохо и не позволяли хозяйственные дела. На 4-й день болезни температура снизилась до 37,7°C и держалась на субфебрильных цифрах с колебаниями до 0,5°C в течение 5 дней, продолжала беспокоить потливость. В дальнейшем температура с ознобом вновь поднялась до 40,1°C, появились боли в крестце, в коленных суставах, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники.

Из эпиданамнеза известно, что больная по профессии ветеринарный врач.

Объективно: кожа обычной окраски, влажная, сыпи нет. Температура 39,7°C.

Пальпируются мелкие лимфоузлы, безболезненные, мягко-эластической консистенции.

Суставы внешне не изменены. Движения в коленных суставах болезненны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 108 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД –110/70мм.рт.ст. Аппетит не снижен.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень на 2см выступают из-под края реберной дуги. Пальпируется селезенка. Больная эмоционально лабильна, раздражительна.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 19.

Больной Ц., 30 лет, наблюдается врачом поликлиники в течение 4 дней с диагнозом «грипп». Вызвал врача повторно в связи с ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболел 20.08, когда появился озноб, температура 39,0°C, отметил сильную боль в

мышцах, головную боль, рвоту. Принимал различные препараты, в том числе тетрациклин (2-3 таблетки), температура снизилась до 37,8°C, и больной решил, что выздоравливает. Но 24.08 состояние ухудшилось, усилилась головная боль, возобновилась рвота. При осмотре обращает на себя внимание инъекция сосудов конъюнктив, иктеричность склер, гиперемия лица, увеличение печени. Отмечается гиперестезия мышц, выраженная ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского. Температура 38,6°C.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 20.

Больной С., 28 лет, работник мясокомбината, постоянно проживает в Москве, обратился в поликлинику 10.07 с жалобами на озноб, сильную головную боль, боли в икроножных мышцах. Заболел 3 дня назад остро с появления потрясающего озноба, головной боли, болей в пояснице, мышечных болей. Сегодня отметил темный цвет мочи и желтушность склер, а также усиление болей в пояснице, снижение диуреза (последний раз мочился необильно накануне вечером). Температура сохранялась 38,5-39°C. Врач при осмотре отметил умеренную желтуху слизистых и кожи. Лицо одутловато, кровоизлияния в конъюнктивы. При пальпации икроножных мышц и спины отмечает умеренную боль. Суставы не изменены. Пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм.рт.ст. Печень пальпируется на 1.5-2см ниже края реберной дуги. Кал окрашен, моча темная. Положительный симптом поколачивания по поясничной области с обеих сторон. Врачом заподозрена тяжелая форма вирусного гепатита.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с этим диагнозом? Ваши предположения.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.

Комментарии к задаче № 1.

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

Комментарии к задаче № 2.

1. Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, выраженной интоксикации, частого бескалового стула со слизью и кровью, наличия спазма и болезненности сигмы.
2. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям.
3. Бактериологическое исследование кала.

4. Диета, режим, этиотропная терапия одним из препаратов: производные фторхинолона (ципрофлоксацин по 0,5 x 2раза в сутки), фуразолидон по 0,1 x 4 раза в сутки.

Комментарии к задаче № 3.

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

Комментарии к задаче № 4.

1. Холера, тяжёлое течение. Обезвоживание 3 степени. Следует дифференцировать прежде всего с сальмонеллёзом и ПТИ. В отличие от холеры, при этих заболеваниях наблюдаются признаки общей интоксикации, лихорадка, выраженные боли в животе, рвота предшествует диарее.
2. Введение мезатона у больного с обезвоживанием вызывает кратковременное повышение АД за счёт спазма капилляров и ведет к дальнейшему ухудшению микроциркуляции и развитию полиорганной недостаточности. Введение глюкозы усиливает электролитный дисбаланс, а гемодез, обладающий осмотическим действием, мобилизует жидкость из тканей и способствует развитию внутриклеточной дегидратации.
3. При обезвоживании 3 степени потеря жидкости составляет 7-9% (в среднем 8%), т.е. для проведения первичной регидратации больному необходимо ввести 6,4 л полиионных растворов в/в с начальной скоростью 80-100мл в минуту.

Комментарии к задаче № 5.

1. Нет.
2. Наиболее вероятный диагноз - кишечный амебиаз.
3. В отличие от острой дизентерии, отсутствует общая интоксикация, стул сохраняет каловый характер, имеется характерная «биполярность» поражения и типичные изменения в сигмовидной кишке при отсутствии поражения сфинктера и прямой кишки.
4. Для уточнения диагноза необходимо паразитологическое исследование нативного мазка фекалий. Параллельно провести бактериологическое исследование кала. Лечение следует проводить одним из следующих препаратов: метронидазол, тинидазол, орнидазол.

Комментарии к задаче № 6.

1. Наиболее вероятный диагноз: сальмонеллёз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, тяжёлой степени.
2. Дегитратация 3 степени.

3. Внутривенное струйное (80-100 мл в минуту) введение полиионных растворов в объеме до 5-6 литров в течение 2-х часов. В дальнейшем регидратация с учётом потерь жидкости.

Комментарии к задаче № 7.

1. Паралич мягкого нёба является ранним осложнением токсической дифтерии ротоглотки. Никаких данных при осмотре и в анамнезе за дифтерию нет. В данном случае наиболее вероятен диагноз ботулизма, о чем свидетельствует сочетание поражения глазодвигательного нерва и пареза мягкого нёба.
2. Необходимо уточнить данные эпиданамнеза (употребление консервов домашнего приготовления). Провести биопробу на мышцах с кровью больного, для тестирования ботулинического токсина.
3. Показано введение 1 дозы поливалентной противоботулинической сыворотки (по 10 тыс МЕ типа А и Е и 5 тыс МЕ типа В).

Комментарии к задаче № 8.

1. Нет. Картина болезни характерна для ботулизма.
2. Для отравления суррогатами алкоголя, содержащими метиловый спирт, этиленгликоль характерно наличие следующих признаков: тошнота, рвота, неясность зрения, слепота, спутанность сознания, судороги, нарушение дыхания.
3. Биопроба с кровью больной для тестирования ботулинического токсина. Лечение: промывание желудка, очистительная клизма, введение поливалентной противоботулинической сыворотки. Дезинтоксикация. Контроль за состоянием дыхания.

Комментарии к задаче № 9.

1. Иерсиниоз, генерализованная форма. Обоснование: лихорадка, характерная сыпь, отечность и зуд кистей рук, признаки гепатита, боли в животе, групповой характер заболевания.
2. Дифференциальный диагноз с:
 - а) ВГ: аналогичное начало болезни может наблюдаться при вирусном гепатите А, однако, при вирусном гепатите А появление желтухи сопровождается улучшением состояния, нормализацией температуры, высыпания на коже отсутствуют.
 - б) с гриппом, осложненным лекарственной болезнью –отсутствует синдром ларинготрахеита, развитие токсического гепатита после кратковременного приема лекарств не характерно. Имеющееся поражение кистей и стоп патогомонично для иерсиниоза.
 - в) с энтеровирусной инфекцией – отсутствие катаральных явлений, выраженного диспептического синдрома. Характер сыпи, желтуха не свойственны для энтеровирусной инфекции.
3. Рутинные исследования, РПГА с иерсиниозными антигенами, биохимический анализ крови, определение маркеров вирусных гепатитов.
4. Один из antimicrobных препаратов: пefлоксацин 0,4x2p; доксициклин 0,1 в сутки; левомицетин 0,5x4p., рифампицин 0,3x2p. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия.

Комментарии к задаче № 10.

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

2.а) РПГА с иерсиниозными антигенами

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

в) ЭКГ, УЗИ сердца.

