

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Специальность 31.08.05 Клиническая лабораторная диагностика
код, наименование

Кафедра: Инфекционных болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
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-4, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных болезней.	
		Клинические особенности инфекционных заболеваний. Как не пропустить? Принципы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных и неинфекционных заболеваний с ведущими клиническими синдромами.	Тесты, задачи
УК-1, УК-3 ПК-1, ПК-4, ПК-6	Текущий	Раздел 2. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях	
		Клинико-лабораторные критерии диагностики шока в клинике инфекционных болезней. Дифференцированный подход. Клинико-лабораторные критерии диагностики печеночной, почечной недостаточности в клинике инфекционных болезней	Тесты, задачи

	Клинико-лабораторные критерии диагностики дыхательной недостаточности в клинике инфекционных болезней	
--	---	--

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

4.1. Тесты для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-4, ПК-6

001	ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНО
1	Суточные колебания температуры менее 1 градуса
2	Суточные колебания температуры более 1 градуса
3	Суточные колебания температуры более 2 градусов
4	Постепенное повышение температуры
002	СКУДНУЮ РОЗЕОЛЕЗНУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
1	Сыпном тифе
2	Брюшном тифе
3	Сепсисе
4	Скарлатине
003	ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЛИМФОАДЕНОПАТИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1	Сыпного тифа
2	Дифтерии
3	ВИЧ-инфекции
4	Малярии
004	ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
1	Сопутствующей патологии
2	Развитии осложнений
3	Тяжелой форме заболевания
4	Генерализации инфекционного процесса
005	СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1	Вирусных гепатитов
2	Сибирской язвы
3	Холеры
4	Гриппа
006	ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
1	Бруцеллезе
2	Сальмонеллезе
3	Гриппе
4	Малярии
007	ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ СЫПЬ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ
1	Аскаридозе

- 2 Скарлатине
 - 3 Менингококковом сепсисе
 - 4 Малярии
- 008 КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1 Амебиазе
 - 2 Роже
 - 3 Шигеллезе
 - 4 Гриппе
- 009 ПОРАЖЕНИЕ МИНДАЛИН РЕГИСТРИРУЮТ ПРИ
- 1 Мононуклеозе
 - 2 Чуме
 - 3 Гриппе
 - 4 Сыпном тифе
- 010 К ЧИСЛУ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ОТНОСЯТ
- 1 Дифтерию
 - 2 Клещевой энцефалит
 - 3 ВИЧ-инфекцию
 - 4 Иерсиниоз
- 011 ВОЗБУДИТЕЛЕМ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Шигелла
 - 2 Бруцелла
 - 3 Сальмонелла из группы D
 - 4 Лептоспира
- 012 МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Гемоконтактный
 - 2 Аэрогенный
 - 3 Контактный
 - 4 Фекально-оральный
- 013 ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ РЕАЛИЗУЮТ
- 1 Водный, алиментарный и контактный пути
 - 2 Контактный и гемоконтактный пути
 - 3 Воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути
 - 4 Водный и капельный пути
- 014 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРЮШНОГО ТИФА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1 Генерализованный инфекционный процесс
 - 2 Формирование язв в тонком кишечнике
 - 3 Бактериемия
 - 4 Энтероколит

- 015 ЛИХОРАДКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ
- 1 Гектическая
 - 2 Интермиттирующая
 - 3 Постоянная
 - 4 Неправильная
- 016 ЛИХОРАДКА ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
- 1 1 месяца
 - 2 5 дней
 - 3 1 недели
 - 4 Периода бактериемии
- 017 ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНО
- 1 Постепенное разогревание
 - 2 Катаральный синдром
 - 3 Появление сыпи
 - 4 Жидкий стул
- 018 ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ СЫПЬ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА ___ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ
- 1 5-6
 - 2 8-10
 - 3 1-2
 - 4 4-5
- 019 К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТ
- 1 Геморрагический синдром
 - 2 Отечно-асцитический синдром
 - 3 Кишечное кровотечение
 - 4 Дегидратационный синдром
- 020 К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСЯТ
- 1 Сывороточная болезнь
 - 2 Развитие токсического шока
 - 3 Дегидратация
 - 4 Перфорацию язвы
- 021 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ РАЗВИВАЮТСЯ НА ___ НЕДЕЛЕ БОЛЕЗНИ
- 1 3-ей
 - 2 1-ой
 - 3 2-ой
 - 4 4-ой
- 022 НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД БРЮШНОГО ТИФА ПРОДОЛЖАЕТСЯ ___ ДНЕЙ
- 1 1-5
 - 2 8-10

