

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Специальность	31.08.35	Инфекционные болезни
	код,	наименование
Форма обучения	очная	

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по клинической практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Клиническая практика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Клиническая практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Клиническая практика» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Текущий	Тема 1. 1 Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с тонзиллярным и респираторным синдромами	Кейс-задание
		Тема 1.2. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с синдромом гепатита	Кейс-задание
		Тема 1.3. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с синдромом диареи	Кейс-задание
		Тема 1.4. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с поражением кожных покровов и слизистых оболочек	Кейс-задание
		Тема 1.5. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с длительной лихорадкой	Кейс-задание

		Тема 1.6. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний с менингеальным синдромом	Кейс-задание
		Тема 1.7. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение оппортунистических инфекций. ВИЧ-инфекция	Кейс-задание
		Тема 1.8. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней	Кейс-задание
		Тема 1.9. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Диспансеризация при инфекционных заболеваниях. Профилактика инфекционных заболеваний	Кейс-задание
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Промежуточные	Все темы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1. Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Вид	Код	Название трудовой функции
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
Ф	А/04.8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/06.8	Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями
Ф	А/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение

		медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	А/08.8	Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 19 лет, поступила в приемный покой инфекционной больницы с жалобами на желтушность кожи склер, потемнение мочи и снижение аппетита. Больна 6 дней: отмечала повышение температуры тела до 38,5°C, беспокоили першение в горле, боли в эпигастральной области, тошнота, однократно была рвота. В течение 4 дней сохранялся субфебрилитет, нарастала слабость, пропал аппетит. К врачам не обращалась, расценила свое состояние как ОРЗ. На 5-й день болезни температура нормализовалась, самочувствие улучшилось: боли в животе и тошнота исчезли. Однако моча приобрела цвет пива, вечером больная обратила внимание на изменение цвета кала – он стал серым. Утром 6-го дня болезни окружающие указали на желтушность кожи и склер. При физикальном обследовании обращают на себя внимание яркая желтуха кожи и склер, умеренное увеличение печени (+2 см из-под края реберной дуги, эластичная, чувствительная). Со стороны сердца, легких, других органов и систем патологии не выявлено, признаков геморрагического синдрома нет. Из эпиданамнеза известно, что в течение месяца была на практике в Краснодарском крае, жила в частном секторе, в доме с частичными удобствами, пила сырую колодезную воду.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Перечислите и обоснуйте необходимые лечебные мероприятия, относящиеся к базисной безлекарственной терапии
В	5	Правила выписки из стационара
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 67 лет, доставлен в приемный покой терапевтического стационара бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «Пиелонефрит? Грипп?». Беспокоят выраженная слабость, высокая температура, боль в поясничной области с обеих сторон, тошнота. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро 4 дня назад: поднялась температура до 39,4°C, появились головная боль, сухость во рту, дискомфорт в пояснице с обеих сторон. На следующий день заметил ухудшение зрения, туман перед глазами. Температура держалась на высоких цифрах в течение 4 дней, жаропонижающие приносили лишь кратковременное облегчение, сохранялась головная боль, слабость, отсутствовал аппетит. На 4-й день болезни появились жажда, тошнота, довольно интенсивная боль в пояснице, кровоточивость десен. При физикальном обследовании выявлены: больной вял, заторможен, на вопросы отвечает неохотно; температура 38,4, гиперемия лица, выраженная инъекция сосудов склер, в области внутреннего угла левого глаза кровоизлияние в склеру, язык сухой, обложен сероватым налетом,

		слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы, носовое дыхание свободное. На коже левого плеча в месте наложения манжетки тонометра немногочисленные петехиальные элементы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушенные ритмичные, ЧСС 96 в 1 минуту, в легких – жесткое дыхание, ЧД 18 в 1 минуту, АД 140/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены, поколачивание по поясничной области болезненно с обеих сторон. В приемном отделении первый раз за сутки мочился. Выделил 100 мл мутноватой мочи, мочеиспускание свободное. Пациент рассказал, что каждые выходные проводит на даче, занимается ремонтом в погребе, перестилает полы в бане.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	На основании каких данных можно заподозрить у больного ГЛПС и исключить грипп и пиелонефрит?
В	3	Назначьте обследование с учетом необходимой дифференциальной диагностики
В	4	Составьте и обоснуйте план лечебных мероприятий
В	5	Перечислите клинические и лабораторные критерии выписки
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 34 года, считает себя больным в течение месяца. Беспокоила слабость, отмечал боли в крупных суставах, снижение аппетита, периодически возникала тошнота после еды. Накануне обращения в приемный покой инфекционной больницы заметил темную мочу, появилась яркая желтуха кожи и склер, выросла слабость, пропал аппетит, тошнота стала мучительной, несколько раз была рвота, появился умеренный кожный зуд. При физикальном обследовании: яркая желтуха кожи и склер, петехии на мягком небе, на коже в местах сдавления одеждой (талия, область голеностопных суставов); периферические лимфоузлы не увеличены, тоны сердца ясные ритмичные, в легких – везикулярное дыхание; живот мягкий безболезненный, печень +4 см, плотновато-эластичная. Моча в приемном покое темная, стул, со слов больного, светлый. Из анамнеза известно: донор в течение многих лет; 4 месяца назад удалял зуб в частной стоматологической клинике.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Составьте и обоснуйте план необходимого обследования
В	3	Какие данные свидетельствуют о наличии у больного холестатического синдрома?
В	4	Перечислите и обоснуйте необходимые лечебные мероприятия, относящиеся к базисной безлекарственной терапии
В	5	Сроки и содержание диспансерного наблюдения за реконвалесцентами
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 33 года, заболел во время эпидемии гриппа. Начало заболевания острое с повышения температуры к концу первых суток болезни до 39,9°C. Отмечал сильный озноб, головную боль в лобно-