Комментарии к задаче № 11.

1. Клиническая картина болезни не укладывается в картину гриппа, для которого не характерны боли в животе, увеличение печени и селезенки. Характер и локализация высыпаний на слизистой ротоглотки не соответствуют картине афтозного стоматита.
2. В данном случае имеется типичная клиническая картина энтеровирусной инфекции – герпангина.
3. Для подтверждения диагноза рекомендуется исследовать парные сыворотки в ИФА, ПЦР смыва с зева и кала.

Комментарии к задаче № 12.

Сочетание катарального, диспептического синдромов, серозного менингита наиболее характерно для энтеровирусной инфекции. В пользу этого диагноза свидетельствуют и данные эпиданамнеза.

2. Для подтверждения диагноза целесообразно определить наличие генетического материала вируса в цереброспинальной жидкости методом ПЦР, исследовать парные сыворотки в ИФА, ПЦР смыва с зева и кала.

3. В связи с наличием серозного менингита целесообразна дегидратационная терапия (фуросемид). Контроль ЛР через 7 – 10 дней.

Комментарии к задаче № 13.

1. Описторхоз, острая стадия, гепатохолангитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании выраженной лихорадки, наличия признаков гепатита, лейкоцитоза и эозинофилии крови, а также эпидемиологических данных (употребление вяленой рыбы, привезенной из Сибири).
2. В данном случае дифференциальный диагноз следует проводить с вирусными гепатитами, а также с генерализованной формой иерсиниоза, лептоспирозом, обострением хронического гепатита.
3. Необходимо исследование дуоденального содержимого и испражнений с целью обнаружения яиц возбудителя, ИФА, биохимия крови, рентген легких, исследование крови на маркеры ВГВ и ВГС; а также провести обследование на лептоспироз и иерсиниоз. Лечение – празиквантел из расчета 60 -75 мг/кг трёхкратно с интервалом в 4 часа.
4. Возбудитель – кошачья двуустка (*opistorchis felineus*) - поражает внутривнутрипеченочные

желчные ходы и протоки поджелудочной железы.

Комментарии к задаче № 14.

1. Трихинеллез, средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании длительной лихорадки, болей в мышцах, отечности лица, уртикарных высыпаний на коже, инъекции сосудов склер и конъюнктив, эозинофилии в крови.
2. В отличие от трихинеллеза, при брюшном тифе отмечается бледность кожных покровов, заторможенность и адинамия, сыпь носит розеолезный характер, отмечается относительная брадикардия, в крови – лейкопения и анэозинофилия. Кроме того, для брюшного тифа не характерны боли в мышцах и отек лица. Дифференциальный диагноз следует также проводить с лептоспирозом, сыпным тифом, описторхозом, бруцеллезом.
3. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение трихинелл в биоптатах мышц больного, в остатках подозрительных мясных продуктов (сала), серологические реакции РНГА, РСК. Лечение следует проводить мебендазолом по 300 мг/сутки в течение 5-10 дней. Одновременно следует назначить антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты.
4. В основе патогенеза болезни лежит токсикоаллергическое действие продуктов метаболизма возбудителя и воспалительная реакция мышечной ткани на внедрение личинок возбудителя.

Комментарии к задаче № 15.

1. Гельминтоз, ранняя (миграционная) фаза, вероятнее всего аскаридоз. Диагноз поставлен на основании наличия токсикоаллергического синдрома. В пользу аскаридоза свидетельствует наличие «летучих» инфильтратов в легких и данные эпиданамнеза.
2. Дифференциальный диагноз проводят с анкилостомидозами, токсокарозом, трихинеллезом, филяриатозами, стронгилоидозом.
3. РНГА с антигенами аскарид, обнаружение личинок в мокроте, гельминтологическое исследование фекалий в кишечной фазе. Лечение в миграционной стадии проводится антигистаминными препаратами, в кишечной фазе применяется пирантел 10 мг/кг однократно. Также могут быть использованы левамизол 150 мг однократно, мебендазол по 100 мг 2 раза в день в течение 2-х дней, албендазол –200-400 мг однократно.
4. Токсикоаллергические реакции общего и местного характера обусловлены миграцией личинок гельминта (эозинофильные инфильтраты в легких).

Комментарии к задаче № 16.

1. Эхинококкоз печени. В пользу данного диагноза говорит длительность заболевания, отсутствие интоксикации, наличие периодической зудящей сыпи, увеличение печени, пальпация на ее поверхности плотного образования, а также проживание в эндемичном районе.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с раком печени, желчнокаменной болезнью, вирусными гепатитами разной этиологии.
3. УЗИ печени, сканирование печени, лапароскопия, реакция латекс–агглютинации, РНГА, ИФА. Лечение – хирургическое, химиотерапия – мебендазол по 0,1 г х 3 дня.
4. При невозможности оперативного лечения – радикального удаления паразита - прогноз неблагоприятный. Возможно обсеменение в дальнейшем печени и легких.

Комментарии к задаче № 17.

1. Нет. Хронический бруцеллез. В пользу диагноза – длительное, рецидивирующее течение болезни, наличие полиаденопатии, фиброзитов, преимущественное поражение крупных суставов. При ревматоидном полиартрите поражаются преимущественно мелкие суставы, характерна симметричность поражения, наличие ревматоидных узелков в области пораженных суставов, поражение сердца, легких, почек. Однако для исключения диагноза необходимо исследование ревматоидного фактора и рентгенологическое исследование суставов.
2. Уточнить эпидемиологический анамнез в отношении возможности заражения бруцеллезом, реакция Райта, Хеддельсона, проба Бюрне, реакция Кумбса, РСК, РНГА. Рентгенологическое исследование пораженных суставов, комплекс исследований для исключения ревматоидного полиартрита.
3. В основе этих образований – фиброзитов - лежит формирование специфической гранулемы, обусловленной развитием гиперчувствительности замедленного типа.

Комментарии к задаче № 18.

1. Острый бруцеллез. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки с ознобами, потами, колебаниями температуры тела до 3⁰С в течение суток, значительной интоксикации, появления артралгий при повторном повышении температуры, полиаденопатии, гепатолиенального синдрома, эпидемиологических данных.
2. В данном случае необходим дифференциальный диагноз с малярией, сепсисом, острым ревматизмом.
3. Кровь на реакции Райта и Хеддельсона, проба Бюрне, бактериологическое исследование крови, ревматические пробы.

Комментарии к задаче № 19.

1. Лептоспироз, менингит. Диагноз поставлен на основании острого начала болезни, высокой лихорадки, мышечных болей, признаков поражения печени и оболочек мозга, связи заболевания с употреблением необеззараженной воды.
2. Ухудшение связано с развитием менингита.
3. Общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, трансферазы, осадочные пробы, мочевины, креатинин), микроскопия цитратной крови, реакция микроагглютинации и реакция агглютинации - лизиса лептоспир.
4. Умеренный плеоцитоз смешанного характера, небольшое повышение уровня белка.
5. Характерны: поражение почек вплоть до развития ОПН, сосудов с развитием геморрагического синдрома, печени с развитием паренхиматозного гепатита, в части случаев с желтухой, воспаление оболочек мозга.

Комментарии к задаче № 20.

1. Нет, т.к. для вирусных гепатитов не характерно острое начало с ознобом, признаками интоксикации и миалгиями, а также признаки поражения почек. Наиболее вероятный диагноз - лептоспироз, о чем свидетельствует сочетание интоксикационного симптома с геморрагическим синдромом и поражением почек и печени.
2. В данном случае наиболее актуально проведение дифференциального диагноза с ГЛПС, при которой также возможно сочетание поражения почек, геморрагического синдрома и интоксикации. Против ГЛПС говорит наличие желтухи, а также

эпидемиологические данные (постоянное проживание в Москве).