- 3 3-6
- 4 5-6

023 ОТНОСИТЕЛЬНАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1 Малярии
- 2 Сыпного тифа
- 3 Брюшного тифа
- 4 Сепсиса

024 БЛЕДНОСТЬ КОЖИ НА ФОНЕ ЛИХОРАДКИ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ

- 1 Лептоспирозе
- 2 Сыпном тифе
- 3 Геморрагических лихорадках
- 4 Брюшном тифе

025 К ПРИЗНАКАМ ТИФОЗНОГО СТАТУСА ОТНОСЯТСЯ

- 1 Заторможенность, адинамия, бред
- 2 Возбуждение, эйфория
- 3 Шаткая походка, говорливость
- 4 Высокая температура тела, потеря аппетита

026 ЯЗЫК ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1 «Малиновый»
- 2 Обложен грязно-серым или коричневым налетом, отечен, с отпечатками зубов
- 3 Географический
- 4 Лакированный

027 СТУЛ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ

- 1 Рисовый отвар
- 2 Малиновое желе
- 3 Гороховое пюре
- 4 Болотную тину

028 СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ

- 1 Звездчатая геморрагическая
- 2 Обильная розеолезная
- 3 Обильная петехиальная
- 4 Скудная, мономорфная, розеолезная с подсыпаниями

029 ПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРЮШНОГО ТИФА МОЖЕТ

- 1 Нарушение режима и диеты
- 2 Пальпация живота
- 3 Отмена антибактериальной терапии
- 4 Отсутствие дезинтоксикационной терапии

030 ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОТМЕЧАЮТ

- 1 Лейкоцитоз, нейтрофилез

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 2 | Лейкопению, относительный лимфоцитоз |
| 3 | Лимфоцитоз |
| 4 | Панцитопению |

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

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: ситуационные задания.

5.1.1. Ситуационные задания к зачёту по дисциплине «Инфекционные болезни».

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>Мужчина, 67 лет, доставлен в приемный покой терапевтического стационара бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «Пиелонефрит? Грипп?».</p> <p>Беспокоят выраженная слабость, высокая температура, боль в поясничной области с обеих сторон, тошнота.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>УК-1, УК-3 ПК-1, ПК-4, ПК-6</p>

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.

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 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,

в

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, 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 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 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 голеней 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

Мальчик 5,5 лет, Заболел остро с подъема температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота, боли в животе. На следующий день температура нормализовалась, но через 4 дня - повторный подъем температуры до $38,8^{\circ}\text{C}$. Перестал вставать на ножки. Был госпитализирован. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Лихорадил, температура тела 39°C , вялый, сонливый, временами беспокойный. Отмечалась резкая потливость. При перемене положения тела в кроватке кричал.

При осмотре выявлены выраженная гипотония мышц ноги, ослабление сухожильных рефлексов на руках и отсутствие рефлексов на ногах. Ригидность затылочных мышц. Болевая и тактильная чувствительность были сохранены. В легких хрипы не выслушивались. 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.

Из анамнеза известно, что до 5-летнего возраста проживал на территории Таджикистана; информации о вакцинации не представлено.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный диагноз.

Как повлияли данные эпидемиологического анамнеза на Ваше решение?

Назначьте лечение с учетом предполагаемой этиологии заболевания, клинических синдромов.

Какие факторы способствовали развитию заболевания, назовите меры профилактики заболевания.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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, 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.

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 незначительные 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 незначительные 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 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»

Разработчик(и):

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

Дата « ____ » _____ 2023г.