		височной области, боль при движении глазных яблок, а также заложенность носа и першение в горле. На 2-е сутки пациент вызвал скорую помощь и был доставлен в инфекционную больницу. При физикальном обследовании выявлено: носовое дыхание затруднено, Т – 39,6 С, кожные покровы гиперемированы, склеры инъектированы, в ротоглотке гиперемия слизистых с цианотичным оттенком, милиарная зернистость мягкого неба; тоны сердца ритмичные, ЧСС 115 в 1 минуту, дыхание везикулярное, ЧД 18 в 1 минуту, АД 115/70 мм рт. ст.; углочелюстные лимфоузлы мелкие, безболезненные; живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анамнезе: 2 дня назад в семье с подобными проявлениями заболел ребенок.
В	1	Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
В	2	Перечислите заболевания, с которыми целесообразно проводить дифференциальную диагностику гриппа
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Перечислите и обоснуйте необходимые лечебные мероприятия
В	5	Правила выписки из стационара
Н	-	005 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ
У	-	Пациент, 45 лет, заболел 24 декабря: среди полного здоровья поднялась температура до 40,1°C, появились сильная головная боль, преимущественно в лобной области, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель. В первые сутки к врачу не обращался, принимал парацетамол (3 таблетки за сутки) и ремантадин. В начале вторых суток болезни на фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки появилась и стала быстро нарастать одышка, что заставило больного вызвать СМП. Врач бригады скорой помощи при физикальном обследовании обнаружил: сознание больного спутано, отмечается психомоторное возбуждение, гиперемия лица, акроцианоз, инъекция сосудов склер, застойная гиперемия и зернистость слизистых ротоглотки, ослабление дыхания и диффузные влажные хрипы, более выраженные в нижних отделах, притупление перкуторного звука над нижними отделами обоих легких, ЧД 32 в 1 минуту. Тоны сердца приглушенные ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту, АД 115/90 мм рт. ст. Пальпируются умеренно болезненные углочелюстные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см. Пациент гиперстеник, печень и селезенка четко не пальпируются. В анамнезе: работает менеджером в магазине бытовой техники; 3 года назад диагностирована стабильная стенокардия; курит до 15 сигарет в день в течение последних 25 лет.
В	1	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какие данные указывают на тяжелый прогноз болезни у данного пациента?
В	4	Тактика врача скорой медицинской помощи.
В	5	Перечислите диагностические и лечебные мероприятия в стационаре.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больная, 25 лет, повар, направлена в инфекционный стационар участковым терапевтом. Обратилась на 2-й день болезни с жалобами на боли внизу живота, частый жидкий стул, головную боль, повышение температуры. При осмотре в приемном отделении больницы: состояние удовлетворительное. Т – 38,3 С. Кожные покровы чистые. Пульс 84 уд/мин, АД 105/60 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. Пальпируется спазмированная, болезненная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул к моменту осмотра был 15-20 раз, малыми порциями, с примесью слизи. В приемном отделении после пальпации живота был позыв на дефекацию, в горшке небольшой комок мутной слизи, каловых масс нет. Сопутствующих заболеваний не отмечает. В контакте с инфекционными больными не была. За последнюю неделю несколько раз покупала на рынке жареные семечки.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Определите показания для госпитализации больной. Обоснуйте. Назначьте лабораторное обследование.
В	4	Правила забора материала (испражнений) для бактериологического исследования
В	5	Необходимые терапевтические мероприятия. Обозначить дозы antimicrobных препаратов.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 27 лет вызвала участкового врача на дом. Болеет 3-й день. Заболела постепенно. Появилось недомогание, слабость, дискомфорт в горле, ощущение инородного тела при глотании. В течение 2-го дня болезни повысилась температура до 39, заболело горло. При осмотре вялая, бледная. В ротоглотке гиперемия неяркая, застойная, uvula и дужки отечны. Миндалины увеличены, рельеф их сглажен, на поверхности бело-серый плотный пленчатый налет, который снять не удалось. Налет переходит на передние дужки. При попытке отделения пленки появились капли крови. Пальпируются увеличенные и умеренно болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы, клетчатка над ними отечна. Пульс 100 уд. в мин удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены, границы не расширены. В легких — патологии нет. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Из анамнеза известно, что в детском возрасте любая ОРВИ сопровождалась обструктивным синдромом, подозревали развитие бронхиальной астмы, в связи с чем были отводы от вакцинаций. В настоящее время работает на рынке, отмечает многочисленные контакты с покупателями и продавцами-мигрантами из бывших республик СССР, нередко переохлаждения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.

В	5	Опишите правила проведения сывороточной терапии
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 39 лет, обратился к участковому врачу поликлиники на 4-й день болезни с жалобами на познабливание, нерезкую головную боль, слабость, недомогание отсутствие аппетита. Состояние удовлетворительное. Температура 38,3. Пульс 78 ударов в мин, удовлетворительных качеств. Язык обложен серо-коричневым налетом, влажный. Слизистая оболочка небных дужек, задней стенки глотки слабо гиперемирована. По другим органам и системам отклонений нет. С диагнозом ОРЗ лечился амбулаторно. Назначенное лечение эффекта не дало: состояние не улучшалось, температура тела постепенно становилась выше, нарастала слабость, апатия, сонливость. По поводу длительной лихорадки госпитализирован в инфекционную больницу на 10-й день болезни. При поступлении состояние средней тяжести, температура 39,6. Заторможен. Кожные покровы бледные. Язык утолщен, сухой, покрыт «грязным» налетом, на боковых поверхностях заметны отпечатки зубов. На передней брюшной стенке единичные элементы пятнистой сыпи, бледные, 2-3 мм в диаметре, исчезающие при надавливании и растяжении кожи. Пульс 84 удара в мин., среднего наполнения. АД 100/60. Тоны сердца приглушены. В легких с обеих сторон прослушиваются немногочисленные рассеянные сухие хрипы. Живот вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в правой подвздошной области. Прощупываются увеличенные печень и селезенка. Стула не было 3 дня. На фоне лечения на 16-й день болезни температура внезапно снизилась до 36,0°, резко побледнел, черты лица заострились, на коже лба выступил пот, появилась одышка. Пульс 120 ударов в мин. АД 80/50 мм рт. ст. Возник императивный позыв на дефекацию, стул кашицеобразный, темного цвета, объем стула около 400 мл. Установлено, что за 2 недели до заболевания вернулся из турпоездки в Индию
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Какое осложнение развилось у больного? Обоснуйте.
В	5	Назначьте и обоснуйте необходимую терапию
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 28 лет, поступил в инфекционный стационар на 4-й день болезни с жалобами на повышение температуры, слабость, першение в горле, неустойчивый стул, схваткообразные боли в животе, боли в суставах. Заболел остро, с ознобом поднялась температура до 38,2 С. Однократная рвота, боли в животе схваткообразного характера, жидкий стул до 4 раз в день, без примеси слизи и крови, боли в коленных и локтевых суставах. На 3-й день болезни появилась сыпь. Жидкий стул, боли в животе, температура 38-38,8 С сохранялись до поступления в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,3 С, на кистях, стопах обильная мелкоточечная сыпь. Гиперемия конъюнктив, инъекция

