

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ТРОПИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ

Специальность 31.08.35 Инфекционные болезни
код, наименование

Форма обучения: очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Тропические инфекции» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Тропические инфекции». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Тропические инфекции» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1.	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2.	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам

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, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Текущий	Раздел 1. Тропические бактериозы и риккетсиозы	
		Тема 1.1. Лепра	Тестовые задания
		Тема 1.2. Мелиоидоз	Тестовые задания
		Тема 1.3. Тропические риккетсиозы	Тестовые задания
		Итоговое занятие по разделу 1	Вопросы для собеседования
		Раздел 2. Тропические паразитозы	
		Тема 2.1. Лейшманиозы	Тестовые задания
		Тема 2.2. Трипаносомозы	Тестовые задания
		Тема 2.3 Шистосомозы	Тестовые задания
		Тема 2.4 Филяриидозы	Тестовые задания

		Тема 2.5 Болезни, вызываемые мигрирующими личинками гельминтов	Тестовые задания
		Итоговое занятие по разделу 2	Вопросы для собеседования
		Раздел 3. Тропические вирусные инфекции	Тестовые задания
		Тема 3.1. Натуральная оспа	Тестовые задания
		Тема 3.2. Оспа обезьян	Тестовые задания
		Тема 3.3. Тропические геморрагические лихорадки	Тестовые задания
		Тема 3.4. Полиомиелит	Тестовые задания
		Итоговое занятие по разделу 3	Вопросы для собеседования
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Ситуационные задачи

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий и вопросов для собеседования.

4.1. Тесты для оценки компетенций: УК-1,УК-2,УК-3,УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК- 5, ПК-6,ПК-7, ПК-8

001	ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНО
А	Суточные колебания температуры менее 1 градуса
Б	Суточные колебания температуры более 1 градуса
В	Суточные колебания температуры более 2 градусов
Г	Постепенное повышение температуры
002	СКУДНУЮ РОЗЕОЛЕЗНУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
А	Сыпном тифе
Б	Брюшном тифе
В	Сепсисе
Г	Скарлатине
003	ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
А	Тяжелой форме заболевания
Б	Развитии осложнений
В	Генерализации инфекционного процесса
Г	Сопутствующей патологии
004	ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
А	Лептоспира
Б	Бруцелла
В	Шигелла
Г	Сальмонелла из группы D
005	МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Фекально-оральный
Б	Аэрогенный
В	Контактный

Г	Гемоконтактный
006	ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ РЕАЛИЗУЮТ А Контактный и гемоконтактный пути Б Водный, алиментарный и контактный пути В Воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути Г Водный и капельный пути
007	НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАРАТИФА А ХАРАКТЕРИЗУЮТ А Острейшее начало, гастроинтестинальный синдром Б Постепенное начало, синдром желтухи В Острое начало болезни, катаральный синдром Г Острое начало, тонзиллярный синдром
008	ВОЗБУДИТЕЛЬ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ А Риккетсией Б Вирусом В Простейшим Г Вибрионом
009	ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ХОЛЕРЫ А Водный Б Алиментарный В Контактный Г Воздушно-пылевой
010	ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ ХОЛЕРЕ ЯВЛЯЮТСЯ А Животные Б Больной человек и вибриононоситель В Грызуны Г Больные с манифестными формами инфекции
011	ПРИ ХОЛЕРЕ РАЗВИВАЕТСЯ ____ШОК А Септический Б Инфекционно-токсический В Дегидратационный Г Геморрагический
012	ВАЖНЫМИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ХОЛЕРЫ ЯВЛЯЮТСЯ А Снижение диуреза и падение АД Б Лихорадка и тахикардия В Лихорадка и обезвоживание Г Отсутствие общетоксического синдрома и болей в животе в начале болезни
013	АМЕБИАЗ ЭТО А Протозойная тропическая инфекция Б Бактериальная тропическая инфекция В Вирусная тропическая инфекция Г Тропический гельминтоз