3. Реакция микроагглютинации с лептоспирами, микроскопия цитратной крови, реакция агглютинации и лизиса лептоспир в парных сыворотках, биохимия крови (билирубин, трансферазы, осадочные пробы, креатинин, мочевины). Лечение: диета, пенициллин по 1 млн.ед.х 6 раз в сутки, дезинтоксикационная терапия.

По результатам собеседования ординаторы получают

количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Схема оценивания устного ответа

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 ПК – 11, ПК-12	ординатор, обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. А также студентам усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	«отлично»
		ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к занятию. А также студентам, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в	«хорошо»

	ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	
	ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию. А также студентам, допустившим погрешности, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	«удовлетворительно»
	ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию ситуационных задач:

Схема оценивания правильности решения ситуационных задач

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение ситуационных задач	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 ПК – 11, ПК-12	ординатор свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	«отлично»
		если ординатор достаточно	«хорошо»

	убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок;	
	ординатор недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;	«удовлетворительно»
	ординатор имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%

Неудовлетворительно	Менее 60%
---------------------	-----------

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих частей компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Таким образом: Результирующая оценка формируется как среднее арифметический балл, из набранных баллов за выполнение теоретического и практического задания (решение задач).

II семестр

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине – экзамен.

Экзамен по дисциплине состоит из тестового контроля, одного устного вопроса, одной ситуационной задачи.

Список вопросов к промежуточной аттестации

1. Хламидиозы. Хламидифиллёзы. Орнитоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика лечения, профилактика.
2. Микоплазмозы. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
3. Эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилла-Цинссера. Ку-лихорадка. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
4. Прионовые болезни. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
5. Отравления бактериальными токсинами. (Ботулизм). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
6. Отравления бактериальными токсинами. (Столбняк). Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
7. Амебиаз. Балантидиаз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
8. Малярия. Эпидемиология Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
9. Лейшманиозы. Висцеральный лейшманиоз. Кожный лейшманиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
10. Токсоплазмоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
11. Лямблиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика
12. Криптоспоридиоз. Эпидемиология. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение больных. Профилактика.
13. Холера. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика

14. Чума. Этиология, Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
15. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
16. Геморрагическая лихорадка Крым-Конго. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
17. Геморрагическая лихорадка Марбург, Ласса. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
18. Лихорадка Эбола, Желтая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
19. Аргентинская геморрагическая лихорадка, Боливийская геморрагическая лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Клиника. Диагностика. Лечение больных. Профилактика.
20. Натуральная оспа. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика
21. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом желтухи. вирусной этиологии.
22. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом лихорадки.
23. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы.
24. Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом тонзиллита (ангины, дифтерия, скарлатина, туляремия, кандидоз и др.)
25. Ранняя и дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с синдромом лимфаденопатии (инфекционный мононуклеоз, туляремия, феллиноз, ВИЧ-инфекция, токсоплазмоз).
26. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом нейроинфекции (менингиты, менигоэнцефалиты).
27. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом ОРЗ.
28. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом пневмонии.
29. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом артритов.
30. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с гепатолиенальным синдромом.
31. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом диареи.
32. Ранняя и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний, протекающих с поражением глаз.

Список тестовых заданий

1. Какие виды лихорадок выделяют в зависимости от выраженности температуры?
 - а) Субфебрильная (37-37,9°C)

- б) Умеренная (38-39,9°C)
- в) Высокая (40-40,9°C)
- г) Гиперпирексия (41°C и выше)
- д) Все перечисленные виды

2. На что направлены основные направления и принципы лечения инфекционных болезней?

- а) Воздействие на возбудителя
- б) Нейтрализацию токсинов
- в) Воздействие на макроорганизм
- г) Детоксикацию
- д) Все перечисленное

3. Каковы принципы действия профилактических прививок?

- а) Повышение специфического иммунитета, предупреждение повторных случаев заболевания, создание невосприимчивости к инфекционным заболеваниям
- б) Специфическая десенсибилизация
- в) Лечение хронических инфекционных заболеваний
- г) Повышение общей резистентности организма
- д) Все ответы правильные

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

- а) Немедленно
- б) 12 часов
- в) 1 суток
- г) 2 суток
- д) 7 суток

5. Основными клиническими симптомами ротавирусного гастроэнтерита является все перечисленное, кроме:

- а) Острого начала
- б) Высокой лихорадки
- в) Рвоты, жидкого стула, обезвоживания
- г) Выраженной интоксикации
- д) Болей в животе

6. Для кишечной формы криптоспоридиоза характерно все перечисленное, кроме:

- а) Умеренной лихорадки
- б) Жидкого стула до 10 раз в сутки без патологических примесей
- в) Тошноты, рвоты, болей в животе
- г) Тенезмов
- д) Потери массы тела

7. Характерными ранними признаками трихинеллеза является все перечисленное, кроме:

- а) Одутловатости лица, конъюнктивита
- б) Лихорадки, эозинофилии
- в) Анемии
- г) Болей в мышцах
- д) Различных высыпаний на коже

8. Заражение дифиллоботриозом происходит:

- а) От больного человека
- б) При употреблении сырого мяса крупного рогатого скота
- в) При употреблении в пищу сырого свиного мяса
- г) При употреблении свежей икры и сырой рыбы

9. Клинические симптомы отека мозга при гриппе:

- а) Резкая головная боль, расстройства сознания
- б) Психомоторное возбуждение, клонико-тонические судороги
- в) Многократная рвота
- г) Нарушения дыхания
- д) Все перечисленное

10. Для кори характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- а) Острого начала
- б) Выраженных катаральных явлений
- в) Интоксикации
- г) Гепатолиенального синдрома
- д) Экзантемы и энантемы

11. Сыпь при кори характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) Пятнисто-папулезная
- б) Точечная на гиперемизованном фоне
- в) Сливная
- г) Этапность высыпания с 3-4 дня болезни
- д) Пигментация и отрубевидное шелушение кожи в течение 2-х недель после угасания сыпи

12. Отличием краснухи от кори является все перечисленное, кроме:

- а) Менее выражены явления катара верхних дыхательных путей
- б) Отсутствие пятен Бельского-Филатова-Коплика
- в) Отсутствие этапности высыпаний в период разгара болезни
- г) Высокая лихорадка
- д) Сыпь не оставляет пигментации и шелушения

13. К генерализованным формам менингококковой инфекции относятся все перечисленные, кроме:

- а) Менингококкцемии
- б) Менингококкового менингита
- в) Менингоэнцефалита
- г) Смешанного варианта менингококкцемии с гнойным менингитом
- д) Менингококкового носительства

14. Сверхострой форме менингококкцемии свойственно все перечисленное, кроме:

- а) Начало заболевания бурное с внезапным повышением температуры
- б) На кожных покровах внезапно появляется обильная геморрагическая сыпь, образуя обширные геморрагии
- в) Геморрагическая сыпь на кожных покровах появляется постепенно в течение первых 2-х суток
- г) Отмечается одышка, АД падает, пульс нитевидный
- д) Возможны судороги, потеря сознания, температура понижается до нормальных цифр

15. Для менингококкового менингита характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

- а) Болезнь начинается остро с повышения температуры до 39-40 °С
- б) Выраженная головная боль, усиливающаяся при повороте головы
- в) Появление рвоты с 1-го дня болезни
- г) Появление геморрагической сыпи на коже нижних конечностей
- д) Появление менингеальных знаков

16. Для менингококкового менингоэнцефалита характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) Острого начала, высокой температуры
- б) Ранней потери сознания
- в) Поражения III, IV, VIII, XII пар черепных нервов
- г) Менингеальных явлений выраженных нечетко
- д) Ярко выраженных менингеальных знаков