		сосудов склер. Зев гиперемирован. Язык яркий с гипертрофированными сосочками. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 90 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, здесь же определяется урчание. Печень умеренно увеличена, безболезненна. Селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Суставы не изменены, движения в них не ограничены. Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не был. Работает водителем-«дальнобойщиком», часто питается в придорожных кафе.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Лабораторная диагностика для подтверждения данной формы инфекции, обоснование назначений
В	4	Клиническая классификация иерсиниоза
В	5	Какие инструментальные методы исследования применяются для диагностики различных форм иерсиниоза.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Студент, проживающий в общежитии, заболел остро. Появился озноб, ломота во всем теле, в течение нескольких часов поднялась температура до 39,2, к вечеру почувствовал боль в горле. На следующее утро боли в горле стали резкими, не мог проглотить слюну, температура держалась на высоких цифрах, появились болевые ощущения в суставах и пояснице. При осмотре к концу 2-х суток болезни: Т-39,1 С, в ротоглотке яркая гиперемия миндалин и дужек, увеличение миндалин (2ст), рельеф их сохранен, в лакунах гнойные налеты, легко снимаются шпателем и растираются на стекле. Угловатостные лимфоузлы увеличены до 1,5 x 1,5 см, болезненны с обеих сторон. В легких и сердце изменений нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза выяснено, что связывает свое заболевание с переохлаждением – накануне заболевания попал под дождь; раньше подобных заболеваний не было.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Назначьте и обоснуйте план терапии.
В	5	Назовите правила выписки и диспансеризации пациента
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Мальчик 2,5 лет, часто болеет ОРВИ, бронхитом, 4 месяца назад была пневмония. В 3 месяца однократно вакцинирован: АКДС + полиомиелит. Заболел остро с подъема температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня - повторный подъем температуры до 38,8°C. Перестал вставать на ножки. Госпитализирован. При поступлении: состояние тяжелое. Лихорадит, температура тела 39°C, вялый, сонливый,

У	-	временами беспокойный. Отмечается резкая потливость. При перемене положения тела в кровати кричит. При осмотре: выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на руках и отсутствие рефлексов на ногах. Ригидность затылочных мышц. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания. В последующие дни состояние ребенка улучшилось: исчез болевой синдром, температура нормализовалась, восстановилась двигательная функция рук и левой ноги. Активные движения правой ноги отсутствовали, сухожильные рефлексы не вызывались. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$; Ц.П. - 0,87, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, л - 48%, м - 9%, СОЭ - 15 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, глюкоза – отр., белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Проведите обоснование диагноза.
В	3	Составьте и обоснуйте обследования пациента.
В	4	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.
В	5	Какие ведущие факторы способствовали развитию заболевания у ребенка, изложите меры профилактики данного заболевания.
Н		012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 69 лет, обратилась в инфекционный стационар с жалобами на сильную слабость, боли, покраснение и отечность в области голени, повышение температуры. Заболела 2 дня назад: вдруг среди полного здоровья появился озноб, слабость, головная боль, поднялась температура до 39,0,. На следующий день заметила покраснение в области правой голени, почувствовала боль в правой паховой области. Подобное состояние отмечает впервые. При осмотре: состояние средней тяжести. Т-39,2 С. Повышенного питания. Правая нога отечна в нижней и средней третях правой голени. Здесь же яркая эритема с четкими неровными контурами, дерма инфильтрирована, при пальпации голень горячая. На фоне эритемы два пузыря с геморрагическим содержимым. На внутренней поверхности правого бедра полоса неяркой гиперемии, болезненности при пальпации в этой зоне не отмечено. Увеличены и болезненны паховые лимфатические узлы справа. В остальных группах не увеличены. Пульс частый – 108 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык сухой, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Из анамнеза известно: работает уборщицей в школе, работа связана со статическими нагрузками, подъемом тяжестей, частыми переохлаждениями. Имеет место гиперкератоз и грибковое поражение стоп, в межпальцевых промежутках множественные трещины и опрелости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Лечение и его обоснование.
В	5	Сроки и содержание диспансерного наблюдения
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 42 лет, поступил на третьи сутки болезни в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры до 39,3 С, сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящие боли во всем теле. Заболела 2 дня назад, когда в области правого лучезапястного сустава заметила красное зудящее пятно. На следующий день почувствовала легкое недомогание. К врачу не обращалась. Повышение температуры и резкое ухудшение состояния отмечено лишь на третий день болезни. При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,3 С. В области правого лучезапястного сустава язва диаметром 2 см с обильным серозно-геморрагическим отделяемым. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, кожа вокруг язвы гиперемирована, с цианотичным оттенком, выраженный отек кожи и подкожной клетчатки. При пальпации области язвы больная не отмечает болезненности. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы справа, чувствительны при пальпации. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс частый – 120 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Эпидемиологический анамнез: больная 10 лет работает сортировщицей шерсти.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача инфекционного стационара.
В	5	Дифференциальная диагностика.
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной, 18 лет, рабочий животноводческого хозяйства. Поступил в инфекционный стационар на 6 день болезни. Заболевание началось остро: появились озноб, повышение температуры до 38 С, головная боль, боли в мышцах, сухой кашель. В течение 6 дней находился дома, к врачам не обращался, лечился флемоксином, улучшения не было. При поступлении: состояние средней тяжести, беспокоят головная боль, слабость, снижение аппетита, кашель со скудной слизистой мокротой. Гиперемия лица, инъекция сосудов склер. Кожа розовая, выраженная потливость. На боковых поверхностях туловища единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи. Температура ремиттирующего типа, пульс 74 удара в мин, при температуре 38,5 С, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание в легких жестковатое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка увеличены. Заподозрен брюшной тиф. Посев крови на гемокультуру, реакция Видаля, РСК с риккетсиями Провачека дали отрицательный результат. Анализ крови: Лк - $4,5 \times 10^9/\text{л}$, п - 1%, С - 46%, Л - 45%, М - 8%, СОЭ – 19 мм в час. В течение 2 дней пребывания в стационаре состояние улучшилось, исчезли головная боль и кашель, появился аппетит, температура нормализовалась. РСК с антигеном из риккетсий Бернета положительная в титре 1:40 +++ с последующим нарастанием титра до 1:160 +++. Из анамнеза известно, что как разнорабочий в хозяйстве занят на самых разных работах: ухаживает за животными, в том числе больными, чистит стойла, задает корм. На ферме покупает молоко, пьет его сырым.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Назовите заболевания, с которыми следует дифференцировать данную инфекционную патологию
В	4	Назовите возможные пути передачи данной инфекции.
В	5	Назовите возможные осложнения
Н	-	15
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 48 лет обратился в приемный покой инфекционной больницы 15 июня с жалобами на головную боль, слабость, жжение в области правой ягодицы. Заболел остро 3 дня назад: температура тела с ознобом поднялась до 38,6°С, появилось жжение на коже правой ягодицы, однократно на высоте головной боли была рвота слизью. В эпиданамнезе: со слов больного, 2 недели назад выезжал на дачу, «кто-то укусил» в ягодичную область. При физикальном обследовании: состояние удовлетворительное. На коже правой ягодицы яркая эритема в виде кольца, с четкими границами и более интенсивной окраской на периферии. Температура 37,3 С. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы четко не пальпируются. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в минуту; дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Живот мягкий безболезненный,

		печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные симптомы не определяются
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача инфекционного стационара.
В	5	Меры профилактики боррелиоза
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ш. обратился на 4-й день болезни. Заболевание началось остро. Отметил повышение температуры до 39°C, интенсивную головную боль, головокружение, боль в глазных яблоках и светобоязнь, общую слабость и недомогание, чувство жара, озноб, потливость, снижение аппетита, боли в мышцах, суставах, костях, пояснице. Однократно была рвота. Температура снижалась на второй день болезни, в течение суток была нормальной при сохранении прочих жалоб. С 3-го дня болезни новый подъем температуры, мучительная головная боль; по этому поводу вызван врач на дом. При осмотре выявлены гиперемия лица, шеи, верхней части туловища, сосуды склер и конъюнктив инъецированы. В ротоглотке яркая гиперемия слизистых. Температура 39,2 С. Отмечается тремор рук, ригидность затылочных мышц. При исследовании СМЖ изменений не обнаружено. Из анамнеза известно, что 10 дней назад был обнаружен присосавшийся клещ, которого с трудом удалил самостоятельно, за медицинской помощью не обращался
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Укажите классификацию клещевого энцефалита
В	5	Меры профилактики
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 35 лет доставлена в приемный покой инфекционной больницы с жалобами на диффузную монотонную головную боль, сухость во рту, тошноту, ломоту в теле (особенно в области поясницы и в икроножных мышцах), потемнение и уменьшение объема мочи, кровоточивость слизистой носа. Заболела 5 дней назад: температура тела остро с ознобом поднялась до 39,8°C, появились головные боли и сухость во рту. К 5-му дню болезни на фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки потемнела моча, уменьшился ее объем (около 300 мл в сутки), появилась сливная макуло-папулезная сыпь на груди и животе, прожилки крови в отделяемом из носа. При физикальном обследовании: состояние тяжелое, температура 39,7. Гиперемия кожи (преимущественно головы и шеи) и видимых слизистых, петехии в области ключиц, на талии и в области голеностопных суставов, инъекция сосудов склер, кровоизлияние в склере правого глаза, склеры слегка желтушны. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень +2 см, эластичная, чувствительная при пальпации, симптом поколачивания по пояснице

		положительный с обеих сторон. При пальпации определяется выраженная болезненность мышц голени и бедра. Менингеальных симптомов не выявлено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Назовите эпидемиологические данные, требующие уточнения – источники, факторы и пути передачи возбудителя.
В	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	5	Перечислите необходимые группы лекарственных препаратов
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 4 лет заболел остро: с подъема температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован. В детском саду в соседней группе за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит удовлетворительный, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5+2,5+3,0см, эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 70 мкмоль/л, прямой - 45 мкмоль/л, АлАт - 580 Ед/л, АсАт - 420 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti -HCV (-), anti-HAV IgM (+). Данные УЗ-исследования органов брюшной полости: печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа - без патологии. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $5,4 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 32%, э - 1%, л - 57%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - коричневый, относительная плотность - 1017, белок - отр., глюкоза - отр, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, желчные пигменты - (+++).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план лечения данного больного с учетом этиологии и тяжести состояния.
В	4	Определите критерии выписки ребенка из стационара.
В	5	Подлежит ли ребенок после выписки из стационара диспансерному наблюдению, если «да», определите сроки
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 1 год, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев

		перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягкоэластичной консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы в паравerteбральной и подлопаточной области справа. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, ЧСС 112 в мин. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на +2,5+3,0+4,0 см, селезенка + 3,5 см. Клинический анализ крови: НЬ - 90 г/л. Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,78, Лейк. - $6,7 \times 10^9/л$; с/я - 50%, л - 45%, м -5%; СОЭ - 3 мм/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какова наиболее вероятная причина упорного диарейного синдрома у данного пациента.
Э	-	Бактериальная, вирусная, протозойная, или грибковая кишечная инфекция, возможно, в сочетании с ферментопатией. Активация условно-патогенной микрофлоры кишечника. Антибиотик-ассоциированная диарея.
P2	-	Причины упорной диареи определены верно.
P1	-	Указаны не все наиболее частые причины упорной диареи.
P0	-	Причина упорной диареи определена неверно.
В	4	Составьте план обследования пациента с учетом особенностей течения заболевания, коморбидности.
В	5	Назначьте лечение с учетом ведущего клинического синдрома, преморбидного фона и особенностей течения заболевания.
Н	-	020
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 8 лет. При профилактическом обследовании при подготовке к операции у ребенка впервые выявлены а/НСV (+). Направлен в стационар для комплексного обследования, уточнения диагноза. Известно, что на 1-м месяце жизни в связи с наличием геморрагического синдрома получал гемотрансфузии. С 3-х лет выявляется гепатомегалия, не обследовался. При поступлении: жалобы на быструю утомляемость, периодически боли в животе. Общее состояние удовлетворительно. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиоэктазии. В ротоглотке гиперемии нт, слизистые чистые, в легких и сердце без изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в точке желчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из-под реберной дуги на +1,5+2,5+3,5 см, селезенка +0,5 см. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 12 мкмоль/л, конъюгированный - 5 мкмоль/л, АлАт - 200 Ед/л, АсАт - 170 Ед/л, общий белок - 82 г/л, тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,4 ед. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.П - 0,9, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 39%, э -1%, л - 57%, м - 2%, СОЭ - 3 мм/час. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-Hbcor общ. (-), anti-HDV (-), anti-HCV (+), anti-HCVcore IgM (+), anti-

		HCVcore (+), anti-HCVNS 3,4,5 (+). ПЦР: РНК HCV (+) генотип 3a. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, ткань органа равномерно повышенной эхогенности во всех отделах за счет мелкоочаговых структур умеренной плотности. Желчный пузырь правильной формы, больших размеров, в полости густой осадок. Стенки без изменений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Назначьте лечение ребенку с учетом диагноза, возраста.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень вопросов для собеседования и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задачи.