014	СТУЛ ПРИ АМЕБИАЗЕ МОЖЕТ ВЫГЛЯДЕТЬ КАК
А	Гороховое пюре
Б	Малиновое желе
В	Рисовый отвар
Г	Деготь
015	К ЭКСТРАИНТЕСТИНАЛЬНЫМ ФОРМАМ АМЕБИАЗА ОТНОСЯТ
А	Аппендикулярный инфильтрат
Б	Карбункул почки
В	Абсцесс печени
Г	Парапроктит
016	ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЧУМЫ К ГРУППЕ КАРАНТИННЫХ ИНФЕКЦИЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
А	Ростом числа эпизоотий
Б	Тяжестью течения и развитием осложнений
В	Широким распространением заболевания
Г	Высокой контагиозностью и неблагоприятными исходами болезни
017	ПРИРОДНЫЕ ОЧАГИ ЦИРКУЛЯЦИИ ВИРУСА ЭБОЛА РАСПОЛАГАЮТСЯ
А	в зонах с влажным тропическим климатом
Б	в степных и лесостепных регионах
В	в степных или полупустынных регионах
Г	в припойменных лесных районах
018	ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ АРГЕНТИНСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ МОЖЕТ СТАТЬ
А	отек мозга
Б	острая почечная недостаточность
В	отек легких
Г	острая печеночная недостаточность
019	РЕЗЕРВУАРОМ АРГЕНТИНСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ
А	олени
Б	дикие собаки
В	грызуны
Г	домашние животные
020	ВОЗБУДИТЕЛЬ ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКИ ПЕРЕДАЕТСЯ
А	вшами
Б	клещами
В	мухами
Г	комарами
021	ИСТОЧНИКОМ БОЛИВИЙСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ
А	хомякообразные грызуны
Б	ламы
В	лисы
Г	страусы

022	ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ В СУСТАВАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
А	омской геморрагической лихорадки
Б	лихорадки денге
В	аргентинской геморрагической лихорадки
Г	лихорадки Эбола
023	ОТ ЧЕЛОВЕКА К ЧЕЛОВЕКУ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ МОЖЕТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ
А	лихорадка денге
Б	желтая лихорадка
В	лихорадка Ласса
Г	омская геморрагическая лихорадка
024	ЛИХОРАДКА ЛАССА НАЧИНАЕТСЯ
А	с кровотечения
Б	остро с высокой лихорадки
В	остро с болей в животе
Г	постепенно с общего недомогания
025	БОЛИВИЙСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА НАЧИНАЕТСЯ
А	постепенно с недомогания и болей в горле
Б	остро с диареи и болей в животе
В	остро с развитием пневмонии
Г	с кровотечения
026	ПЕРЕНОСЧИКАМИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ ЯВЛЯЮТСЯ
А	клещи
Б	комары
В	вши
Г	блохи
027	ТЯЖЕСТЬ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ ЗАВИСИТ ОТ
А	продолжительности инкубационного периода
Б	возраста и пола больного
В	наличия у больного антител к вирусу денге до инфицирования
Г	пути инфицирования
028	ПЕРЕДАЧА ВИРУСА ЧЕРЕЗ СПЕРМУ ВОЗМОЖНА ПРИ
А	желтой лихорадке
Б	лихорадке денге
В	омской геморрагической лихорадке
Г	лихорадке Эбола
029	ПЕРЕНОСЧИКАМИ ЛИХОРАДКИ ЧИКУНГУНЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ
А	комары
Б	клещи
В	блохи
Г	муравьи
030	ПРИ ЛИХОРАДКЕ ЭБОЛА СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ
А	острой почечной недостаточности
Б	большой потери крови

