

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность 31.08.58 Оториноларингология
код, наименование

Кафедра: Инфекционных болезней

Форма обучения: очная

Владимир
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Инфекционные болезни» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Инфекционные болезни». 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 «Инфекционные болезни» 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. 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-3 ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных болезней.	Тесты, задачи
		Тема 1.1. Клинические особенности инфекционных заболеваний. Как не пропустить? Тема 1.2. Поражение верхних дыхательных путей при инфекционных заболеваниях Тема 1.3 Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с катаральным и тонзиллярным синдромами.	
УК-1, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	Текущий	Раздел 2. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях	Тесты, задачи
		Тема 2.1. Шок в клинике инфекционных болезней Тема 2.2. Виды дыхательной недостаточности в клинике инфекционных заболеваний Тема 2.3. Неотложные состояния при гриппе	

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: теста, ситуационные задачи.

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

01. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОМ ТОНЗИЛЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Воздушно-капельный
- Б. Алиментарный
- В. Контактный
- Г. Воздушно-пылевой

02. ФАГОЦИТОЗ СТРЕПТОКОККОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- А. Является завершенным
- Б. Не является завершенным
- В. Зависит от возраста больного
- Г. Зависит от состояния иммунной системы

03. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- А. Наличие метатонзиллярных осложнений
- Б. Длительность сохранения тонзиллярного синдрома
- В. Выраженность общетоксического синдрома
- Г. Наличие признаков поражения печени

04. ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

- А. Развитие паратонзиллярного абсцесса
- Б. Постепенное начало заболевания, дискомфорт при глотании
- В. Появление отека подкожной клетчатки
- Г. Острое начало, выраженные проявления общетоксического синдрома, интенсивные боли в горле при глотании

05. ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ВРАЧА ДОЛЖНО НАСТОРОЖИТЬ

- А. Отсутствие болей при глотании, несоответствие жалоб больного выраженности местных изменений в ротоглотке
- Б. Одностороннее поражение миндалин
- В. Наличие наложений на миндалинах
- Г. Вовлечение в патологический процесс регионарных лимфоузлов

06. ОТЕК ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ПРИ СИНДРОМЕ ТОНЗИЛЛИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. туляремии
- Б. дифтерии
- В. листериозе
- Г. фузоспириллезе

07. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ

РОТОГЛОТКИ

- А. Распространение налетов за пределы миндалин
- Б. Высокая лихорадка
- В. Отек подкожной клетчатки шеи
- Г. Поражение верхних дыхательных путей

08. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Стрептококк
- Б. Стафилококк
- В. Фузоспирилла
- Г. Коринобактерия

09. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДИФТЕРИИ ОТНОСИТСЯ

- А. Миокардит
- Б. Сывороточная болезнь
- В. Нейропатия
- Г. Гломерулонефрит

10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛАБОРАТОРНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Бактериоскопический
- Б. Бактериологический
- В. Серологический
- Г. Гисто-химический

11. В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ДЕЙСТВИЕ ДИФТЕРИЙНОГО ТОКСИНА ОТРАЖАЕТСЯ НА

- А. Желчевыводящих путях
- Б. Желудочнокишечном тракте
- В. Миокарде
- Г. Бронхолегочном аппарате

12. ПРИ ДИФТЕРИИ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ИЗМЕНЕНИЙ В РОТОГЛОТКЕ СООТВЕТСТВУЮТ

- А. Творожистые наложения на миндалинах и окружающих слизистых
- Б. Гнойные налеты по ходу лакун, гипертрофия миндалин
- В. Изъязвление миндалин, пленчатый налет
- Г. Отек миндалин, фибриновые налеты серого цвета, трудно снимаемые шпателем и оставляющие после удаления кровоточащую поверхность миндалин

13. НАЛИЧИЕ МОНОНУКЛЕАРОВ ВЫШЕ 10-15% В ГЕМОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ

- А. Инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр
- Б. Аденовирусной инфекции
- В. Цитомегаловирусной инфекции
- Г. Остром лейкозе

14. ВЫРАЖЕННЫЙ (СВЫШЕ 50-60%) ЛИМФОМОНОЦИТОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Аденовирусной инфекции
- Б. Инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр
- В. Цитомегаловирусной инфекции
- Г. Остром лейкозе

15. ТОНЗИЛЛИТ В СОЧЕТАНИИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ И ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ

- А. Дифтерии
- Б. Туляремии
- В. Эпштейна-Барр-инфекции
- Г. Гепатитах

16. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНЫ

- А. Лихорадка, пневмония
- Б. Лихорадка, ларингит, ринорея
- В. Субфебрилитет, конъюнктивит, лимфоаденопатия
- Г. Лихорадка, сухой ринит, трахеит, выраженная интоксикация, головная боль с локализацией в лобно-височных областях

17. РАЗВИТИЕ ТРАХЕИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. Гриппа
- Б. Аденовирусной инфекции
- В. Парагриппа
- Г. Респираторно-синтициальной инфекции

18. К ВАРИАНТАМ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

- А. Почечная недостаточность
- Б. Отек легких
- В. Истинный круп
- Г. Коллапс

19. К ВАРИАНТАМ ГИПЕРТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИППА ОТНОСИТСЯ