5.1.1 Кейс-задачи:

Вид	Код	Название трудовой функции
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
Ф	A/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов
Ф	A/04.8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	A/06.8	Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями
Ф	A/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/08.8	Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме
Н	-	01
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 34 лет жалуется на периодические лихорадочные приступы с ознобами, возникающие в утренние часы, слабость. Приступ начинается остро, среди полного здоровья: появляется интенсивный озноб, который сменяется ощущением жара и повышением температуры до 39-39,5 градусов. Температура держится в течение нескольких часов, затем критически снижается с обильным потоотделением. Заболел 1,5 месяца назад. Во время первого приступа температура поднялась с ознобом до 40 градусов. Отмечал потливость. Приступы повторялись через день. Пациент к врачам не обращался, принимал жаропонижающие. Со слов больного, было 4-6 приступов, затем температура нормализовалась. Однако через месяц приступы

		возобновились, повторяются через день, температура достигает 39,2-39,5 градусов. При осмотре: Состояние удовлетворительное. Температура нормальная. Кожа и слизистые бледные с желтоватым оттенком. Пульс 76 в мин., АД 120/70. Живот мягкий, безболезненный, печень увеличена на 2 см, болезненная, плотновата, селезенка увеличена на 1 см. Из анамнеза выяснено, что за месяц до заболевания вернулся из Афганистана.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача приемного отделения инфекционного стационара и этиотропная терапия.
В	5	Правила выписки из стационара, система диспансерного наблюдения
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 37 лет, почувствовал себя больным утром, на следующий день после праздничного ужина: появились резкая мышечная слабость, сухость во рту, головокружение, головная боль. Через 2 часа заметил затруднение при чтении мелкого шрифта, появление двоения в глазах, предметы на большом расстоянии видел отчетливо. Расценил эти проявления как последствия употребления алкоголя накануне. К врачам не обращался. Однако на следующий день симптомы сохранялись, что и привело больного в поликлинику. Поскольку самыми тревожными ему показались глазные симптомы, он обратился к офтальмологу. Описаны мидриаз, отсутствие реакции зрачка на свет, ослабление корнеального рефлекса, горизонтальный нистагм. Узнав о предшествующем заболеванию застолье, офтальмолог направил больного на консультацию в токсикологический центр с подозрением на отравление суррогатами алкоголя. При объективном осмотре сознание больного ясное, кожные покровы чистые, бледные, слизистая оболочки ротовой полости и носовых ходов сухие. Температура тела 36.9 градусов, пульс 60 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот умеренно вздут, перистальтика ослаблена, стула не было 2 дня. Следующим специалистом в цепочке диагностического поиска был врач-хирург для исключения катастрофы брюшной полости (слабая перистальтика, запор, сухой язык). Острая хирургическая патология была исключена. Пациент направлен в терапевтический стационар. При уточнении анамнеза выяснено, что за праздничным столом ел маринованные грибы, а за день до заболевания после работы пил пиво с вяленой рыбой.
В	1	Предположительный диагноз .
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Лабораторное подтверждение диагноза .
В	4	Тактика врача инфекционного стационара. Обоснование.
В	5	Прогноз заболевания, основная причина возможных летальных исходов.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приёмное отделение инфекционной больницы поступили два друга,

		лесники. Постоянно проживают в сельской местности. Заболели одновременно, остро: отмечали озноб, повышение температуры до 38,5-39,2 градусов, слабость, головную боль, тошноту. Через 2 дня появились выраженные боли в мышцах плечевого пояса, туловища, нижних конечностей. А на 5-6 день болезни обнаружили высыпания на коже. Диагноз при поступлении в стационар – лептоспироз. При осмотре больные вялые, адинамичные. Пальпация мышц умеренно болезненная. Кожные покровы умеренно гиперемированы. У каждого лицо одутловатое, веки отечны. На коже туловища и конечностей у обоих пациентов обильная макулопапулезная зудящая сыпь. Температура тела 38,0-38,7 С. Пульс 86-98 ударов в минуту, ритмичный, тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот чувствительный при пальпации. В обоих случаях пальпируется печень, выступающая из-под реберной дуги на 2-3 см. У пациентов лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$ и $15 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы 20% и 46%. Пациенты рассказали, что за неделю до заболевания были на охоте, ели сырое мясо дикого кабана.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Лабораторное подтверждение диагноза.
В	4	Лечение трихинеллеза .
В	5	Длительность и содержание диспансерного наблюдения .
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К терапевту поликлиники обратился мужчина 33 лет на 8-ой день болезни с жалобами на слабость, плохой аппетит, ознобы, повышение температуры, головную боль, иногда неприятные ощущения в правом подреберье. Заболевание началось остро с подъема температуры до 38-39,0 градусов, которая сохраняется до настоящего времени. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета, лицо гиперемировано, отечно, единичные пятнисто-папулезные и уртикарные элементы на груди и конечностях. Язык обложен серым налетом. Температура 39,0 градусов, пульс 110 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхней половине, преимущественно в правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, эластичная. Стул расслаблен, без примесей. По данным общего анализа крови лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия 16% , СОЭ 15 мм/ч. Из анамнеза известно, что 2 недели назад вернулся из похода по рекам северного Урала, где ловил много рыбы, ел ее вареную и жареную, а также малосольную, икру солил в течение 2-3 часов холодным способом.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Лабораторное подтверждение клинического диагноза.
В	4	Лечение заболевания
В	5	Диспансеризация .
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	У больного 32 лет через месяц после возвращения из командировки в одну из стран Африки появилось послабление стула, нерезкие боли в животе. В течение 4-5 дней стул до 4 – 6 раз, жидкий, со слизью, боль в животе периодически возникала. Самочувствие оставалось хорошим, хотя стал отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр. В последующие дни стул до 10 раз, в кале много стекловидной слизи, которая иногда была равномерно окрашена кровью, усилились боли в животе, особенно в правых отделах. Отмечено некоторое похудание. Обратился к врачу в конце 2-й недели болезни. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, небольшая сухость кожи, периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 38,3 С. ЧСС 80 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, особенно выражена болезненность в правой подвздошной области. Стул осмотрен – напоминает «малиновое желе». При уточнении анамнестических данных выяснено, что в период пребывания в Африке в течение нескольких дней было расслабление стула без ухудшения самочувствия.
В	1	Наиболее вероятный диагноз
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	План лабораторного обследования, его обоснование
В	4	Классификация амебиаза
В	5	Назначьте лечение и обоснуйте его
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 29 лет, поступил в первые сутки болезни (в 20.00) в тяжелом состоянии с жалобами на сильную слабость, рвоту, жидкий стул, судороги мышц нижних конечностей. Заболел рано утром: внезапно появился жидкий стул, который сопровождался урчанием в животе. Обильный жидкий стул повторялся почти каждый час. Боли в животе не отмечал. Спустя несколько часов от начала болезни присоединилась рвота. Тошноты не было. Температуру тела не измерял. При осмотре: состояние тяжелое, выражен акроцианоз, пульс слабый, частый – 120 ударов в минуту, АД 60/30. Язык сухой, тургор кожи резко снижен, живот при пальпации мягкий, безболезненный, отмечается урчание во всех отделах, печень и селезенка не увеличены. Голос сиплый, слабый. В приемном отделении зафиксированы рвота и понос. Рвотные массы и испражнения имеют вид «рисового отвара». Температура субнормальная (35,7). За последние 6 часов не мочился. Из анамнеза известно, что в течение 2 недель отдыхал в одной из стран юго-восточной Азии, обедал в местных ресторанах и кафе. Вернулся из поездки накануне заболевания.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача инфекционного стационара.
В	5	Правила выписки из стационара
Н	-	007