В	острой печеночной недостаточности		
Г	отека мозга		
031	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИХОРАДКИ ЭБОЛА ХАРАКТЕРНА		
А	боль в горле		
Б	интенсивная боль в суставах		
В	прогрессирующая мелена		
Г	прогрессирующая дыхательная недостаточность		
032	ПРИ ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПЕРИОДОМ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ		
А	геморрагический период		
Б	лихорадочный период		
В	олтгоурический период		
Г	период венозного стаза		
033	ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТСЯ		
А	гиперемия и пастозность лица		
Б	бледность кожных покровов		
В	желтушность кожи и склер		
Г	ригидность затылочных мышц		
034	ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ЛИХОРАДОК ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ		
А	биологические пробы		
Б	серологические методы исследования и ПЦР		
В	кожно-аллергические пробы и ПЦР		
Г	вирусологические и бактериологические исследования		
035	ЗАРАЖЕНИЕ МАЛЯРИЕЙ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ		
А	употребление некипяченой воды		
Б	контакт с зараженным		
В	укус комара		
Г	вдыхание инфицированного аэрозоля		
036	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ТРЁХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ		
А	24 часа		
Б	36 часов		
В	72 часа		
Г	48 часов		
037	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ЧЕТЫРЕХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ		
А	72 часа		
Б	48 часов		
В	36 часов		
Г	24 часа		
038	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ШИЗОГОНИИ ПРИ ДВУХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ		

А	72 часа
Б	24 часа
В	48 часов
Г	36 часов

039	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Пневмония
Б	Внутреннее кровотечение
В	Малярийная кома
Г	Дыхательная недостаточность

040	ОСНОВНЫМ ВАРИАНТОМ ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	Ремитирующий
Б	Постоянный
В	Извращенный
Г	Интермиттирующий

041	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАЛЯРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
А	микроскопию мазка крови
Б	микроскопию пунктата грудины
В	микроскопию мочи
Г	микроскопию спинномозговой жидкости

042	МИКРОСКОПИЮ ТОЛСТОЙ КАПЛИ ПРИ МАЛЯРИИ ПРОВОДЯТ ДЛЯ
А	определения уровня паразитемии
Б	определения наличия плазмодиев
В	определения вида плазмодия
Г	определения уровня анемии

043	ОБСЛЕДОВАНИЕ НА МАЛЯРИЮ ПОКАЗАНО
А	больным с полиурией
Б	всем больным в коме
В	всем больным с лихорадкой более 5 дней
Г	больным, постоянно проживающим на юге

044	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДВУХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	отсутствие влияния температуры на спорогонию
Б	повсеместное распространение
В	особый вид комаров-переносчиков
Г	зоонозный характер инфекции

045	КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ДВУХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ежедневные пароксизмы
Б	легкая степень тяжести
В	тяжелая анемия
Г	крайняя степень выраженности гепатомегалии

046	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДВУХДНЕВНОЙ МАЛЯРИИ
-----	---

ЯВЛЯЕТСЯ А Отек мозга Б Респираторный дистресс синдром В Малярийная кома Г Гемоглобинурийная лихорадка
047 ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КАЧЕСТВЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ ИЛИ ХОЛЕРЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ БУДЕТ А Амоксиклав Б Цефтриаксон В Тетрациклин Г Фуразолидон
048 В КАЧЕСТВЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НАПАДЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ А Способных размножаться не только в организме человека, но и в организме диких животных Б Характеризующихся высокой изменчивостью в ряду поколений В Не растущих на наиболее распространенных питательных средах (что затрудняет их выявление) Г Устойчивых к высушиванию и замораживанию
049 НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МОЖНО ОЖИДАТЬ В СЛУЧАЕ «УТЕЧКИ» ИЗ ЛАБОРАТОРИИ А Вируса Variola Б Вакцинного штамма возбудителя полиомиелита В Дикого штамма возбудителя полиомиелита Г Холерного вибриона биовара El Tor
050 В СЛУЧАЕ ПОПАДАНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ НАТУРАЛЬНОЙ ОСПЫ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЛАБОРАТОРИИ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БУДЕТ ОБУСЛОВЛЕН А Отсутствием эффективной этиотропной терапии Б Отсутствием вакцинации против натуральной оспы в последние десятилетия В Способностью вируса размножаться в организме синантропных животных Г Развитым транспортным сообщением между различными странами и континентами