17. Для синдрома вклинения вещества мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) На фоне менингита развиваются психомоторное возбуждение, общие клонико-тонические судороги
- б) Угасание корнеальных рефлексов, сужение зрачков, вялая их реакция на свет
- в) Нарастает брадикардия, быстро сменяющаяся тахикардией
- г) Развивается одышка, дыхание нарушается
- д) Черты лица заостряются, появляются круги под глазами

18. Для вирусного гепатита А характерны все перечисленные эпидемиологические закономерности, кроме:

- а) Высокой устойчивости возбудителя во внешней среде
- б) Наибольшей заболеваемости у детей до 1 года
- в) Заболеваемость имеет сезонный характер
- г) Характерны циклические подъемы заболеваемости
- д) Наибольшая восприимчивость среди детей 2-14 лет

19. К лабораторным критериям повышенного риска хронизации вирусного гепатита В относится все перечисленное, кроме:

- а) Повышения уровня АлАТ
- б) Персистенции НВV > 30 дней
- в) Обнаружения НВе Ад
- г) Активной репликации НВV
- д) Высокого содержания НВV – ДНК

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

- а) НВs антиген
- б) АнтиНВсog класса М
- в) НВе антиген
- г) АнтиНВs
- д) АнтиНВе

21. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

- а) Лихорадка
- б) Слабость, снижение аппетита

- в) Боли в правом подреберье и эпигастральной области
- г) Артралгии
- д) Сыпь

22. Основными клинико-лабораторными критериями холестаза являются все перечисленные, кроме:

- а) Зуда кожи
- б) Геморрагических высыпаний
- в) Желтухи
- г) Повышение активности щелочной фосфатазы
- д) Расчесов на коже
- е) Повышения уровня холестерина в крови

23. Наиболее достоверными признаками цирроза печени являются все перечисленные, кроме:

- а) лихорадки
- б) гиперспленизма
- в) асцита

24. При чуме имеют место все следующие пути передачи, кроме:

- а) Трансмиссивного
- б) Контактного
- в) Парентерального
- г) Алиментарного
- д) Воздушно-капельного

25. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:

- а) Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка
- б) Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета
- в) Отек болезненный и равномерный
- г) Первичный бубон чаще единичный
- д) Локализуется в паховой, подмышечной, шейной, околоушной области

26. По классификации ВОЗ различают следующие клинические формы чумы:

- а) Кожную
- б) Бубонную
- в) Легочную
- г) Септическую
- д) Все перечисленное

27. В отличие от сибиреязвенного карбункула при чуме:

- а) Нет стекловидного отека подлежащих тканей
- б) Нет дополнительных пузырчатых высыпаний вокруг черного струпа
- в) Определяется резкая болезненность при пальпации
- г) Содержимое пустулы кровянисто-гнойное с обилием возбудителя чумы
- д) Все ответы правильные

28. Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:

- а) Пунктат из бубона
- б) Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен
- в) Мокрота, слизь из зева

- г) Кровь, секционный материал
- д) Все перечисленное

29. Легочная форма туляремии в отличие от чумы:

- а) Протекает более легко по типу мелко-очаговой пневмонии, бронхоаденита
- б) Имеет благоприятный прогноз
- в) Не сопровождается развитием токсико-инфекционного шока
- г) Отмечается склонность к осложнениям в виде абсцессов, плевритов, бронхоэктазий, каверн
- д) Все ответы правильные

30. Типичными симптомами сибиреязвенного карбункула являются все перечисленные, кроме:

- а) Наличия язвы с темным дном
- б) Выраженного воспалительного отека по краям язвы
- в) Обильного отделения серозной или геморрагической жидкости
- г) Появления "дочерних" пузырьков по периферии язвы
- д) Наличие болезненности в зоне некроза

31. Для местных проявлений при роже, в отличие от сибирской язвы, характерны:

- а) Четкие контуры воспалительной зоны
- б) Болезненность кожи по периферии воспаления
- в) Наличие лимфаденита
- г) Отсутствие струпа
- д) Все перечисленное

32. Клинические признаки среднетяжелой формы холеры включают все перечисленное, кроме:

- а) Фебрильной температуры
- б) Локальных судорог
- в) Выраженной сухости слизистой рта
- г) Снижение тургора кожи
- д) Обильного стула до 10 раз в сутки

33. При гиповолемическом шоке, обусловленном холерой, имеет место все перечисленное, кроме:

- а) Тахикардии, одышки, цианоза, гипотензии
- б) Многократного обильного стула
- в) Анурии
- г) Уменьшения массы циркулирующей крови и плазмы, сгущение крови
- д) Гипоксии артериальной крови, гипероксии венозной крови

34. Исходом геморрагических лихорадок может быть все перечисленное, кроме:

- а) Постинфекционной анемии
- б) Хронической тубулоинтерстициальной нефропатии
- в) Постинфекционной миокардиодистрофии
- г) Хронического пиелонефрита
- д) Токсико-инфекционного шока

35. В прогрессирующей фазе олигоурии при геморрагических лихорадках в моче отмечают:

- а) Изогипостенурию, протеинурию

- б) Эритроциты и лейкоциты
- в) Клетки почечного эпителия, зернистые, фибринные цилиндры
- г) Все указанные изменения
- д) Все перечисленное не соответствует истине

36. Для генерализованной формы туляремии характерны следующие признаки:

- а) Длительная лихорадка, выраженная интоксикация
- б) Генерализованная лимфаденопатия, отсутствие первичного аффекта и регионарного лимфаденита
- в) Увеличение печени, селезенки
- г) Высыпания на коже
- д) Все перечисленное

37. Ведущие клинические признаки лептоспироза:

- а) Лихорадка, интоксикация, головная боль
- б) Боли в затылочных, икроножных мышцах, мышцах спины и живота
- в) Геморрагический синдром, высыпания на коже
- г) Увеличение печени и селезенки, олигоанурия, желтуха
- д) Все перечисленное

38. Основная причина смерти при лептоспирозе:

- а) Токсико-инфекционный шок
- б) Острая почечная недостаточность
- в) Менингит
- г) Острая печеночная недостаточность
- д) Острая недостаточность надпочечников

39. В качестве этиотропной терапии при лептоспирозе чаще применяют:

- а) Пенициллин
- б) Левомецетин
- в) Ампициллин
- г) Гентамицин
- д) Ванкомицин

40. Для острого токсоплазмоза характерны следующие клинические проявления:

- а) Увеличение лимфатических узлов
- б) Повышение температуры тела
- в) Ухудшение самочувствия
- г) Летучие боли в мышцах, суставах
- д) Все перечисленное

41. Показание к лечению больных токсоплазмозом:

- а) Острое течение заболевания
- б) Обострение хронического токсоплазмоза
- в) Латентное течение у беременных
- г) Врожденный токсоплазмоз
- д) Все перечисленное

42. Симптомы поражения органов дыхания при орнитозе:

- а) Чаще появляются на 2-4 день болезни
- б) Умеренный кашель, сухой или с отделением мокроты
- в) Боли в груди плеврального характера

- г)Физикальные признаки пневмонии
- д)Все верно

43. Основными клиническими симптомами при остром листериозе являются:

- а)Заболевание начинается внезапно с явлениями интоксикации, ознобом, лихорадкой
- б)На кожных покровах появляется крупнопятнистая или эритематозная сыпь, сгущающаяся в области крупных суставов, увеличены и болезненны лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, мезентериальные)
- в)Менингеальные симптомы при нервных формах
- г)Острый гастроэнтерит, острый пиелит, эндокардит, увеличены печень, селезенка
- д)Все перечисленное

44. Инкубационный период при бруцеллезе составляет

- а)7-60 дней
- б)до 40 дней
- в) 7 -21 день
- г) 10- 30 дней

45. Для тропической малярии характерны все следующие осложнения, кроме:

- а)Комы
- б)Гемоглобинурийной лихорадки
- в)Гемолитической анемии
- г)Инфекционно-токсического шока
- д)Паралитического синдрома

46. Для отека при роже характерны:

- а)Отслойка эпителия
- б)Образование пузырей различных размеров, заполненных серозным или геморрагическим содержимым
- в)Наличие сопутствующих лимфангитов
- г)Мраморность кожи
- д)Все перечисленное

47. Наиболее тяжелым осложнением малярии могут быть все перечисленные, кроме

- а)малярийной комы
- б)печеночной комы
- в)малярийного алгида
- г)острой почечной недостаточности
- д)психических расстройств
- е)отека мозга

48. К признакам параличей при полиомиелите относятся все перечисленные, кроме

- а)гипотонии
- б)гипорефлексии
- в)внезапного развития
- г)постепенного развития

Список задач

Клиническая задача № 1.