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной 23 лет с симптомами назофарингита температура 37,8. На 2 день болезни состояние ухудшилось, температура 39,8, озноб, диффузная головная боль, сильная слабость, боли в пояснице, в мышцах и суставах, 2 раза была рвота. В инфекционный стационар доставлена в тяжелом состоянии. При осмотре: слизистая задней стенки глотки гиперемирована, отечна, гиперплазия лимфоидных фолликулов. Температура 39,7 С, в сознании, ориентирована, адекватна. Тоны сердца глухие, пульс 118 уд. в минуту, АД – 140 /90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Одышки нет. Кожа бледная, на конечностях обильная геморрагическая сыпь звездчатой формы. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Ригидность мышц затылка на 2 см, симптом Кернига положителен. Признаков психомоторного возбуждения и очаговой неврологической симптоматики на момент осмотра не выявлено. Эпидемиологический анамнез: по месту учебы случаи ОРВИ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план обследования больной
В	4	Назовите препараты выбора для этиотропной терапии данной формы менингококковой инфекции, дозы, пути введения, длительность лечения.
В	5	Назовите основные возможные осложнения данной формы менингококковой инфекции и их ранние клинические признаки.
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	К больному 38 лет вызван врач скорой помощи. Заболел накануне, когда появилось напряжение мышц лица, боль при попытке открыть рот. Через несколько часов отметил затруднение глотания, затем судороги нижних конечностей, позднее – общие, которые возникали каждый час. При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное, Т-39,5. Сокращение жевательных мышц легко провоцируется поколачиванием по шпателью, опирающемуся о зубы нижней челюсти. Повышение мышечного тонуса распространяется на мимические мышцы, искажая черты лица. Выявляется ригидность затылочных мышц. Дыхание затруднено из-за вовлечения в процесс межреберной мускулатуры. Гипертонус мышц спины и конечностей. Возникают общие тетанические судороги продолжительностью до 1 минуты, очень болезненные. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Гиперсаливация. Дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Во время приступа отмечается цианоз, пульс частый – 110 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Пальпация живота затруднена из-за повышения тонуса мышц брюшного пресса, печень и селезенка не увеличены. Эпидемиологический анамнез: за 7 дней до заболевания, работая в саду, поранил руку, за медицинской помощью не обращался. Вакцинация против столбняка последний раз в школьном возрасте.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Возможные осложнения и причины их развития
В	5	Профилактика столбняка.
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной, 60 лет обратился к врачу с жалобами на повышение температуры до 37,5, слабость, недомогание, головную боль. Последовательно рассказать анамнез заболевания не может. Со слов родственников в предыдущие 2 дня стал раздражителен и тревожен, периодически неадекватен в поведении (галлюцинации, бредовые идеи). При осмотре: состояние тяжелое, неадекватен, не ориентирован в месте и времени, возбужден, агрессивен, на осмотр реагирует негативно, пытается убежать. Периодически возникают судороги мышц глотки и гортани. Были выявлены признаки аэрофобии и гидрофобии, сопровождающиеся приступами одышки. Подобные приступы возникают и при ярком свете и громком звуке. Т - 37,7. Пульс - 100 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Гиперсаливация. Частота дыхания - 24 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Физиологические отправления в норме. Кожа чистая, влажная, в области правого предплечья - красный, болезненный рубец. Из анамнеза известно, что приблизительно месяц назад был укушен неизвестной собакой. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. Рана затянулась, но за несколько дней до болезни в области рубца появилась гиперемия и болезненность.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план обследования пациента.
В	4	Лечебные мероприятия в инфекционном стационаре. Прогноз.
В	5	Возможные профилактические мероприятия при обращении с укушенной раной.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больная, 69 лет, обратилась в инфекционный стационар с жалобами на сильную слабость, боли, покраснение и отечность в области голени, повышение температуры. Заболела 2 дня назад: вдруг среди полного здоровья появился озноб, слабость, головная боль, поднялась температура до 39,0. На следующий день заметила покраснение в области правой голени, почувствовала боль в правой паховой области. Подобное состояние отмечает впервые. При осмотре: состояние средней тяжести. Т-39,2 С. Повышенного питания. Правая нога отечна в нижней и средней третях правой голени. Здесь же яркая эритема с четкими неровными контурами, дерма инфильтрирована, при пальпации голеней горячая. На фоне эритемы два пузыря с геморрагическим содержимым. На внутренней поверхности правого бедра полоса неяркой гиперемии, болезненности при пальпации в этой зоне не отмечено. Увеличены и болезненны паховые лимфатические узлы справа. В остальных группах не увеличены. Пульс частый – 108 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык сухой, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Из анамнеза известно: работает уборщицей в школе, работа связана со статическими нагрузками, подъемом тяжестей, частыми переохлаждениями. Имеет место гиперкератоз и грибковое поражение стоп, в межпальцевых промежутках множественные трещины и опрелости.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Лечение и его обоснование.
В	5	Сроки и содержание диспансерного наблюдения
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Женщина, 42 лет, поступил на третьи сутки болезни в тяжелом состоянии с жалобами на повышение температуры до 39,3 С, сильную головную боль, слабость, разбитость, ломящие боли во всем теле. Заболела 2 дня назад, когда в области правого лучезапястного сустава заметила красное зудящее пятно. На следующий день почувствовала легкое недомогание. К врачу не обращалась. Повышение температуры и резкое ухудшение состояния отмечено лишь на третий день болезни. При осмотре: состояние тяжелое, температура 39,3 С. В области правого лучезапястного сустава язва диаметром 2 см с обильным серозно-геморрагическим отделяемым. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, кожа вокруг язвы гиперемирована, с цианотичным оттенком, выраженный отек кожи и подкожной клетчатки. При пальпации области язвы больная не отмечает болезненности. Увеличены локтевые и подмышечные лимфоузлы справа, чувствительны при пальпации. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс частый – 120 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Эпидемиологический анамнез: больная 10 лет работает сортировщицей шерсти.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача инфекционного стационара.
В	5	Дифференциальная диагностика.
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной, 18 лет, рабочий животноводческого хозяйства. Поступил в инфекционный стационар на 6 день болезни. Заболевание началось остро: появились озноб, повышение температуры до 38 С, головная боль, боли в мышцах, сухой кашель. В течение 6 дней находился дома, к врачам не обращался, лечился флемоксином, улучшения не было. При поступлении: состояние средней тяжести, беспокоят головная боль, слабость, снижение аппетита, кашель со скудной слизистой мокротой. Гиперемия лица, инъекция сосудов склер. Кожа розовая, выраженная потливость. На боковых поверхностях туловища единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи. Температура ремиттирующего типа, пульс 74 удара в мин, при температуре 38,5 С, АД 90/60 мм рт.ст. Дыхание в легких жестковатое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка увеличены. Заподозрен брюшной тиф. Посев крови на гемокультуру, реакция Видаля, РСК с риккетсиями Провачека дали отрицательный результат. Анализ крови: Лк - $4,5 \times 10^9/\text{л}$, п - 1%, С - 46%, Л - 45%, М - 8%, СОЭ – 19 мм в час. В течение 2 дней пребывания в стационаре состояние улучшилось, исчезли головная боль и кашель, появился аппетит, температура нормализовалась. РСК с антигеном из риккетсий Бернета положительная в титре 1:40 +++ с последующим нарастанием титра до 1:160 +++. Из анамнеза известно, что как разнорабочий в хозяйстве занят на самых разных работах: ухаживает за животными, в том числе больными, чистит стойла, задает корм. На ферме покупает молоко, пьет его сырым.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Назовите заболева, с которыми следует дифференцировать данную инфекционную патологию
В	4	Назовите возможные пути передачи данной инфекции.
В	5	Назовите возможные осложнения
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 48 лет обратился в приемный покой инфекционной больницы 15 июня с жалобами на головную боль, слабость, жжение в области правой ягодицы. Заболел остро 3 дня назад: температура тела с ознобом поднялась до 38,6°С, появилось жжение на коже правой ягодицы, однократно на высоте головной боли была рвота слизью. В эпиданамнезе: со слов больного, 2 недели назад выезжал на дачу, «кто-то укусил» в ягодичную область. При физикальном обследовании: состояние удовлетворительное. На коже правой ягодицы яркая эритема в виде кольца, с четкими границами и более интенсивной окраской на периферии. Температура 37,3 С. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы четко не пальпируются. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в минуту; дыхание везикулярное, ЧД 16 в минуту. Живот мягкий безболезненный,