- А. Истинный круп
- Б. Почечная недостаточность
- В. Отек мозга
- Г. Коллапс

20. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ РАЗВИТИЯ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. Судорожный синдром, нарастание интоксикации
- Б. Усиление головной боли, нарастание лихорадки и интоксикации
- В. Отсутствие аппетита, менингеальные симптомы
- Г. Изменение характера головной боли с локализованной на диффузную, повышение АД, появление «мозговой» рвоты

21. ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВЯЗАНЫ С

- А. Присоединением или активизацией эндогенной бактериальной флоры
- Б. Нарастанием интоксикации

- В. Вовлечением в патологический процесс других органов
- Г. Подавлением иммунной системы

22. СКУДНУЮ РОЗЕОЛЕЗНУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ

- А. Сыпном тифе
- Б. Брюшном тифе
- В. Сепсисе
- Г. Скарлатине

23. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. Сыпного тифа
- Б. Дифтерии
- В. ВИЧ-инфекции
- Г. Малярии

24. ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А. Сопутствующей патологии
- Б. Развитии осложнений
- В. Тяжелой форме заболевания
- Г. Генерализации инфекционного процесса

25. СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А. Вирусных гепатитов
- Б. Сибирской язвы
- В. Холеры
- Г. Гриппа

26. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А. Бруцеллезе
- Б. Сальмонеллезе
- В. Гриппе
- Г. Малярии

27. ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ

- А. Аскаридозе
- Б. Скарлатине
- В. Менингококковом сепсисе
- Г. Малярии

28. КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А. Амебиазе
- Б. Роже
- В. Шигеллезе
- Г. Гриппе

29. ПОРАЖЕНИЕ МИНДАЛИН РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ

- А. Мононуклеозе
- Б. Чуме
- В. Гриппе

Г. Сыпном тифе

30. К ЧИСЛУ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ОТНОСЯТ

А. Дифтерию

Б. Клещевой энцефалит

В. ВИЧ-инфекцию

Г. Иерсиниоз

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Номер тестового задания	Номер ответа эталона
1	А
2	Б
3	В
4	Г
5	А
6	Б
7	В
8	Г
9	А
10	Б
11	В
12	Г
13	А
14	Б
15	В
16	Г
17	А
18	Б
19	В

20	Г
21	А
22	Б
23	В
24	Г
25	А
26	Б
27	В
28	Г
29	А
30	Б

4.2. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Ситуационные задачи

Вопрос	Ко д ко мп ете нци ии (со гла сно РП Д)
<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>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.</p> <p>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</p>	УК-1, УК-3 ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7

положителен. Признаков психомоторного возбуждения и очаговой неврологической симптоматики на момент осмотра не выявлено.

Эпидемиологический анамнез: по месту учебы случаи ОРВИ.

Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Лабораторное подтверждение диагноза.

Назначьте лечение.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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, появились затруднения при глотании, 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 заболевании 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Объясните причину дисфагии.

Составьте план лечения больного.

Назначьте лечение.

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 склере, 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какие особенности географического анамнеза должны быть уточнены?

Какие еще заболевания из данной группы инфекций Вам изветны?

На основании каких данных можно исключить грипп и пиелонефрит?

Назначьте обследование с учетом необходимой дифференциальной диагностики.

Составьте и обоснуйте план лечебных мероприятий.

Перечислите клинические и лабораторные критерии выписки.

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.

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.

Возможно ли было предупредить заражение в путешествии?

Меры профилактики при данном заболевании
Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
Какое осложнение развилось у больного? Обоснуйте.
Назначьте и обоснуйте необходимую терапию

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.

Какие профилактические меры должны были быть приняты до путешествия, в период пребывания в эндемичном районе и по возвращении домой?

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача приемного отделения инфекционного стационара и этиотропная терапия.

Правила выписки из стационара, система диспансерного наблюдения.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

В приёмное отделение инфекционной больницы поступили два друга, охотники. 3 недели назад вернулись из путешествия по Восточной Сибири, где охотились и ловили рыбу. В рационе была строганина, вяленое мясо и рыба слабой соли.

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,

в

ы Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Роль географического и пищевого анамнеза в диагностике?
Дифференциальный диагноз?
Лабораторное подтверждение диагноза?
Назначьте лечение.
Длительность и содержание диспансерного наблюдения.

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, резкие 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 непродолжительное время жил среди местного населения, изучал быт, пищевые привычки и т.д. В течение нескольких дней было расслабление стула без ухудшения самочувствия.

Наиболее вероятный диагноз?
Обоснуйте поставленный диагноз.
Роль географического и пищевого анамнеза в диагностике?
Можно ли было предупредить заражение?
План лабораторного обследования, его обоснование.
Классификация заболевания.
Назначьте лечение и обоснуйте его.

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.

Возможности профилактики данного заболевания? Назовите основные пути передачи возбудителя

Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

Тактика врача инфекционного стационара.

Правила выписки из стационара.

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 остро 5 дней назад, через 2 недели после возвращения из Краснодарского края, где проводила отпуск: температура тела внезапно 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 макулопапулезная 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 склереу 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 бедер. 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.

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.

Проведите дифференциальный диагноз с учетом географического анамнеза.

Составьте план лечения больного.

Определите критерии выписки ребенка из стационара

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

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, появилась мокрота с примесью крови, 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 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., 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.

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

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»

Разработчик(и):

Хряева О.Л. к.м.н., доцент, доцент кафедры инфекционных болезней.