Больная Е., 32 лет, свинарка, госпитализирована в инфекционную больницу, с диагнозом «сыпной тиф» на 6 день болезни. Заболела 17.07, когда отмечала слабость, озноб. Боли в

ногах, в поясничной области. Температуру не измеряла, продолжала работать. 20.07 температура повысилась до 38°C, появилась головная боль, рвота, боли в спине, ногах усилились. Обратилась к терапевту, где был диагностирован «грипп». 23.07 состояние ухудшилось, на коже появилась сыпь, температура 39°C и больная была направлена на госпитализацию. При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6°C. Склеры инъецированы, субиктеричны. На коже груди немногочисленные петехиальные элементы. В легких – хрипов нет. Пульс – 120 уд/мин. АД 120/90. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Поражения ЦНС и мочевыделительных органов нет. Пальпация икроножных мышц болезненна..

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Каков механизм заражения в данном случае?
4. Каков патогенез мышечных болей при данном заболевании?

Клиническая задача № 2.

В инфекционную больницу поступил больной Р., 28 лет, с жалобами на высокую температуру тела (до 40°C), головную боль, периодическую рвоту, одышку. При осмотре: состояние тяжелое, истощен, бледен, акроцианоз. Периферические лимфоузлы увеличены до 1-1,5 см, преимущественно в шейной области, плотные, подвижные, безболезненные. Одышка (ЧД 28 в мин.), при аускультации дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 2,5 см, пальпируется селезенка. Больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности. Выявлен правосторонний гемипарез. Периодически возникают генерализованные судороги. Менингеальных симптомов нет. Родственник, сопровождавший больного, сказал, что тот состоит на учете по поводу ВИЧ-инфекции 3 года. Ухудшение состояния наступило около 3 недель назад, когда появились головные боли и высокая температура, а затем - рвота, судороги, дезориентация. При лабораторном исследовании в иммунном статусе отмечается значительное снижение количества CD4 лимфоцитов (до 50 кл в мкл). При исследовании крови - анемия, лейкопения. При проведении компьютерной томографии головного мозга в коре мозга обнаружено несколько кольцевидных уплотнений, окруженных отеком ткани.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 3.

Больная С., 28 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле, резь в глазу, насморк, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C. Болезнь началась 3 дня назад, с недомогания, катаральных явлений. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и проявлением рези в глазу. Состояние средней тяжести. Во внутреннем углу правого глаза - слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отёчны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Госпитализирована с диагнозом: «ОРВИ. Дифтерия глаза».

ЗАДАНИЕ.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.

Клиническая задача № 4.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 5.

Больная П., 17 лет, вызвала врача «скорой помощи». Жалобы на высокую температуру, чувство нехватки воздуха, сухой кашель, сильную головную боль и боль в глазных яблоках. Больна 3-й день, заболевание началось остро, с озноба, головной боли, болей в мышцах и суставах, повышение температуры до 39,2°C. Со 2-го дня появились боли за грудиной, сухой кашель, заложенность носа. На 3-й день температура снизилась до 38°C, но усилился кашель, появилась скудная мокрота розового цвета, выросла слабость, появилось чувство нехватки воздуха. При осмотре – состояние тяжёлое. Беспокойна, не может лежать. Бледная, цианоз губ. При аускультации легких – дыхание жёсткое, небольшое количество рассеянных, сухих и влажных хрипов. ЧД – 40 в мин. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД 80/40 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Определите тактику ведения больной.

Клиническая задача № 6.

Больной В., 45 лет, обратился повторно к врачу 8.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль, повышение температуры тела до 38,6°C. Считает себя больным с 4.01, когда появилась головная боль в области лба, озноб, повысилась температура до 39,8°C, отмечалась ломота в теле. С 5.01 присоединились скудные выделения из носа, першение в горле, сухой кашель. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, аскорутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько ухудшилось. Слабость уменьшилась. 7.01 температура тела была нормальной. 8.01 кашель усилился, сначала сухой, затем с трудно отходящей мокротой, присоединилась боль в грудной клетке слева, потливость, вновь повысилась температура до 38,6°C. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе зернистость. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука,

выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧД -26 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 120/70 мм.рт.ст. Менингеальных явлений нет.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2.Решите вопрос о необходимости госпитализации.
- 3.План обследования и лечения.

Клиническая задача № 7.

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

Мочился в 8.00 утра. Менингеальных симптомов нет. В части регистрировались случаи гриппа.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Тактика врача.

Клиническая задача № 8.

К больной И., 41 года, воспитателю интерната, вызвана «скорая помощь» 5.04 в связи с высокой температурой, сильной головной болью, плохим самочувствием. Заболела утром 4.04 остро, когда появилось першение в горле, заложенность носа, головная боль, температура тела 37,5°C. Вызванный участковый врач диагностировал ОРЗ, назначил обильное питье, аскорутин, димедрол. На следующий день внезапно появился озноб, температура тела повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, ломота в теле, боль в суставах, заметила сыпь на туловище и нижних конечностях. В интернате, где работает больная, имеются дети, больные ОРЗ, некоторые из них госпитализированы. При осмотре: состояние средней тяжести, адинамична, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях папулезная сыпь, имеются геморрагии, кровоизлияния под конъюнктиву. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована, лимфоидные фолликулы гипертрофированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, менингеальных явлений нет, выражена гиперестезия кожных покровов при их пальпации. Направлена на госпитализацию с диагнозом «корь».

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 9.

Больной К., 19 лет, студент, 10.03 обратился в студенческую поликлинику с жалобами на головную боль, озноб, слабость, першение в горле. Температура при измерении – 39,6° С. Диагностирован грипп. На следующий день состояние ухудшилось, 3 раза была рвота, головная боль усилилась, температура 40° С. Больной доставлен в стационар бригадой «скорой помощи». При поступлении состояние тяжелое, больной возбужден, неадекватен, сознание спутанное. При осмотре кожные покровы чистые. Лицо гиперемировано. В

легких хрипы не выслушиваются, ЧД – 24 уд/мин, сердечные тоны ясные, АД 150/80 мм.рт.ст. Пульс 110 уд/мин, ритмичен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Больной не мочился с вечера предыдущего дня. Выражена ригидность мышц затылка. Положительный симптом Кернига с 2-х сторон. Зрачки сужены, D=S. Во время осмотра развились клонические судороги, больной потерял сознание.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 10.