		печень и селезенка не пальпируются. Менингеальные симптомы не определяются
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Тактика врача инфекционного стационара.
В	5	Меры профилактики боррелиоза
Н	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ш. обратился на 4-й день болезни. Заболевание началось остро. Отметил повышение температуры до 39°C, интенсивную головную боль, головокружение, боль в глазных яблоках и светобоязнь, общую слабость и недомогание, чувство жара, озноб, потливость, снижение аппетита, боли в мышцах, суставах, костях, пояснице. Однократно была рвота. Температура снижалась на второй день болезни, в течение суток была нормальной при сохранении прочих жалоб. С 3-го дня болезни новый подъем температуры, мучительная головная боль; по этому поводу вызван врач на дом. При осмотре выявлены гиперемия лица, шеи, верхней части туловища, сосуды склер и конъюнктив инъецированы. В ротоглотке яркая гиперемия слизистых. Температура 39,2 С. Отмечается тремор рук, ригидность затылочных мышц. При исследовании СМЖ изменений не обнаружено. Из анамнеза известно, что 10 дней назад был обнаружен присосавшийся клещ, которого с трудом удалил самостоятельно, за медицинской помощью не обращался
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	4	Укажите классификацию клещевого энцефалита
В	5	Меры профилактики
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 35 лет доставлена в приемный покой инфекционной больницы с жалобами на диффузную монотонную головную боль, сухость во рту, тошноту, ломоту в теле (особенно в области поясницы и в икроножных мышцах), потемнение и уменьшение объема мочи, кровоточивость слизистой носа. Заболела 5 дней назад: температура тела остро с ознобом поднялась до 39,8°C, появились головные боли и сухость во рту. К 5-му дню болезни на фоне сохраняющейся фебрильной лихорадки потемнела моча, уменьшился ее объем (около 300 мл в сутки), появилась сливная макуло-папулезная сыпь на груди и животе, прожилки крови в отделяемом из носа. При физикальном обследовании: состояние тяжелое, температура 39,7. Гиперемия кожи (преимущественно головы и шеи) и видимых слизистых, петехии в области ключиц, на талии и в области голеностопных суставов, инъекция сосудов склер, кровоизлияние в склере правого глаза, склеры слегка желтушны. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены, дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень +2 см, эластичная, чувствительная при пальпации, симптом поколачивания по пояснице

		положительный с обеих сторон. При пальпации определяется выраженная болезненность мышц голени и бедра. Менингеальных симптомов не выявлено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз
В	3	Назовите эпидемиологические данные, требующие уточнения – источники, факторы и пути передачи возбудителя.
В	4	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
В	5	Перечислите необходимые группы лекарственных препаратов
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 4 лет заболел остро: с подъема температуры тела до 38°C, жаловался на боли в животе, была повторная рвота, недомогание. Диагноз участкового врача – ОРВИ. На 4-й день потемнела моча. На 5-й день болезни заметили желтушность склер и кожи. Ребенок был госпитализирован. В детском саду в соседней группе за последние 3 недели отмечены случаи заболевания детей с аналогичной симптоматикой. При поступлении в стационар: самочувствие удовлетворительное, активен, аппетит удовлетворительный, жалоб нет. Склеры и кожные покровы умеренно иктеричны. Слизистая оболочка ротоглотки влажная с желтушным окрашиванием. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и в эпигастрии. Печень выступает из подреберья на +2,5+2,5+3,0см, эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная. В последующие 4 дня отмечалось постепенное исчезновение желтухи, моча стала светлой. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 70 мкмоль/л, прямой - 45 мкмоль/л, АлАт - 580 Ед/л, АсАт - 420 Ед/л, тимоловая проба - 22 ед. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti -HCV (-), anti-HAV IgM (+). Данные УЗ-исследования органов брюшной полости: печень нормальной эхогенности, увеличена, желчный пузырь с деформацией в области шейки; селезенка, почки, поджелудочная железа - без патологии. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $5,4 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 32%, э - 1%, л - 57%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - коричневый, относительная плотность - 1017, белок - отр., глюкоза - отр, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, желчные пигменты - (+++).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте план лечения данного больного с учетом этиологии и тяжести состояния.
В	4	Определите критерии выписки ребенка из стационара.
В	5	Подлежит ли ребенок после выписки из стационара диспансерному наблюдению, если «да», определите сроки
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 1 год, родился доношенным, от третьей нормальной беременности, массой 3750 г, длиной - 52 см. Закричал сразу, на грудном вскармливании до 7 месяцев, развивался удовлетворительно. В 7 месяцев