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Номер тестового задания	Номер эталона ответа
1	А
2	Б
3	В
4	Г

5	A
6	Б
7	В
8	Г
9	A
10	Б
11	В
12	Г
13	A
14	Б
15	В
16	Г
17	A
18	Б
19	В
20	Г
21	A
22	Б
23	В
24	Г
25	A
26	Б
27	В
28	Г
29	A
30	Б
31	В
32	Г

33	А
34	Б
35	В
36	Г
37	А
38	Б
39	В
40	Г
41	А
42	Б
43	В
44	Г
45	А
46	Б
47	В
48	Г
49	А
50	Б

4.2. Темы вопросов для собеседования для оценки компетенций:

1. Лепра, история, состояние проблемы, диагностика.
2. Мелиоидоз, критерии диагноза, лечение.
3. Тропические риккетсиозы, клинические и эпидемиологические особенности.
4. Лейшманиозы, диагностика и подходы к терапии.
5. Трипаносомозы, география, клинические особенности.
6. Шистосомозы, география, клинические характеристики, диагностика.
7. Филяриидозы, состав группы, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Болезни, вызываемые мигрирующими личинками гельминтов. Дирофиляриоз.
9. Натуральная оспа, история, клиническая и эпидемиологическая диагностика.
10. Оспа обезьян. Подходы к диагностике и терапии.
11. Тропические геморрагические лихорадки. Состав группы, диагностика, лечение.
12. Полиомиелит. Диагностика, лечение, профилактика.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень ситуационных задач и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи по разделам дисциплины.

5.1.1 Ситуационные задачи:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ 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 гиперемизированы, 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. На основании каких данных можно заподозрить у больного ГЛПС и исключить грипп и пиелонефрит? Назначьте обследование с учетом необходимой дифференциальной диагностики. Составьте и обоснуйте план лечебных мероприятий. Перечислите клинические и лабораторные критерии выписки. 2. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ 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.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Какое осложнение развилось у больного? Обоснуйте.

Назначьте и обоснуйте необходимую терапию

3. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача приемного отделения инфекционного стационара и этиотропная терапия.

Правила выписки из стационара, система диспансерного наблюдения.

4. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 макулопапулёзная 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.

Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Лабораторное подтверждение диагноза.

Назначьте лечение.

Длительность и содержание диспансерного наблюдения.

5. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

Наиболее вероятный диагноз?

Обоснуйте поставленный диагноз.

План лабораторного обследования, его обоснование.

Классификация заболевания.

Назначьте лечение и обоснуйте его.

6. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача инфекционного стационара.

Правила выписки из стационара.

7. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 склеру 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Назовите эпидемиологические данные, требующие уточнения – источники, факторы и пути передачи возбудителя.

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Перечислите необходимые группы лекарственных препаратов.

8. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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. Из эпиданамнеза известно, что семья мигрантов приехала из Средней Азии.

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-HEV 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 - (+++).

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Составьте план лечения больного.

Определите критерии выписки ребенка из стационара

Подлежит ли ребенок диспансерному наблюдению, если «да», то определите сроки и содержание

9. 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, 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Составьте план лечения больного.

Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.

Какие факторы способствовали развитию заболевания, назовите меры профилактики заболевания.

10. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациент, 45 лет, заболел 24 декабря: среди полного здоровья поднялась температура до $40,1^{\circ}\text{C}$, 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. Пациент гиперстеник, печень и селезенка четко не пальпируются.

Из анамнеза выяснено, что незадолго до заболевания вернулся из путешествия по Кыргызстану, побывал на озере Иссык-Куль, ночевал на берегу в палатке.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Составьте план лечения больного.

Что указывает на тяжелый прогноз болезни у пациента?

Тактика врача скорой медицинской помощи.

Перечислите диагностические и лечебные мероприятия.

6. 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.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные 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

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»