Больная С., 32 лет, проводник. Обратилась к врачу с жалобами на мучительную боль в горле с иррадиацией боли в ухо, высокую температуру. Заболела 4 дня тому назад с появления небольшой боли в горле. Повышения температуры до 37,8°C. Страдает хроническим тонзиллитом. Предприняла попытки к лечению – пила эритромицин по 4 табл. в день. Самочувствие через три дня улучшилось, температура снизилась, но боль в горле сохранялась. На 4-й день болезни появился озноб, боль в горле слева стала очень сильной, больная не могла глотать, заметила припухлость шеи слева. Была госпитализирована с диагнозом «токсическая дифтерия».

Объективно: состояние средней тяжести, температура 39,0°C, лицо гиперемировано, голова наклонена влево. Осмотр ротоглотки затруднен, при фарингоскопии удалось выявить односторонний отек и выбухание слизистой оболочки глотки и миндалина слева, отек клетчатки подчелюстной области, увеличение и болезненность шейных лимфоузлов также слева. Пульс-100 уд/мин, АД-110/70 мм.рт.ст. Живот безболезненный. Со стороны других органов - без патологии.

ЗАДАНИЕ.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Определите тактику дальнейшего ведения больной.

Клиническая задача № 11.

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 12.

Больной Н., 19 лет, студент, обратился к отоларингологу поликлиники с жалобами на боль в горле при глотании, неприятные ощущения в области шеи, повышение температуры до 37,4°C, которые появились три дня назад. При осмотре выявлена лакунарная ангина и увеличение передне- и заднешейных лимфатических узлов до 1х0,5 см. Одновременно отмечена иктеричность склер и потемнение мочи. Был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «вирусный гепатит». В отделении при более внимательном осмотре и изучении анамнеза было выяснено, что отмечал слабость, познабливание, потливость, повышение температуры уже в течение 10 дней. 3 дня назад усилилась боль в горле при глотании, температура повысилась до 38°C. Дважды обращался с этими жалобами к врачу студенческой поликлиники, по рекомендации которого принимал аспирин, продолжал посещать занятия в институте. При осмотре в приемном отделении больницы объективно обнаружены: легкая желтушность кожи и слизистых, пастозность лица, полиаденит с преимущественным увеличением заднешейных лимфатических узлов, лакунарная ангина, увеличение печени и селезенки. Врач приемного покоя усомнился в диагнозе острого гепатита. Гемограмма: лейкоциты –12,3·10⁹/л; п/я-10%; с/я – 20%; лимф.-62%; мон.-8%; СОЭ-17мм/час. Среди лимфоцитов 37% атипичных мононуклеаров. Биохимический анализ крови: билирубин свободный-25мкмоль/л, связанный-6,3мкмоль/л, АЛТ-629ме/л, АСТ-435ме/л.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 13.

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

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

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 14.

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

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

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

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

При люмбальной пункции получен опалесцирующий ликвор, вытекающий под давлением 260 мм водного столба. СМЖ - цитоз 84 клетки в 1 мкл., лимфоцитов 64%, нейтрофилов 36%, белок 0,9 г/л, глюкоза 3,2 ммоль/л, реакция Панди ++. После осмотра у больного был повторный судорожный приступ, после которого появилась аритмия дыхания и больной переведен в отделение реанимации.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 15.

Больной И., 18 лет, после лыжного пробега почувствовал слабость, тяжесть в правом подреберье, потемнела моча. На следующий день заметил пожелтение склер и обратился в поликлинику. При осмотре состояние удовлетворительное, склеры и кожные покровы слегка желтушны, язык обложен, печень выступает на 2 см из подреберья. Больной госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит.

При обследовании в стационаре установлено билирубин связанный - 10 мкмоль/л, свободный - 42 мкмоль/л, АЛТ - 34 ме/л, АСТ - 40 ме/л, тимоловая проба - 6 ЕД.

ЗАДАНИЕ.

1. Согласны ли Вы с направительным диагнозом?
2. Поставьте и обоснуйте диагноз.
3. Укажите, какие дополнительные данные необходимы для уточнения диагноза.

Клиническая задача № 16.

Врач «скорой помощи» осматривает больную Ж., обратившуюся в связи «с очень плохим самочувствием». Больной 40 лет, по профессии - медсестра. В течение 2-х недель отмечает слабость, потливость, резкое снижение работоспособности, боли в крупных суставах, особенно ночью. В последние дни постоянное чувство тошноты, исчез аппетит, появилась головная боль и головокружение, потемнела моча. Температура не повышалась. Неоднократно обращалась к участковому врачу и к терапевту по месту работы. Плохое самочувствие объясняли переутомлением, и больная продолжала работать. Вчера родственники заметили желтушность склер. Сегодня вследствие еще большего ухудшения самочувствия (усилилось головокружение, появилось «мелькание мушек» перед глазами) была вызвана «скорая помощь». Объективно: Вялая, заторможенная, тремор рук. Дважды было носовое кровотечение. Температура тела 36,3°C. Выраженная желтуха. На коже и слизистых - геморрагии, положительный симптом щипка. Суставы не изменены. Живот мягкий, слегка вздут. Печень у реберной дуги, мягкая, верхний край - на уровне 7-го

ребра. Селезенка не пальпируется. В легких и сердце - без особенностей. АД 90/70 мм.рт.ст. Пульс-100 уд/мин. Моча цвета пива, кал ахоличный.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте развернутый диагноз.
- 2.Составьте план обследования и лечения.

Клиническая задача № 17.

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

Врачом поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен аспирин. Исчез аппетит, появилась слабость, тошнота, один раз была рвота. Отмечал чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. Температура нормализовалась к 4 дню, но на 5 день болезни утром обратил внимание на темный цвет мочи. Госпитализирован с диагнозом: пищевая токсикоинфекция. В приемном отделении больницы при осмотре обнаружены иктеричность склер, увеличение печени и селезенки. Стула не было 3 дня.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 18.

К больной С., 42 лет, врачу-реаниматологу, был вызван врач поликлиники 24.04. Жалобы на высокую температуру тела, боль в правом подреберье, коленных и лучезапястных суставах. Больна 3-й день, пыталась лечиться самостоятельно (анальгин, аспирин), но самочувствие ухудшалось, заметила появление уртикарной сыпи на теле, головокружение, продолжалась боль в правом подреберье, усилилась тошнота, была повторная рвота, изменился цвет мочи, температура повысилась до 39,7° С. Сказала врачу, что в последнее время часто ела салат из свежих овощей, особенно из тепличных огурцов. После осмотра была направлена на госпитализацию в инфекционную больницу с диагнозами:

«лептоспироз, иерсиниоз». В стационаре выявлена желтуха. Состояние тяжелое.

Сохранялась боль в суставах, правом подреберье. На коже в области суставов необильная сыпь пятнисто-папулезного характера. Пульс 90 уд/мин, тоны сердца приглушены. Живот вздут, болезненный при пальпации. Печень увеличена, пальпировалась на 4 см ниже реберной дуги, край ее резко болезненный при пальпации. Селезенка увеличена. Асцит. При биохимическом исследовании крови: билирубин связанный — 150, свободный — 80 мкмоль/л, АлАТ — 1500 ме/л, АсАТ — 1200 ме/л; протромбиновый индекс — 50%; общий белок — 45 г/л, альбуминов — 35%, альфа 1 — 5%, альфа 2 — 12%, бета — 15%, гамма — 32%; сулемовая проба— 1,4 мл, тимоловая проба 50 ед. При серологическом исследовании выявлены HBsAg, антитела к ядерному антигену (суммарные), антитела к вирусу D класса М. Состояние больной продолжало ухудшаться, усилилась боль в животе, головокружение, зевота, плохо спала, желтуха нарастала, было носовое кровотечение, размеры печени сократились. Переведена в отделение интенсивной терапии.

ЗАДАНИЕ.

- 1.Поставьте диагноз и обоснуйте.
- 2.Наметьте терапевтическую тактику.
- 3.Прогнозируйте течение болезни.

Клиническая задача № 19.

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

При осмотре: на коже конечностей и туловище несколько «синяков», которые образуются, по словам больной, в течение последнего года от малейших ушибов. Кожа и склеры желтушны. Увеличена и уплотнена печень, пальпируется селезенка. 1,5 года назад перенесла вирусный гепатит В, наблюдалась некоторое время в кабинете последующих наблюдений. Диету не соблюдала. При биохимическом исследовании крови: билирубин свободный-30 мкмоль/л, билирубин связанный-17 мкмоль/л, АлАТ-440 ме/л, АсАТ-290 ме/л; протромбиновый индекс-60%. Обнаружены также: HBs-антиген, HBe-антиген, anti-HBscore IgM.

ЗАДАНИЕ.

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

Клиническая задача № 20.

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

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

ЗАДАНИЕ.

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

Комментарии к задаче № 1.

1. Лептоспироз, средней тяжести. В пользу этого диагноза говорит острое начало болезни, повышение температуры, боли в мышцах, субиктеричность склер, петехиальная сыпь, увеличение печени, а также эпиданамнез – работа на свиноферме.
2. В отличие от лептоспироза, для сыпного тифа характерна розеолезно – петехиальная сыпь, симптом Киари-Авцына, симптом Говорова-Годелье, отсутствуют боли в икроножных мышцах и желтуха.
3. Фекально–оральный при уходе за животными (свиньи являются одним из резервуаров возбудителя).
4. В скелетных мышцах регистрируются исчезновение поперечно–полосатой исчерченности и глыбчатый распад мышечных волокон, а также кровоизлияния и гистиолимфоцитарные инфильтраты. Эти изменения обуславливают резкие мышечные

боли, характерные для лептоспироза.

Комментарии к задаче № 2.

1. У больного ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных проявлений IV В вероятнее всего церебральный токсоплазмоз, в пользу которого говорит ухудшение состояния в течение последних 3 недель с прогрессированием признаков поражения головного мозга (гемипарез, рвота, головная боль, судороги, психические расстройства).
2. В дополнение к имеющимся сведениям о наличии глубокого иммунодефицита необходима информация о токсоплазмозном поражении мозга. Необходимо серологическое обследование: РИФ, РНГА, РСК с токсоплазменным антигеном, хотя основным доказательством токсоплазмоза являются данные компьютерной томографии (кольцевидные уплотнения в коре мозга, окруженные отеочной тканью). Внутрикожная проба с токсоплазмином (КП) неинформативна у больных СПИДом, так как теряет свою специфичность.
3. Госпитализация в специализированное отделение для больных ВИЧ-инфекцией. Лечение комплексное. Назначение противоретровирусных препаратов, если больной не получал их ранее. Для эффективного лечения церебрального токсоплазмоза применяют комбинацию пириметамина (50 мг в день) и сульфадиазина (1 г в день). Для профилактики побочных реакций (влияние на гематологические показатели) необходимо назначение фолиевой кислоты.
4. Если не проводить вторичную профилактику токсоплазмоза, неминуем рецидив болезни. Поэтому, в случае успешного лечения, назначение пириметамина и сульфадиазина - пожизненно.

Комментарии к задаче № 3.

1. Сочетание тонзиллита, фарингита, ринита и одностороннего плёнчатого конъюнктивита, увеличения лимфатических узлов характерно для аденовирусной инфекции.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с дифтерией глаза (плёнчатый конъюнктивит). Дифтерия глаза обычно сочетается с другими локализациями дифтерийного процесса – дифтерией ротоглотки, носа. Как самостоятельная форма дифтерия не сопровождается катаральным синдромом. Для исключения дифтерии целесообразно исследовать мазки из носа, ротоглотки и конъюнктивы на VL. Провести риноскопию и ларингоскопию.

Комментарии к задаче № 4.

1. ОРВИ - вероятно, парагрипп, осложненный стенозом гортани 2 степени. В пользу данного диагноза свидетельствует подострое начало заболевания с катаральными явлениями, ларингита, внезапное развитие признаков стеноза гортани.
2. В данном случае следует дифференцировать с дифтерией гортани. В отличие от парагриппа, при дифтерии у взрослых признаки стеноза гортани развиваются постепенно на 4-5 день болезни, характерна полная афония. Катаральные явления в виде кашля, насморка, как правило, отсутствуют.
3. Показана экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии инфекционной больницы.
4. Прямая ларингоскопия для исключения дифтерии гортани, мазок из глотки и носа на дифтерию и ИФ на парагрипп. Лечение: оксигенотерапия, кортикостероиды,

антигистаминные препараты, салуретики, спазмолитики, ингаляция ментола, бикарбоната, при отсутствии эффекта – интубация трахеи.

Комментарии к задаче № 5.

1. Грипп, тяжёлое течение, осложненный острым геморрагическим отёком лёгких. Диагноз поставлен на основании характерных для гриппа симптомов и появления на 3 день болезни признаков легочно-сердечной недостаточности, появления мокроты розового цвета.
2. Экстренная госпитализация на реанимобиле в отделение интенсивной терапии в инфекционной больнице. Оксигенотерапия. Дыхательная реанимация, санация дыхательных путей, кортикостероиды, диуретики, бронхолитики, сердечные гликозиды, стабилизация гемодинамики, антибиотики широкого спектра действия.

Комментарии к задаче № 6.

1. Грипп. Осложнение: левосторонняя очаговая пневмония, средней тяжести. В пользу данного диагноза свидетельствует острое начало болезни, озноб, костно-мышечная боль, боль в области лба, повышение температуры тела, присоединение насморка, першения в горле, кашля, боли в проекции трахеи, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, улучшение самочувствия с последующим его ухудшением, появление болей в груди, усиление кашля, данные перкуссии и аускультации.
2. По клиническим и эпидемиологическим показаниям необходима госпитализация.
3. Рентгенография грудной клетки, анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Постельный режим, антибиотики широкого спектра действия, сердечно-сосудистые средства, вдыхание увлажненного кислорода, отхаркивающие, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Комментарии к задаче № 7.

1. У больного классическая картина фульминантной менингококцемии, осложненной ИТШ.
2. Несмотря на эпидемиологические данные, диагноз гриппа полностью исключается в связи с наличием геморрагической сыпи, появившейся в первые часы болезни и подсыпающей в процессе осмотра.
3. Необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации. В/в введение левомицетина сукцината в дозе 1,5 грамма. Комплекс противошоковых мероприятий.

Комментарии к задаче № 8.

1. Менингококковая инфекция: менингококцемия. В пользу этого диагноза говорит внезапный подъем температуры после предшествующего назофарингита, наличие геморрагической сыпи и кровоизлияний в конъюнктиву, а также эпидемиологические данные – случаи респираторной инфекции в интернате.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с корью. В отличие от кори, катаральные явления в данном случае выражены слабо, отсутствовал кашель, слезотечение, сыпь появилась на 2-й день болезни, её появлению предшествовал выраженный озноб, отсутствовала этапность высыпаний, элементы папулезной сыпи локализовались на туловище и нижних конечностях, наряду с папулами имелись геморрагические элементы и кровоизлияния в конъюнктиве.

3. Показана люмбальная пункция (исключить менингит), мазок из носоглотки на менингококк, бактериологическое исследование крови. Препаратом выбора является пенициллин в суточной дозе 200-300 тыс. ЕД на кг, дезинтоксикационная терапия, при наличии менингита – дегидратация.

Комментарии к задаче № 9.

1. Менингококковая инфекция: менингит. Тяжелое течение. В пользу диагноза свидетельствует острое развитие болезни, головная боль, рвота, повышение температуры, резко выраженный менингеальный синдром.
2. Тяжесть течения обуславливает развитие отека мозга, за что говорит нарушение сознания, тахипное, повышение давления, судороги и сужение зрачков.
3. Необходима срочная госпитализация в отделение реанимации инфекционной больницы. Произвести люмбальную пункцию для исследования ликвора на бактериологический, клеточный состав. Электролиты. КЩС крови. Лечение проводить пенициллином в дозе 200 – 300 тыс. ЕД на кг массы в сутки. Проводить дегидратационную и дезинтоксикационную терапию.
4. За всеми контактными лицами необходимо наблюдение в течение 10 дней (термометрия, осмотр ротоглотки). Бактериологическое обследование – мазок из носоглотки на менингококк.

Комментарии к задаче № 10.

1. Паратонзиллярный абсцесс. В пользу этого диагноза говорит появление после перенесенной ангины болей в горле, повышение температуры, односторонний отек слизистой глотки, выбухание миндаины, отек клетчатки в подчелюстной области, увеличение и болезненность подчелюстного лимфоузла.
2. Отсутствие налетов в ротоглотке на 4 день болезни, односторонность поражения, выраженная болезненность лимфоузла позволяют исключить токсическую дифтерию.
3. После консультации ЛОР-врача показан перевод в ЛОР-отделение.

Комментарии к задаче № 11.

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

Комментарии к задаче № 12.

1. Нет.

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

Комментарии к задаче № 13.

1. Орнитоз, пневмоническая форма. В пользу данного диагноза говорит наличие клинических признаков пневмонии, гепатолиенального синдрома, неэффективность лечения ампиоксом, одновременное заболевание нескольких членов семьи, контакт с попугаем.
2. Ку-лихорадка, легионеллез, микоплазменная инфекция, бактериальная пневмония.
3. РСК, РТГА с орнитозным антигеном, РСК с коксииеллезным и микоплазменным АГ, исследование мокроты в ИФА для выявления легионелл, обнаружение антител в РНИФ. Лечение: антибиотики тетрациклинового или макролидного ряда в средних терапевтических дозах до 7-10 дней нормальной температуры.

Комментарии к задаче № 14.

1. Вирусный менингоэнцефалит. Высокая лихорадка, наличие судорожного синдрома, очаговая симптоматика, быстрое развитие коматозного состояния, картина ликвора позволяют предположить герпетическую этиологию заболевания.
2. Дифференциальную диагностику в данном случае следует проводить с другими менингоэнцефалитами (бактериальными, включая туберкулезный; вирусными, в том числе коревым, краснушным, энтеровирусным, паротитным).
3. Исследование ликвора и крови на а/г против ВПГ I-II, ПЦР для обнаружения ДНК вышеуказанных вирусов, МРТ или КТ головного мозга. Бактериологическое исследование крови и ликвора. Лечение - ацикловир в дозе 30-40 мг/кг в сутки в/в, дегидратационная, дезинтоксикационная терапия, дыхательная реанимация, дексазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг в сутки.
4. Для герпетического менингоэнцефалита характерно формирование некротических очагов преимущественно в теменно-височных областях головного мозга.
5. Прогноз в связи с характером течения заболевания тяжелый. Возможен летальный исход или выздоровление с тяжелым органическим поражением ЦНС. Также возможно течение болезни по типу медленной инфекции с неоднократным рецидивированием.

Комментарии к задаче № 15.

1. Нет, отсутствует преджелтушный период и биохимические признаки поражения паренхимы печени.
2. Наиболее вероятный диагноз - синдром Жильбера, о чем свидетельствует связь заболевания с физической нагрузкой; увеличение печени, повышение уровня свободного билирубина.
3. Необходимо уточнить анамнез: болел ли в прошлом вирусным гепатитом, были ли аналогичные заболевания в прошлом, а также у родственников; не имел ли контактов с гемолитическими ядами. Нужны дополнительные исследования: гемоглобин, количество эритроцитов, осмотическая стойкость эритроцитов, наличие аутоантител против эритроцитов (проба Кумбса).

Комментарии к задаче № 16.

1. Острый вирусный гепатит, желтушный период, тяжелое течение болезни, ОПЭ I.
2. Биохимические исследования (билирубин, холестерин, АлАТ, АсАТ, протромбин), маркеры ВГ, в первую очередь ВГВ и ВГД, рутинные исследования. Инфузия глюкозы, полиионных растворов, коллоидных растворов; оксигенотерапия; маннитол; салуретики для борьбы с отеком мозга; коррекция КОС и электролитов; антимикробная терапия (фторхинолоны и др.); плазмаферез.

Комментарии к задаче № 17.

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

Комментарии к задаче № 18.

1. Острая дельта (супер)-инфекция вирусоносителя гепатита В, тяжелое течение болезни, ОПЭ I. О наличии острой дельта (супер)-инфекции вирусоносителя гепатита В говорит острое начало заболевания, высокая лихорадка, сыпь, боль в животе, суставах, короткий преджелтушный период, прогрессирующее ухудшение состояния после появления желтухи, отечно-асцитический синдром, биохимические показатели, наличие анти-HDV IgM в сочетании с HBsAg, анти-HBcore IgG. О тяжелом течении болезни свидетельствует выраженная интоксикация, геморрагический синдром, уменьшение размеров печени, признаки ОПЭ, билирубин-ферментная диссоциация, снижение протромбинового индекса, диспротеинемия.
2. Инфузионная терапия, плазмаферез, оксигенотерапия, ГБО, профилактика и лечение отека мозга и тромбогеморрагического синдрома.
3. Прогноз серьезный. Наиболее вероятно: хронизация процесса с быстрым исходом в цирроз печени или летальный исход в остром периоде.

Комментарии к задаче № 19.

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

Комментарии к заданию № 20.

1. Нет, т.к. для брюшного тифа не характерно острое начало болезни, возбуждение, гиперемия лица, кровоизлияния в конъюнктиву, тремор рук и языка и розеолезно-петехиальная сыпь на 5 день болезни.
2. Болезнь Брилля. В пользу этого диагноза говорит указанная выше клиническая картина, сыпной тиф в анамнезе.
3. В отличие от сыпного тифа, брюшной тиф начинается постепенно, больные бледные, адинамичные, сыпь появляется на 8-10 день болезни – розеолезная, необильная, локализуется преимущественно на животе и передней поверхности грудной клетки.
4. Для исключения диагноза «брюшной тиф» необходимо бактериологическое исследование крови, кала, мочи, РПГА. Для подтверждения диагноза «болезнь Брилля» РСК, РПГА, РНИФ с а/г Провачека. Препаратом выбора для лечения является доксициклин по схеме, показаны седативная и кардиотропная терапия.

По результатам собеседования ординаторы получают

количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Схема оценивания устного ответа

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 ПК – 11, ПК-12	ординатор, обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. А также студентам усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	«отлично»
		ординатор, обнаруживший полное знание учебного	«хорошо»

	<p>материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к занятию. А также студентам, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p>	
	<p>ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию. А также студентам, допустившим погрешности, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p>	«удовлетворительно»
	<p>ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.</p>	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию ситуационных задач:

Схема оценивания правильности решения ситуационных задач

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение ситуационных	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6,	ординатор свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил	«отлично»

задач	ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10 ПК – 11, ПК-12	<p>ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.</p>	
		<p>если ординатор достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок;</p>	«хорошо»
		<p>ординатор недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;</p>	«удовлетворительно»
		<p>ординатор имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.</p>	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих частей компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Таким образом: Результирующая оценка формируется как среднее арифметический балл, из набранных баллов за выполнение теоретического и практического задания (решение задач).