		перенес ОРВИ, пневмонию, лечился в стационаре, получал массивную парентеральную терапию. В последующие 4 месяца перенес повторно ОРВИ, осложнившуюся пневмонией, кишечную инфекцию, парапроктит. С 10-месячного возраста упорная диарея с прогрессирующей потерей массы тела. При осмотре: в возрасте одного года состояние тяжелое, температура тела 39°C, кожа сухая, дряблая, дефицит массы 40%, подкожно-жировой слой почти отсутствует, увеличены шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 2,5 см, мягкоэластичной консистенции, безболезненны. Кашель с отхождением гнойной мокроты, в легких мелкопузырчатые влажные хрипы в паравerteбральной и подлопаточной области справа. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, ЧСС 112 в мин. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на +2,5+3,0+4,0 см, селезенка + 3,5 см. Клинический анализ крови: НЬ - 90 г/л. Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,78, Лейк. - $6,7 \times 10^9/л$; с/я - 50%, л - 45%, м - 5%; СОЭ - 3 мм/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какова наиболее вероятная причина упорного диарейного синдрома у данного пациента.
В	4	Составьте план обследования пациента с учетом особенностей течения заболевания, коморбидности.
В	5	Назначьте лечение с учетом ведущего клинического синдрома, преморбидного фона и особенностей течения заболевания.
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 8 лет. При профилактическом обследовании при подготовке к операции у ребенка впервые выявлены а/НСV (+). Направлен в стационар для комплексного обследования, уточнения диагноза. Известно, что на 1-м месяце жизни в связи с наличием геморрагического синдрома получал гемотрансфузии. С 3-х лет выявляется гепатомегалия, не обследовался. При поступлении: жалобы на быструю утомляемость, периодически боли в животе. Общее состояние удовлетворительно. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже лица в области скуловой дуги слева и на тыле кисти правой руки имеются телеангиозктазии. В ротоглотке гиперемии нт, слизистые чистые, в легких и сердце без изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в точке желчного пузыря. Печень уплотнена, выступает из-под реберной дуги на +1,5+2,5+3,5 см, селезенка +0,5 см. Биохимический анализ крови: билирубин общий - 12 мкмоль/л, конъюгированный - 5 мкмоль/л, АлАт -200 Ед/л, АсАт - 170 Ед/л, общий белок - 82 г/л, тимоловая проба - 10 ед., сулемовая проба - 1,4 ед. Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.П - 0,9, Лейк - $4,8 \times 10^9/л$; п/я - 1%, с/я - 39%, э - 1%, л - 57%, м - 2%, СОЭ - 3 мм/час. Серологические вирусные маркеры: HBsAg (-), anti-Hbcor общ. (-), anti-HDV (-), anti-HCV (+), anti-HCVcore IgM (+), anti-HCVcore (+), anti-HCVNS 3,4,5 (+). ПЦР: РНК HCV (+) генотип 3а. УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, ткань органа равномерно повышенной эхогенности во всех отделах за счет мелкоочаговых структур умеренной плотности. Желчный пузырь правильной формы, больших размеров, в полости густой осадок. Стенки без изменений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В	3	Составьте план дообследования пациента.
В	4	Назначьте лечение ребенку с учетом диагноза, возраста.
В	5	Принципы диспансерного наблюдения за больным, критерии снятия с диспансерного учета.
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 8 лет. Живет в сельской местности. В доме погреб, где хранятся овощи. Заболел остро: высокая лихорадка до 38-38,6°C с ознобом в течение 3 дней, снижение аппетита, резкая слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах, рвота 1-2 раза, кашицеобразный стул с небольшим количеством слизи и зелени до 3-4 раз в сутки, боли в животе в правой подвздошной области и в области пупка. При осмотре врач обнаружил симптомы раздражения брюшины и госпитализировал ребенка в хирургическое отделение, где диагноз острой хирургической патологии был снят и ребенок переведен в боксированное отделение с диагнозом: «острая кишечная инфекция». В последующие дни сохранялся подъем температуры до субфебрильных цифр, на груди, животе, в области локтевых, коленных суставов появились пятнисто-папулезные высыпания. Кроме того, врачом отделения была выявлена желтушность кожи и склер, увеличение размеров печени и селезенки, темная моча. Результаты проведенного обследования: общий анализ крови: НЬ - 133 г/л. Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.П. - 0,9, Лейк. - $13,0 \times 10^9/л$; п/я - 10%, с/я - 55%, э - 5 %, л - 20%, м - 10%; СОЭ - 20 мм/час. Посев кала на кишечную группу - отрицательный. Анализ мочи на желчные пигменты - (++).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Проведите обоснование диагноза.
В	3	Составьте план обследования пациента для уточнения диагноза, этиологии заболевания.
В	4	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.
В	5	Проведите противоэпидемические мероприятия в семейном очаге.
Н	-	020
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 2,5 лет, часто болеет ОРВИ, бронхитом, 4 месяца назад была пневмония. В 3 месяца однократно вакцинирован: АКДС + полиомиелит. Заболел остро с подъема температуры тела до 38,2°C, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня - повторный подъем температуры до 38,8°C. Перестал вставать на ножки. Госпитализирован. При поступлении: состояние тяжелое. Лихорадит, температура тела 39°C, вялый, сонливый, временами беспокойный. Отмечается резкая потливость. При перемене положения тела в кровати кричит. При осмотре: выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на руках и отсутствие рефлексов на ногах. Ригидность затылочных мышц. Болевая и тактильная чувствительность сохранены. В легких хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Живот мягкий, болезненность при пальпации кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Отмечалась непродолжительная задержка мочеиспускания. В последующие дни состояние ребенка улучшилось: исчез болевой синдром, температура

		нормализовалась, восстановилась двигательная функция рук и левой ноги. Активные движения правой ноги отсутствовали, сухожильные рефлексy не вызывались. Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эp - $3,5 \times 10^{12}/л$; Ц.П. - 0,87, Лейк. - $6,3 \times 10^9/л$; п/я - 5%, с/я - 38%, л - 48%, м - 9%, СОЭ - 15 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, глюкоза – отр., белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Проведите обоснование диагноза.
В	3	Составьте и обоснуйте обследования пациента.
В	4	Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.
В	5	Какие ведущие факторы способствовали развитию заболевания у ребенка, изложите меры профилактики данного заболевания.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий