

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.25 Инфекционные болезни
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Инфекционные болезни» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения

соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья. Уметь: применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у взрослых наиболее распространенную патологию. Владеть: навыками: диагностики наиболее распространённых заболеваний у взрослых.
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений	Знать: показания для осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; интерпретации и анализа результатов основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования. Уметь: проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки

	<p>хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>Владеть: методикой проведения сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; интерпретации и анализа результатов основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проведения дифференциальной диагностики заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>Знать: группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний. Уметь: разрабатывать план лечения с наиболее распространенными заболеваниями у взрослых. Владеть навыками: разработки плана лечения взрослых с наиболее распространёнными заболеваниями с учётом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и</p>	<p>ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,</p>	<p>Знать: современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими</p>

<p>безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: применением современных алгоритмов лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>	<p>Знать: эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины. Уметь: контролировать эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины. Владеть: методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>Знать: безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма. Уметь: оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма. Владеть: методами оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>
<p>ОПК-7 Способен организовывать</p>	<p>ИОПК-7.1 Распознает состояния, требующие оказания</p>	<p>Знать: состояния, требующие оказания первой медико-</p>

<p>работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>	<p>первой медико-санитарной помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях, в том числе проводит базовую сердечно-легочную реанимацию</p>	<p>санитарной помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях. Уметь: распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения. Владеть: навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях наиболее распространенных заболеваний</p>
<p>ОПК-7 Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>	<p>ИОПК-7.2 Выполняет алгоритм оказания первой медико-санитарной помощи пораженным в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>	<p>Знать: алгоритм оказания первой медико-санитарной помощи пораженным в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения. Уметь: выполнять алгоритм оказания первой медико-санитарной помощи пораженным в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения. Владеть: методикой оказания первой медико-санитарной помощи пораженным в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>
<p>ОПК-7 Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p>	<p>ИОПК-7.3 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе</p>	<p>Знать: действие лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе. Уметь: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме на догоспитальном этапе. Владеть: правилами применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании</p>

		медицинской экстренной помощи в форме догоспитального этапа	помощи на	в
--	--	---	-----------	---

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	7	основной
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	7	основной
ОПК-7	Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	7	основной

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Инфекционные болезни» относится к обязательной части блока 1 ОПОП 31.05.03 Стоматология.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. 2 / час 72

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		7	8
Контактная работа	36	36	
В том числе:	-	-	
Лекции	6	6	
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	
Практические занятия (ПЗ)	30	30	
Самостоятельная работа (всего)	36	36	
В том числе:	-	-	
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям			
Самостоятельное изучение тем			
Реферат			
Вид промежуточной аттестации зачет			

Общая трудоемкость	час.	72	72	
	з.е.	2	2	

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Острые и хронические вирусные гепатиты	2
2	ВИЧ-инфекция	2
3	Грипп. ОРВИ	2
	Итого	6

Практические занятия

№ раздела	№ п/п	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего
Семестр 7				
1. Введение в дисциплину.				
1.1. Вопросы общей инфектологии	1	Устройство и режим инфекционного стационара, принципы госпитализации больных. Семиотика и принципы обследования инфекционных больных. Техника безопасности и деонтология при работе с инфекционными больными.	5	Устный опрос
2. Вирусные гепатиты				
2.1. Вирусные гепатиты	2	Понятие о вирусных гепатитах. Острые и хронические вирусные гепатиты.	5	Тестирование
3. Воздушно-капельные инфекции				
3.1. Грипп. ОРВИ.	3	Грипп. ОРВИ.	5	Защита реферат
3.2 Заболевания с поражением зева	4	Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с поражением зева. Дифтерия. Ангина.	5	Устный опрос
3. Вич-инфекция	5	Вич-инфекция. РК	5	Доклады
	6	Защита рефератов. Зачет.	5	Устный
		Итого	30	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудоемкость (час)	Вид контроля
1	2	3	5	6
	7	Инфекционные болезни		

1.		1. Введение в дисциплину. 1.1. Вопросы общей инфектологии	6	Устный опрос
2.		2. Вирусные гепатиты 2.1. Энтеральные вирусные гепатиты 2.2 Парэнтеральные вирусные гепатиты 2.3 Острые вирусные гепатиты 2.4 Хронические вирусные гепатиты	8	Доклады
3.		3 Воздушно капельные инфекции. 3.1. Грипп. ОРВИ.	6	Защита реферата, решение практических заданий
4.		4. Заболевания с поражением зева	8	Устный опрос
5.		ВИЧ инфекция	8	Устный опрос
		Итого	36	

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: зачет.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Тестовые задания

1. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС – ЭТО ПРОЦЕСС

- 1) возникновения и распространения среди людей различных инфекционных состояний (заболевание, носительство)
- 2) взаимодействия возбудителя-паразита и организма хозяина, проявляющийся на организменном уровне болезнью или носительством
- 3) распространения заболевания людей на ограниченной территории, в отдельном коллективе или группе эпидемиологически связанных коллективов

2. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ – ЭТО

- 1) видовая способность организма реагировать развитием инфекционного процесса на внедрение и жизнедеятельность в нем соответствующего возбудителя
- 2) объект, являющийся местом естественной жизнедеятельности, т.е. обитания и размножения возбудителя, из которого может происходить

заражение восприимчивых людей

3) кровососущие членистоногие, участвующие в передаче возбудителя

3. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ АНТРОПОНОЗАХ ЯВЛЯЮТСЯ

1) человек

2) теплокровные животные и птицы

3) почва и вода

4. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ – ЭТО

1) совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника инфекции в восприимчивый организм

2) совокупность факторов, обеспечивающих циркуляцию паразита между зараженными и восприимчивыми организмами

3) перенос возбудителя из одного организма в другой с помощью факторов передачи

5. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

1) патогенности и вирулентности возбудителя инфекции

2) восприимчивости к возбудителю инфекции

3) локализации возбудителя в организме биологического хозяина

6. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ – ЭТО

1) временное пребывание возбудителя в окружающей среде

2) совокупность эволюционно сложившихся способов перемещения возбудителя инфекционной болезни от источника инфекции в восприимчивый организм

3) совокупность факторов, обеспечивающих циркуляцию паразита между зараженными и восприимчивыми организмами

7. ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ – ЭТО

1) абиотические факторы внешней среды, в которых происходит накопление возбудителя

2) абиотические объекты окружающей среды, участвующие в передаче возбудителя от источника к восприимчивому организму

3) этапы выведения возбудителя из контаминированного объекта и его временного пребывания во внешней среде

8. ИСКУССТВЕННЫЙ (АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ) МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ РЕАЛИЗУЕТСЯ

1) контактным путем

2) парентеральным путем

3) трансмиссивным путем

9. ВОСПРИИМЧИВОСТЬ – ЭТО

1) видовая способность организма реагировать развитием инфекционного процесса на внедрение и жизнедеятельность в нем соответствующего возбудителя

2) взаимодействие возбудителя-паразита и организма хозяина, проявляющееся на организменном уровне болезнью или носительством

3) распределение населения по степени напряженности специфического иммунитета к данной инфекционной болезни, определяемой с помощью иммунологических тестов

10. ВРОЖДЕННЫЙ ИММУНИТЕТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

1) передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии

2) встречи восприимчивого организма с инфекционным агентом в течение жизни

3) процесса филогенеза, с передачей по наследству как невосприимчивость вида к микроорганизму

11. ПРИОБРЕТЕННЫЙ ЕСТЕСТВЕННЫЙ АКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) вакцинации
- 2) перенесения инфекционного заболевания
- 3) введения специфического иммуноглобулина

12. ПРИОБРЕТЕННЫЙ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПАССИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) проведения профилактических прививок
- 2) передачи иммунных элементов от организма иммунной матери ребенку при внутриутробном развитии
- 3) введения специфического иммуноглобулина

13. ПРИОБРЕТЕННЫЙ ИСКУССТВЕННЫЙ АКТИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) проведения профилактических прививок
- 2) перенесения инфекционного заболевания
- 3) введения специфического иммуноглобулина

14. ПРИОБРЕТЕННЫЙ ИСКУССТВЕННЫЙ ПАССИВНЫЙ ИММУНИТЕТ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ

- 1) введения специфической сыворотки
- 2) введения специфического анатоксина
- 3) перенесения инфекционного заболевания

15. СПОРАДИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ – ЭТО

- 1) единичные случаи заболевания
- 2) групповые случаи заболевания
- 3) случаи заболеваний с атипичным течением

16. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССМАТРИВАЮТ КАК ВСПЫШКУ, ЭПИДЕМИЮ И ПАНДЕМИЮ ПО КРИТЕРИЮ

- 1) скорости распространения
- 2) количества больных
- 3) соотношения больных и бактерионосителей

17. ТЕРМИН “ДЕЗИНФЕКЦИЯ” ОЗНАЧАЕТ

1) удаление и уничтожение возбудителей инфекционных болезней в (на) любых абиотических объектах окружающей среды, участвующих в процессе их передачи от источника инфекции к восприимчивым людям

2) только удаление и уничтожение возбудителей инфекционных болезней с поверхности кожи рук человека

3) только удаление и уничтожение возбудителей инфекционных болезней с поверхности различных объектов в помещении, где находился больной

18. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

1) систематически в медицинских учреждениях при отсутствии обнаруженных источников инфекции

2) после удаления источника инфекции из эпидемического очага

3) при наличии источника инфекции в лечебно-профилактическом учреждении

19. К МЕХАНИЧЕСКОМУ ВИДУ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) кипячение и автоклавирование изделий медицинского назначения
 - 2) влажная уборка, проветривание и вентиляция помещения
 - 3) орошение стен и мебели в помещении дезинфектантом
20. К ФИЗИЧЕСКОМУ ВИДУ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) погружение инструментов в раствор дезинфектанта
 - 2) влажная уборка, обработка пылесосом и стирка белья
 - 3) облучение помещения ультрафиолетовыми лучами
21. К ХИМИЧЕСКОМУ ВИДУ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ
- 1) погружение инструментов в раствор дезинфектанта
 - 2) фильтрация воды
 - 3) автоклавирование изделий медицинского назначения
22. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ОТНОСЯТСЯ
- 1) аламинол и септодор
 - 2) сайдекс и глутарал
 - 3) аквасепт и жавель
23. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ ГУАНИДИНОВ ОТНОСЯТСЯ
- 1) пероксимед и первомур
 - 2) сайдекс и глутарал
 - 3) полисепт и хлоргексидина биглюконат
24. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ ГАЛОИДСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ
- 1) аквасепт и жавель
 - 2) пероксимед и первомур
 - 3) полисепт и хлоргексидина биглюконат
25. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ КИСЛОРОДСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ
- 1) сайдекс и глутарал
 - 2) пероксимед и пергидроль
 - 3) аламинол и септодор
26. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ АЛЬДЕГИДОВ ОТНОСЯТСЯ
- 1) сайдекс и глутарал
 - 2) пероксимед и первомур
 - 3) лизол и амоцид
27. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ ИЗ ГРУППЫ ФЕНОЛОВ ОТНОСЯТСЯ
- 1) аквасепт и жавель
 - 2) пероксимед и первомур
 - 3) лизол и амоцид
28. К ДЕЗИНФЕКТАНТАМ, КОТОРЫЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОМЕЩЕНИЙ В ОПЕРАЦИОННОЙ, ОТНОСЯТ
- 1) концентрированные растворы хлорной извести
 - 2) 6% раствор перекиси водорода и 5% раствор хлорамина Б
 - 3) аквасепт и жавель
29. ИЗ КОЖНЫХ АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ

РУК ХИРУРГА МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) триклозан и изосепт
- 2) йодонат и иномакс
- 3) первомур и хлоргексидина биглюконат

30. ТЕРМИН “СТЕРИЛИЗАЦИЯ” ОЗНАЧАЕТ КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- 1) удаление и уничтожение возбудителей инфекционных болезней в различных объектах окружающей среды
- 2) полное уничтожение всех вегетативных и споровых патогенных и непатогенных микроорганизмов в определенных объектах окружающей среды
- 3) уничтожение членистоногих

31. ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОБРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) удаления остатков лекарственных средств
- 2) удаления остатков лекарственных средств, белковых и жировых частиц
- 3) уничтожения всех форм микроорганизмов

32. ФЕНОЛФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) контроля качества дезинфекции предметов
- 2) выявления остатков моющих средств
- 3) контроля качества стерилизации

33. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) выявления остатков лекарственных веществ
- 2) выявления остатков крови на изделиях медицинского назначения
- 3) контроля качества стерилизации

34. К ХИМИЧЕСКИМ СПОСОБАМ СТЕРИЛИЗАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) газовый
- 2) паровой
- 3) воздушный

35. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ХИМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) подогретые растворы 6% перекиси водорода или первомура
- 2) подогретые 40% раствор формальдегида в этиловом спирте или раствор этилена оксида
- 3) аквасепт или 5% раствор хлорамина

36. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ГАЗОВЫМ МЕТОДОМ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ИЗ СТЕКЛА, МЕТАЛЛОВ И ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) лизанин или велтосепт
- 2) подогретые 40% раствор формальдегида в этиловом спирте или раствор этилена оксида
- 3) аквасепт или 5% раствор хлорамина

37. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ПАРОВЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ ПРИ ДАВЛЕНИИ ПАРА 0,2 Мпа ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЮТ ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ

- 1) +100°C, экспозиция 30 минут

2) +120°C, экспозиция 45 минут

3) +132°C, экспозиция 20 минут

38. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В ВОЗДУШНЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ ПРИМЕНЯЮТ ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ

1) +100°C, экспозиция 30 минут

2) +120°C, экспозиция 45 минут

3) +180°C, экспозиция 60 минут

39. В ВОЗДУШНЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОРЯЧЕГО ВОЗДУХА МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ

1) белье и перевязочный материал

2) изделия из стекла и металлические инструменты

3) бумагу и шовный материал

40. В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ МОГУТ БЫТЬ ОБРАБОТАНЫ

1) боры зубные

2) резиновые перчатки

3) скальпели

41. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА – ЭТО МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА СОЗДАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОСЛОЙКИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

1) иммуноглобулинов и сывороток

2) анатоксинов

3) живых, инактивированных, химических и рекомбинантных вакцин, анатоксинов, иммуноглобулинов и сывороток

42. К ЖИВЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ

1) БЦЖ, вакцины против краснухи и эпидемического паротита

2) вакцины против вирусного гепатита В

3) АКДС, АДС и АД-М

43. К ИНАКТИВИРОВАННЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ

1) вакцины против кори, краснухи и эпидемического паротита

2) вакцину против сибирской язвы

3) вакцины против герпетической инфекции

44. К ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ

1) вакцины против вирусного гепатита В

2) вакцину против краснухи

3) вакцины против гриппа

45. ТЕРМИН “АНАТОКСИН” ОЗНАЧАЕТ

1) инактивированные бактерии

2) обезвреженные бактериальные экзотоксины

3) сыворотку, содержащую антитоксические антитела

46. К ПОСТОЯННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ВВЕДЕНИЮ ВАКЦИН ОТНОСЯТ

1) температурную реакцию выше 40°C и развитие анафилактики на первичное или повторное введение вакцины

2) проведение иммуносупрессивной терапии

3) обострение хронического заболевания

47. К ВРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ОТНОСЯТ

- 1) первичное иммунодефицитное состояние
- 2) злокачественные новообразования
- 3) острые лихорадочные заболевания

48. ПОСТВАКЦИНАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ – ЭТО

1) осложнение после прививки, обусловленное введением некачественного вакцинного препарата

- 2) осложнение после прививки, связанное с нарушением техники иммунизации
- 3) нормальная физиологическая реакция после иммунизации

49. К ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

1) температурная реакция 37,5°C, сохраняющаяся в течение 1 суток после иммунизации

- 2) формирование инфильтрата размером 2 см на месте введения вакцины
- 3) коллаптоидное состояние

50. ДЛЯ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) вакцины
- 2) иммуноглобулины
- 3) анатоксины

51. ТЕРМИН “ХОЛОДОВАЯ ЦЕПЬ” ОЗНАЧАЕТ СИСТЕМУ КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА

- 1) при хранении вакцин
- 2) при хранении и транспортировке иммуноглобулинов и сывороток
- 3) при хранении и транспортировке иммунобиологических препаратов на всех этапах их следования от предприятия-изготовителя до вакцинируемых

52. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОСОБО ОПАСНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕНО В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В СРОКИ

- 1) 1 час
- 2) не более 2 часов
- 3) 6 часов

53. ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕ ОТНОСЯЩЕГОСЯ К ОСОБО ОПАСНЫМ, ДОЛЖНО БЫТЬ НАПРАВЛЕНО В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В СРОКИ

- 1) не более 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 48 часов

54. К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ, ОТНОСИТСЯ

- 1) кипячение воды
- 2) госпитализация/лечение больных
- 3) стерилизация медицинского инструментария

55. К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ПЕРЕРЫВАНИЕ МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ, ОТНОСИТСЯ

- 1) стерилизация медицинского инструментария
- 2) госпитализация/лечение больных
- 3) вакцинация

56. К ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ВОСПРИИМЧИВЫЙ ОРГАНИЗМ, ОТНОСИТСЯ

- 1) проведение экстренной профилактики антибиотиками
- 2) дезинфекция стоматологического кабинета
- 3) госпитализация/лечение больных

57. К ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ

1) только у пациентов в сроки, не превышающие минимального инкубационного периода с момента поступления в стационар или/и

посещения поликлиники

2) у пациентов и медработников в сроки, превышающие максимальный инкубационный период с момента выписки из лечебно-профилактического учреждения или прекращения работы в данном

учреждении соответственно

3) у пациентов в сроки, соответствующие временному интервалу между минимальным инкубационным периодом с момента поступления в лечебно-профилактическое учреждение и максимальным инкубационным периодом с момента выписки из него, или у медработников, если установлена связь заражения с профессиональной деятельностью

58. В СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННЫХ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДОМИНИРУЮТ

- 1) облигатные паразиты человека, а также факультативные паразиты, способные формировать госпитальные штаммы
- 2) случайные и облигатные паразиты человека, а также эктопаразиты
- 3) различные условно-патогенные микроорганизмы, способные формировать госпитальные штаммы, а также некоторые облигатные и случайные паразиты человека

59. РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОГУТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ

- 1) применение сложной медицинской аппаратуры и эндоскопических манипуляций
- 2) создание крупных больничных комплексов, а также увеличение длительности пребывания больного в стационаре
- 3) сокращение количества инвазивных лечебных и диагностических манипуляций, рациональное использование антибиотиков и применение одноразового инструментария

60. К АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТ ПОПАДАНИЕ КРОВИ ИЛИ ДРУГОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТА НА

- 1) халат стоматолога
- 2) слизистые оболочки глаз, носа и полости рта стоматолога

3) защитные очки стоматолога

61. СТЕРИЛЬНЫЙ МАНИПУЛЯЦИОННЫЙ СТОЛ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НАКРЫВАЕТСЯ В НАЧАЛЕ РАБОЧЕЙ СМЕНЫ НА

1) 3 часа

2) 6 часов

3) 12 часов

62. С ЦЕЛЬЮ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

1) 3% раствор карболовой кислоты

2) сайдекс

3) 0,5% раствор хлоргексидина в сочетании с 70% этанолом

63. В СЛУЧАЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ РУК МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА КРОВЬЮ ИЛИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ БОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО

1) вымыть руки проточной водой с мылом

2) обработать руки тампоном, смоченным кожным антисептиком, и вымыть теплой проточной водой с мылом

3) удалить остатки биоматериала ватным тампоном, двукратно обработать руки в течение 3 минут тампоном, смоченным 70% этиловым спиртом, а затем вымыть проточной водой с мылом

64. В СЛУЧАЕ ПОПАДАНИЯ КРОВИ ПАЦИЕНТА НА КОНЪЮНКТИВУ ГЛАЗ СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОЦЕДУРЫ СЛЕДУЕТ ПРОМЫТЬ ГЛАЗА

1) проточной водой

2) 10% раствором сульфацила-натрия

3) 1% раствором борной кислоты

65. ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ОДНОРАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ НЕОБХОДИМО

1) прокипятить и отправить в мусорный контейнер

2) обработать в автоклаве при температуре 132°C в течение 60 минут, затем выбросить с бытовым мусором

3) залить на 1 час раствором дезинфектанта, затем выбросить с бытовым мусором

66. ЦЕЛЬЮ МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ ЯВЛЯЕТСЯ

1) совершенствование эпидемиологического надзора за карантинными инфекционными заболеваниями

2) гарантирование защиты населения от распространения особо опасных инфекционных заболеваний в международном масштабе

3) регулирование международных перевозок и сообщений

67. К КАРАНТИННЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

1) чума, холера, желтая лихорадка

2) чума, холера, сибирская язва

3) чума, холера, бруцеллез

68. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА ПРИ ЧУМЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 3 суток

2) 5 суток

3) 6 суток

69. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАРАНТИНА ПРИ ХОЛЕРЕ СОСТАВЛЯЕТ

1) 3 суток

2) 5 суток

3) 10 суток

70. В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМИ МЕЖДУНАРОДНЫМИ МЕДИКО-САНИТАРНЫМИ ПРАВИЛАМИ СРОК МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ, БЫВШИМИ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ ЖЕЛТОЙ ЛИХОРАДКОЙ, СОСТАВЛЯЕТ

1) 6 дней

2) 14 дней

3) 21 день

71. ПРАВИЛЬНОМУ ПОРЯДКУ НАДЕВАНИЯ ПРОТИВОЧУМНОГО КОСТЮМА ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КАРАНТИННЫЕ ИНФЕКЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ

1) носки (чулки) → комбинезон (пижама) → сапоги (галоши) → капюшон (большая косынка) → очки → противочумный халат → перчатки

(2 пары) → ватно-марлевая повязка (респиратор)

2) комбинезон (пижама) → носки (чулки) → сапоги (галоши) → капюшон (большая косынка) → противочумный халат → ватно-марлевая повязка (респиратор) → очки → перчатки (2 пары)

3) носки (чулки) → сапоги (галоши) → комбинезон (пижама) → очки → ватно-марлевая повязка (респиратор) → капюшон (большая косынка) → перчатки (2 пары) → противочумный халат

72. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

1) планирование противоэпидемических мероприятий

2) сбор информации и ее первичную обработку

3) обоснование актуальности проблемы, формулирование рабочей гипотезы и программы исследования

73. ЦЕЛЬЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ

1) описание клинического профиля какого-либо заболевания

2) оценка потенциальной эффективности профилактических средств

3) планирование противоэпидемических мероприятий

74. РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ ВЫБОРКИ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТА

1) увеличением ее численности

2) случайным выбором из популяции

3) более тщательным обследованием каждого субъекта, включенного в выборку

75. НАБЛЮДАТЕЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТЕМ, ЧТО ОНИ

- 1) не предусматривают вмешательства в естественное течение событий
- 2) могут иметь различную численность исследуемой и контрольной групп
- 3) бывают только проспективными

76. К ОПИСАТЕЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) метод статистического наблюдения
- 2) метод математического моделирования
- 3) естественный эпидемиологический эксперимент

77. К АНАЛИТИЧЕСКИМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) естественный эксперимент
- 2) когортное исследование
- 3) метод обследования эпидемического очага

78. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ТИПА “СЛУЧАЙ–КОНТРОЛЬ” СВОЙСТВЕННО

- 1) большие затраты и значительная продолжительность проведения
- 2) отсутствие возможности одновременного изучения влияния нескольких факторов риска на возникновение заболевания
- 3) возможность получения ориентировочных выводов по небольшой выборке при относительной непродолжительности проведения

79. ПРИОРИТЕТНОЙ ОБЛАСТЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТИПА “СЛУЧАЙ–КОНТРОЛЬ” ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) редко встречающиеся заболевания
- 2) редко встречающиеся причины заболеваний
- 3) различные следствия одной причины

25

80. СЛУЧАЙНЫЕ ОШИБКИ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МОГУТ БЫТЬ УМЕНЬШЕНЫ ЗА СЧЕТ

- 1) увеличения объема выборки
- 2) правильного отбора групп наблюдения и сравнения
- 3) исключения предвзятости при оценке результатов

Ключи ответов

Номер задания	Номер ответа	Номер задания	Номер ответа
1	1	41	3
2	2	42	1
3	1	43	3
4	1	44	1
5	3	45	2
6	3	46	1
7	2	47	3
8	2	48	3
9	1	49	3

10	3	50	2
И	2	51	3
12	2	52	2
13	1	53	1
14	1	54	2
15	1	55	1
16	2	56	1
17	1	57	3
18	1	58	3
19	2	59	3
20	3	60	2
21	1	61	2
22	1	62	3
23	3	63	3
24	1	64	1
25	2	65	2
26	1	66	2
27	3	67	1
28	2	68	3
29	3	69	2
30	2	70	1
31	2	71	2
32	2	72	3
33	2	73	2
34	1	74	2
35	1	75	1
36	2	76	1
37	3	77	2
38	3	78	3
39	2	79	1
40	1	80	1

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Ситуационные задачи

Задача №1

К больному С., 42 лет, был вызван фельдшер скорой помощи с жалобами на .

слабость, головную боль, повышение температуры до 39С, озноб. Болен 5-й день, все дни отмечал слабость, периодические подъемы температуры до 40С. Повышению температуры предшествовал сильный озноб. Падение температуры происходит резко и сопровождается сильной потливостью. Лихорадочные приступы повторяются через 1 день.

При осмотре: состояние средней тяжести, бледен, склеры субиктеричны, сыпи нет. В легких дыхание везикулярное. Пульс 94 уд/мин, тоны сердца приглушены, АД 115/75 мм рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный в правом и левом подреберьях. Печень увеличена на 2 см, пальпируется селезенка. Менингеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Эпидемиологический анамнез: последние 2 года жил с семьей в Пакистане, возвратился 18 дней тому назад. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Перечислите возможные осложнения и назовите методы их профилактики.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику приготовления мазка и толстой капли крови.

Эталоны ответов

1. Предполагаемый диагноз – малярия трехдневная. Поставлен на основании клинических данных: интоксикация, перемежающаяся лихорадка, протекающая с ознобом, жаром, потливостью, периодичность лихорадочных приступов – через 1 сутки, и два дня апирексии, гепатоспленомегалия. На основании эпидемиологического анамнеза – пребывание в районе, эндемичном по малярии.

2. Общий анализ крови – эритроцитопения, ретикулоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Общий анализ мочи – низкая плотность мочи, выраженная протеинурия. Биохимическое исследование крови – повышение содержания мочевины и креатинина, повышение свободной фракции билирубина, вследствие внутрисосудистого гемолиза. Паразитологическое исследование – нахождение в мазке крови и толстой капле крови плазмодия – *vivax*.

3. Осложнения – малярийная кома – проявляется сильной головной болью, многократной рвотой, беспокойством больного, сменяющимся психической и физической вялостью, потерей сознания, затем возбуждением, появлением патологических рефлексов. В период глубокой комы – полная арефлексия, утрата сознания.

Гемоглобинурийная лихорадка обычно развивается при тропической малярии на фоне лечения хинином и связана с острым внутрисосудистым гемолизом. Развивается внезапно потрясающий озноб, быстрый подъем температуры, боль в пояснично-крестцовой области, рвота, желтуха. Диурез уменьшается. Моча приобретает темно-коричневый или черный цвет. Острая почечная недостаточность – развивается в результате нарушения микроциркуляции в почках.

4. При выявлении больного малярией необходимо приготовить мазок и толстую каплю крови и исследовать их под микроскопом на малярийный плазмодий. Далее при выраженной интоксикации – срочная госпитализация больного. При острых проявлениях болезни назначают гематошизотропные средства – препарат выбора делагил. Для радикального излечения необходимо последующие применения гистошизотропных препаратов – примахин.

Манипуляция

Взятие крови проводится с соблюдением правил асептики.

Толстая капля крови: кожу пальца протирают спиртом и делают прокол иглой-копьем. Первую выступившую каплю крови вытирают сухой ваткой, затем палец поворачивают проколом вниз и ко второй капле прикасаются предметным стеклом. Диаметр капли крови должен быть около 5 мм. Нанесенную каплю размазывают иглой или углом другого предметного стекла до диаметра 10-15 мм, при этом толщина капли должна быть такой, чтобы сквозь нее можно было читать газетный шрифт. Обычно на предметное стекло наносят 2-3 капли на расстоянии друг от друга. Не рекомендуется, чтобы капли были слишком толстыми, т.к. после высыхания они трескаются и отслаиваются от стекла. Приготовленные капли высушивают 2-3 часа при комнатной температуре, а затем окрашивают 30-40 мин краской Романовского-Гимза. Окрашенную каплю осторожно ополаскивают водой, просушивают в вертикальном положении и исследуют под микроскопом

Мазок крови: поворачивают палец проколом вверх, к капле прикладывают предметное стекло, которое не должно касаться пальца. После этого стекло поворачивают каплей вверх, берут его в левую руку, а правой рукой приставляют под острым углом к капле другой предметное стекло и после растекания крови на месте соприкосновения стекол быстрым одномоментным движением размазывают кровь по поверхности предметного стекла. Затем высушивают, фиксируют над горелкой, окрашивают по Романовскому, промывают водой.

Задача №2

К больному С., 25 лет, была вызвана скорая помощь на 2-й день болезни. Заболел остро, температура тела поднялась до 40С, сильная головная боль, слабость, тошнота, однократная рвота. На следующий день состояние ухудшилось, на коже заметил обильную сыпь.

При осмотре: в сознании, но адинамичен, вял, бледный. На коже, в основном нижних конечностей, обильная звездчатая геморрагическая сыпь, единичные элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются, имеются некрозы. Одышка – ЧДД 36 в мин. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, 104 уд./мин. АД 60/0 мм рт.ст. Язык сухой, обложен, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются, не мочится. Менингеальных симптомов нет. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику посева слизи из носоглотки на менингококк.

Эталоны ответов

1. Менингококковая инфекция. Менингококкцемия. Инфекционно-токсический шок 2-й степени. Основания для диагноза – острое начало, сочетание выраженной интоксикации с характерной геморрагической сыпью с некрозами на бледном фоне кожи. Тахикардия, падение АД, одышка, анурия. Выраженные изменения функции сердечно - сосудистой системы, анурия свидетельствуют о развитии у больного ИТШ – 2-й степени.

2. Основной тактической задачей фельдшера скорой помощи при диагностике ИТШ является организация быстрой транспортировки больного в реанимационное

отделение инфекционной больницы (минуя приемный покой), сочетающаяся с поддержанием жизненно важных функций организма, в первую очередь – гемодинамики. С этой целью на догоспитальном этапе необходимо больному парентерально ввести преднизолон, лучше в/в – 30-60-90 мг. в 20 мл. глюкозы, подключить кислород, начать этиотропную терапию (введение левомецетина – сукцината, в случае отсутствия – пенициллина).

3. Отделяемое слизистой оболочки носоглотки собирают ватным тампоном, укрепленным на проволоке (лучше алюминиевой):

- перед сбором материала тампон изгибают о край пробирки под углом 135° на расстоянии 3-4 см от того конца, на котором накручена вата;

- затем стерильным шпателем, находящимся в левой руке, прижимают корень языка, а правой рукой вводят тампон концом вверх под мягкое небо в носоглотку и легкими движениями собирают отделяемое – слизь;

- извлекать тампон надо очень осторожно, чтобы не задеть язык, щек, не коснуться зубов;

- посев материала производят сразу на чашку Петри с сывороточным агаром, втирают в среду, поворачивая тампон.

Задача №3

Больная С., 30 лет, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4С, схваткообразные боли в низу живота. Стул за ночь около 15 раз, в испражнениях заметила слизь и кровь.

Заболела 1 день тому назад: появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру состояние ухудшилось.

При осмотре: температура тела: 38,9С, больная вялая. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД 115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови. Из эпиданамнеза: работает продавцом в продуктовом магазине. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите необходимость госпитализации больного.
3. Перечислите методы лабораторной и инструментальной диагностики.
4. Осуществите профилактические мероприятия в очаге.
5. Продемонстрируйте технику забора кала для бактериологического исследования.

Эталоны ответов

1. Диагноз: —Острая дизентерия, средней тяжести. Основывается на наличии синдрома интоксикации (повышение температуры тела, слабость, головная боль) и колитического синдрома (схваткообразные боли в низу живота, больше слева, частый жидкий стул со слизью, прожилками крови, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка).

2. Госпитализация больного острой дизентерией проводится по клиническим показаниям (наличие интоксикации, выраженный колитический синдром – в кале примесь крови); по эпидемиологическим показаниям: больная относится к декретированной группе.

3. Основной метод ранней лаб. диагностики – бактериологическое

исследование кала; в разгаре болезни – серологический метод диагностики. Инструментальный метод исследования – ректороманоскопия.

4. Необходимо:

- а) определить наличие показаний для госпитализации;
- б) заполнить и отправить экстренное извещение, сделать выписку из амбулаторной карты, зарегистрировать больного в журнале по учету инфекционной заболеваемости;
- в) осмотреть людей, совместно проживающих с больным, с целью выявления среди них болеющих дизентерией;
- г) выявить среди проживающих лица декретированной группы и детей, посещающих ДДУ, провести бак. обследование;
- д) проводить мед. наблюдение за проживающими в течение 7 дней после госпитализации больного;
- е) организовать проведение заключительной дезинфекции.

5. Посев испражнений проводят в возможно более ранние сроки от начала заболевания, до начала этиотропного лечения:

- приготовьте пробирку, содержащую консервант, со стерильной проволочной петлей;
- объясните пациенту ход манипуляции;
- наденьте перчатки;
- помогите пациенту удобно лечь на бок спиной к вам с приведенными коленями к животу;
- разведите ягодицы пациента левой рукой и осторожно введите петлю в анальное отверстие, продвигая ее в прямую кишку вначале по направлению к пупку (3 - 4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину еще 5-6 см;
- легкими вращательными движениями постарайтесь взять материал со стенки кишки;
- извлеките петлю из прямой кишки и осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки, опустите петлю в пробирку;
- отправьте полученный материал в лабораторию с сопроводительным документом.

Задача №4

Больной С., 30 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на урчание в животе, жидкий водянистый стул и обильную рвоту водянистым содержимым, слабость, головокружение. Заболел ночью.

Объективно: состояние тяжелое, общая синюшность кожи, сухость слизистых оболочек, глазные яблоки запавшие, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен, —рука прачки, кожная складка расправляется медленно. Конечности холодные, температура тела 35,8С, пульс нитевидный, 130 уд/мин, АД 60/30 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный.

Менингеальных знаков нет, больной в сознании. Осмотр стула: жидкий, водянистый, в виде —рисового отвара, не мочится. Из эпиданамнеза: больной вернулся из Астрахани. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения.
3. Составьте план обследования больного.
4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику забора кала для бактериологического исследования при холере.

Эталоны ответов

1. Диагноз: —Холера. Основывается на следующих данных: внезапное появление жидкого стула и рвоты, характер испражнений и рвотных масс, отсутствие патологических примесей в кале, боли в животе, снижение температуры тела, а также на данных эпиданамнеза.

2. Часть осложнений обусловлена нарушениями кровообращения регионарного характера: инфаркт миокарда, тромбоз мезентериальных сосудов, острое нарушение мозгового кровообращения. Острая почечная недостаточность. Длительный эксикоз способствует развитию абсцессов, флегмон. Часть осложнений (флебиты, тромбофлебиты) обусловлены длительной в/в регидратацией.

3. Для подтверждения диагноза, оценки степени дегидратации и назначения адекватной регидратационной терапии, а также этиологии болезни необходимо провести следующее:

- а) собрать клинико-эпидемиологический анамнез;
- б) взвесить больного и установить степень обезвоживания;
- в) проводить измерение испражнений, рвотных масс, почасовой диурез;
- г) провести забор испражнений, рвотных масс для бак. исследования.

4. При выявлении больного холерой необходимо:

- а) немедленно госпитализировать его в инфекционную больницу;
- б) заполнить и отправить экстренное извещение ;
- в) начать регидратацию на догоспитальном этапе и продолжить ее в условиях стационара;

г) выявить контактные лица и установить медицинское наблюдение за ними дома в течение 5 дней с однократным бак-

териологическим обследованием, изолировать их в случае возникновения заболевания; д) дезинфекция.

5. Необходимо провести бактериологическое исследование кала и рвотных масс. Испражнения и рвотные массы для бактериологического исследования необходимо брать немедленно. Испражнения и рвотные массы (10-20 мл) собирают в стерильную посуду ложками, стеклянными трубками с грушей из индивидуального судна. Можно использовать резиновый катетор № 26 или 28, один конец которого вводят в прямую кишку, а другой опускают в банку. Материал можно отправлять нативным или в 1% пептонной воде. На каждую пробу оформляется направление по форме № 30.

Задача №5

На ФАП обратился больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, жидкий стул 1 раз, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1С, в легких без патологии, пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот

мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

Эпиданамнез: за 7-8 часов до заболевания ел маринованные консервированные грибы домашнего приготовления. Головокружение и сухость во рту отмечала и жена, которая съела 1 грибок. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

4. Определите дальнейшую тактику фельдшера.

5. Продемонстрируйте технику постановки сифонной клизмы. *Эталоны ответов*

1. Диагноз: —Ботулизм. Короткий диспептический синдром, сухость во рту, быстрое появление признаков офтальмоплегического синдрома, дисфония, поперхивание при глотании, указание на употребление консервированных грибов домашнего приготовления, появление симптомов у жены, употребившей эти же грибы.

2. Причиной смерти при ботулизме является остановка дыхания. Наиболее частые осложнения: пневмония, миозиты, миопия.

3. Проводятся исследования на обнаружение экзотоксина ботулизма в рвотных массах, промывных водах желудка, испражнениях, крови, моче.

4. При подозрении на ботулизм необходимо:

- а) промыть больному желудок до чистых промывных вод, поставить высокую очистительную клизму;

- б) провести забор проб на бактериологическое исследование.

- в) срочная госпитализация в инфекционный специализированный стационар, где будет введена противоботулиническая сыворотка;

- г) подать экстренное извещение.

5. Техника постановки сифонной клизмы:

- объясните пациенту ход процедуры;

- подготовьте систему для сифонной клизмы, два стерильных толстых желудочных зонда, соединительную стеклянную трубку, воронку, емкость, вазелин, шпатель, емкость с водой (10 литров), емкость для промывных вод, перчатки, клеенку;

- наденьте перчатки, уложите пациента на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами;

- слепой конец зонда смажьте вазелином на протяжении 30 - 40 см;

- раздвиньте ягодицы пациента и введите слепой конец зонда в кишечник на глубину 30-40 см;

- подсоедините воронку и далее промывайте кишечник аналогично промыванию желудка, используйте закон сообщающихся сосудов, следите, чтобы вода уходила из воронки лишь до ее устья, чтобы в кишечник с водой не засасывался воздух, наливая воду, воронку удерживайте в несколько наклоненном положении;

- вылейте последнюю порцию промывных вод;

- медленно извлеките зонд;

- погрузите зонд и воронку в дез. раствором;

- снимите перчатки.

Задача №6

Фельдшер был вызван к больному, 37 лет. Больной жаловался на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Заболел накануне вечером, когда появились озноб, слабость, боли в животе, тошнота. Ночью была рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул, водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5С, знобило, пытался промыть желудок.

Накануне был в гостях вместе с женой. Ели салат, жена также жаловалась на недомогание, расстройство стула.

Объективно: состояние средней тяжести, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 100/70, язык суховат. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета, —болотная тина^{||}, мочится. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику фельдшера при лечении больного на дому.
4. Проведите дифференциальную диагностику с холерой.
5. Продемонстрируйте технику промывания желудка.

Эталоны ответов

1. Диагноз: —Сальмонеллез^{||}. Должен возникнуть на основании признаков: интоксикация в сочетании с явлениями гастроэнтерита, а также эпид. анамнеза — одновременное заболевание 2-х членов семьи после употребления в пищу салата.

2. Провести объективное обследование, общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево. Провести бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка, кала, мочи. Посев проводят в ранние сроки.

3. Лечение больного возможно на дому при соблюдении всех принципов терапии. Удаление токсичного продукта из желудка – промывание желудка до чистой воды 2% раствором натрия бикарбоната или обычной кипяченой водой. После промывания желудка начать оральную регидратацию в объеме, соответствующем степени обезвоживания. Раствор подогревают до 38-39С. Обязательное условие – наблюдение за больным в динамике.

4. При холере начало болезни с диареи, рвота присоединяется позже, нет выраженной интоксикации, нехарактерны боли в животе, испражнения водянистые, без запаха, —рисовый отвар^{||}. Рвота без тошноты, фонтаном, температура тела нормальная, при развитии обезвоживания снижается.

5. Промывание желудка:

- через зонд больному вводится 200,0 мл чистой кипяченой воды +20С. Собирают промывные воды в стерильную емкость с притертой крышкой для бактериологического исследования;

- через тот же зонд продолжить промывание желудка 810 л чистой воды или 2% раствором бикарбоната натрия;

- приготовить 810 л кипяченой воды, охлажденной до +20С;

- надеть непромокаемый фартук на себя и на пациента;

- вымыть и осушить руки, надеть перчатки;
- усадить больного с упором на спинку стула;
- определить расстояние, на которое должен быть введен зонд;
- встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, положить на корень языка смазанный глицерином слепой конец зонда;
- предложить пациенту делать глотательные движения, продвигая при этом зонд до отметки;
- присоединить к зонду воронку и опустить ее до уровня желудка;
- налить в воронку 200 мл кипяченой воды;
- медленно поднять воронку на 1 м, когда вода достигнет устья воронки, опустить ее до уровня колен; повторить движение 2 раза и вылить жидкость в приготовленную стерильную емкость; закрыть ее пробкой;
- продолжить процедуру до полного использования приготовленной промывной жидкости, выливая промывные воды в таз;
- после окончания процедуры отделить воронку, извлечь зонд, погрузить их в дезинфектант; - снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Задача №7

Больной С., 19 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на непостоянные боли в животе, тошноту, кашицеобразный стул без слизи, пняхой аппетит, слабость, потемнение мочи, желтушность склер. Заболел 6 дней назад, появилась тошнота, слабость, исчез аппетит, температура тела повысилась до 37,5С, была однократная рвота, ноющие боли в правом подреберье.

Объективно: при осмотре температура 36,6С, склеры глаз чуть желтушны, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень выступает на 1,5-2 см из-под реберной дуги, моча темная. Из эпиданамнеза: был в контакте с больным братом вирусным гепатитом А две недели назад. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные исследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Определите тактику фельдшера при выявлении больного.
4. Дайте рекомендации по лечению.
5. Продемонстрируйте технику забора крови на биохимическое исследование.

Эталоны ответов

1. Диагноз основывается на следующих данных: короткий преджелтушный период, протекающий по диспептическому варианту, признаки умеренной интоксикации, боли в правом подреберье и эпигастрии, увеличение печени, появление темной мочи, иктеричности слизистых оболочек. Эпиданамнез – контакт с больным вирусным гепатитом А.
2. С целью ранней диагностики вирусного гепатита следует определить активность aminотрансфераз. При исследовании мочи выявляются желчные пигменты.
3. При выявлении больного ВГА необходимо госпитализировать его в инфекционный стационар. Отправить экстренное извещение.

Провести наблюдение за очагом заболевания – 35 дней с момента контакта с больным. Иммуноглобулинопрофилактика подросткам, контактирующим с больным, проводится по эпидемиологическим показаниям (высокий уровень заболеваемости).

4. Следует рекомендовать —базисную терапию! стол № 5, полупостельный режим, обильное, дробное питье до 2-2,5 л в сутки.

5. Объяснить пациенту смысл, необходимость и ход манипуляции.

Кровь для анализа берется натощак.

- надеть резиновые стерильные перчатки.
- наложить жгут на нижнюю треть плеча.
- обработать кожу локтевого сгиба.
- стерильной иглой пропунктируйте вену.
- обеспечьте сбор крови в сухую, чистую пробирку с самотеком. Количество крови из расчета 1 мл на 1 исследование.
- снимите жгут.
- место инъекции закройте стерильным ватным тампоном со спиртом. Место пункции контролируется не менее 3 минут.

Задача №8

К фельдшеру ФАП обратился больной, 40 лет, с жалобами на высокую температуру, сильную головную боль, отсутствие аппетита, слабость. Заболел 8 дней назад. Отметил снижение работоспособности, температуру не измерял, продолжал работать. Через 5 дней самочувствие ухудшилось. Температура повысилась до 38,2С, усилилась слабость, головная боль. В последующие дни температура нарастала, головная боль усиливалась, отметил неприятное ощущение вздутия в животе, задержку стула.

При осмотре на 8-й день болезни состояние тяжелое, бледный, вялый. При осмотре кожи: на животе, и на груди обнаружены 3 элемента розеолезной сыпи. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Пульс 82 уд/мин (температура 39,6С). АД 110/60. Язык сухой, обложен коричневым налетом (отпечатки зубов по краям). Живот при пальпации умеренно вздут, увеличение печени и селезенки.

Из эпиданамнеза: 2 недели гостил у родственников в деревне, где купался в пруду, ел немытые овощи и фрукты. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз..
2. Составьте план обследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте забор крови на гемокультуру.

Эталонные ответы

1. Диагноз: —Брюшной тиф. Постепенное начало со ступенеобразным повышением температуры тела, головной боли, снижение аппетита, метеоризм, вялость, характерный язык, увеличение печени и селезенки, относительная брадикардия, гипотония, розеолезная сыпь на 8-10 день болезни с локализацией на животе, груди, элементы единичные. Эпиданамнез: употребление немытых овощей и фруктов.

2. Провести объективное обследование и лаб. исследование. Общий анализ крови – лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ ускоренная, анэозинофелия, тромбоцитопения. Бак. исследование крови, мочи, кала, желчи. Серологическое исследование – положительный

титр 1:200 и выше.

3. Специфические осложнения связаны с морфологическими изменениями в желудочно-кишечном тракте – кишечные кровотечения, перфорация язвы кишечника и перитонит. Осложнения, связанные с развитием тяжелой интоксикации: инфекционно-токсический шок, коллапс. Осложнения, связанные с присоединением вторичной флоры: пневмония, отит, паротит.

4. При выявлении больного необходима обязательная госпитализация его в инфекционный стационар:

- подача экстренного извещения;
- проведение заключительной дезинфекции;
- мед. наблюдение за контактными в течение 25 дней с ежедневной термометрией, - однократное обследование контактных на бактерионосительство; - проведение сан. просвет. работы.

5. Для посева крови необходимо приготовить:

Оснащение: Шприц, стерильный лоток, ватные шарики, 70% спирт, клеенчатая подушечка, жгут, стерильные перчатки, желчный бульон.

1. Обработайте руки.
2. Надеваем стерильные перчатки.
3. Под локоть пациента подкладываем клеенчатую подушечку.
4. На среднюю треть плеча накладываем и завязываем жгут на рубашку или салфетку.
5. Просим пациента несколько раз сжать кулак, одновременно обрабатываем область локтевого сгиба последовательно 2 ватными шариками, смоченными спиртом.
6. Проверяем проходимость иглы и отсутствие воздуха в игле.
7. Берем шприц в правую руку: указательный палец фиксирует канюлю иглы, остальные пальцы охватывают цилиндр.
- 8.левой рукой натягиваем кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вены (кулак пациента сжат).
9. Не меняя положения шприца в руке, держа иглу срезом вверх, почти параллельно коже, прокалываем кожу и пунктируем вену, пока не ощутим попадания в пустоту.
10. Убеждаемся, что игла в вене, тянем поршень на себя - в шприце появится кровь, набираем необходимый объем крови (5 - 10 мл).
11. Развязываем жгут.
12. Прижимаем к месту инъекции ватный шарик, смоченный спиртом, извлекаем иглу
14. Просим пациента согнуть руку в локтевом суставе (ватку со спиртом оставляем на месте инъекции на 5 мин., а потом бросаем в дез. раствор).
15. Зажигаем спиртовку, в левую руку берем флакон с питательной средой. Мизинцем правой руки вынимаем ватную пробку из флакона.
16. Проводим через пламя спиртовки туда и обратно горлышко флакона.
17. Кровь из шприца вводим во флакон (без пузырей).
18. Иглу шприца выводим из флакона и вновь прокалываем горлышко флакона над пламенем спиртовки и закрываем ватной пробкой флакон.
19. Посев помещаем в термостат при $T = 37^{\circ}\text{C}$.

20. Шприц закладываем в дезинфицирующий раствор.
21. Снимаем перчатки.

Задача №9

Фельдшер скорой помощи был вызван к больному С., 17 лет, с жалобами на сильную головную боль, озноб, рвоту, температуру 39,9С. Болен 2-й день. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 39,2С, была повторная рвота, не связанная с приемом пищи, не приносящая облегчения. Объективно: состояние довольно тяжелое, кожа без сыпи. Зев – небольшая гиперемия дужек, миндалин. В легких без изменений. Пульс 104 уд/мин, АД 140/70. Диурез в норме. Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положительный. Из эпиданамнеза: был в контакте с больным менингококковой инфекцией. *Задания*

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику фельдшера.
4. Перечислите возможные осложнения.
5. Продемонстрируйте технику посева слизи из носоглотки на менингококк.

Эталоны ответов

1. Диагноз: —Менингококковая инфекция. Менингит. I Острое бурное начало, лихорадка, озноб, сильная головная боль, рвота, резко выражен менингеальный синдром. Эпиданамнез: контакт с больным менингококковой инфекцией.
2. Лаб. исследование: общий анализ крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг формулы влево. Бактериологическое исследование слизи из носоглотки, ликвора и крови.
3. При выявлении больного экстренная госпитализация в инфекционную больницу, необходимо:
 - ввести на догоспитальном этапе разовую дозу пенициллина;
 - подать экстренное извещение;
 - в очаге инфекции после госпитализации больного провести влажную уборку с использованием хлорсодержащих растворов, проветривание, УФО помещения,
 - за контактными установить активное наблюдение в течение 10 дней.
4. Возможны осложнения: молниеносное течение менингита с синдромом набухания и отека головного мозга.
5. Отделяемое слизистой оболочки носоглотки:
 - материал собирают ватным тампоном, укрепленном на проволоке (лучше алюминиевой);
 - перед сбором материала тампон изгибают о край пробирки под углом 135° на расстоянии 3-4 см от того конца, на котором накручена вата;
 - затем стерильным шпателем, находящимся в левой руке, прижимают корень языка, а правой рукой вводят тампон концом вверх под мягкое небо в носоглотку и легкими движениями собирают отделяемое – слизь;
 - извлекать тампон надо очень осторожно, чтобы не задеть язык, щеку, не коснуться зубов;
 - посев материала производят сразу на чашку Петри с сывороточным агаром, втирают в среду, поворачивая тампон.

Задача №10

К фельдшеру ФАП обратился больной С., 18 лет. Жалобы при обращении на боль в горле при глотании, температуру

38,5С, головную боль. Болен 3-й день. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,3С, пульс 88 уд/мин, АД 120/80, небольшая гиперемия лица. Слизистая ротоглотки яркая, диффузно гиперемированна, отека в зеве нет, в лакунах островчатые наложения в виде белесоватой слизи. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненные, отека на шее нет. Сердце: тоны приглушены. Со стороны других органов: без патологий. Больной категорически отказывается от госпитализации.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику фельдшера при выявлении данного больного.
4. Перечислите профилактические мероприятия в очаге.
5. Продемонстрируйте технику взятия мазка из зева и носа на ВЛ. *Эталон*

ответов

1. Диагноз: —Лакунарная ангина. Яркая гиперемия слизистой ротоглотки, выраженные наложения в лакунах, болезненные регионарные лимфоузлы, отсутствие отека тканей, признаки интоксикации.

2. Необходимо провести посев содержимого из носа и зева на ВЛ для исключения дифтерии ротоглотки.

3. Лечение больной на дому. Рекомендован полупостельный режим, обильное, теплое питье, полоскание зева дезинфектом. Этиотропное лечение: антибиотики пенициллинового ряда рег оз. Активное наблюдение.

4. Проветривание квартиры. Изоляция больного в отдельную комнату, влажная уборка с дезинфектантами, ношение четырехслойной маски здоровым членам семьи.

5. Приготовить стерильные пробирки с тампоном.

Взятие мазка из носа:

- Усадить больного (голова должна быть слегка запрокинута назад).
- Взять пробирку в левую руку, правой рукой извлечь из нее тампон.
- Затем левой рукой приподнять кончик носа больного, правой – ввести тампон легким вращательным движением в нижний носовой ход с одной, затем с другой стороны.

- Осторожно, не касаясь наружной поверхности, ввести тампон в пробирку с буквой —Н. Взятие мазка из зева:

- Надавить шпателем на корень языка, правой рукой за пробку извлечь из пробирки стерильный тампон.

- Провести тампоном на границе пораженного участка, извлечь осторожно, не касаясь языка, зубов.

- Поместить тампон в стерильную пробирку с надписью —З.

- Оформить направление в бак. лабораторию.

Задача №11

В здравпункт общежития обратилась больная Р., 20 лет, прибывшая на учебу из Замбии 9 месяцев назад. Жалобы: на невысокую температуру в течение месяца, ночные

пото и похудание. При клиническом осмотре обнаружено: субфебрильная температура - 37,2°, увеличение подмышечных и локтевых лимфоузлов слева и справа. Вес снизился с 70 кг до 62 кг, пиодермия в верхней части спины. Из анамнеза: имела половой контакт до приезда в Россию в течение последних 2-х лет с мужчиной. Из письма узнала, что месяц тому назад он умер в инфекционной больнице. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположенный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера здравпункта.
3. Перечислите и обоснуйте методы обследования для постановления окончательного диагноза.
4. Расскажите о принципах лечения, диспансеризации и профилактики ВИЧ.
5. Оформите направление к врачу инфекционисту.

Эталоны ответов

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, III стадия - вторичных заболеваний, подстадия —A1 (по классификации В.В. Покровского). Предположительный путь заражения - половой. Предполагаемый диагноз ставится на основании следующих критериев:

а) Эпиданамнеза: больная прибыла из африканской страны Замбии, неблагополучной по ВИЧ-инфекции, была в поло-

вом контакте с мужчиной, умершем в инфекционном стационаре, возможно от ВИЧ-инфекции. б) Клинических данных:

- длительная субфебрильная лихорадка (более 1 мес.), потеря веса до 10%;
- ночные пото;
- увеличение 2х групп лимфоузлов - подмышечных и локтевых (справа и слева), лимфоузлы - плотные, безболезненные, диаметром 1,2-1,5 см;
- поражение кожи - пиодермия в верхней части спины.

2. Учитывая, что больная - иностранная студентка, а условия въезда и пребывания иностранных граждан в России установлены международным договором Российской Федерации, фельдшер не сообщил ей о предположительном диагнозе, а направил к врачу-инфекционисту для постановки окончательного диагноза: —ВИЧ-инфекция|.

Согласно Федерального Закона Российской Федерации —О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека от 1995 г. иностранные граждане в случае выявления ВИЧ-инфекции подлежат депортации из Российской Федерации.

3. Окончательный диагноз —ВИЧ-инфекция| ставится на основании эпидемических, клинических и лабораторных критериев. Лабораторным критерием является положительный результат исследования сыворотки крови на наличие антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) и в иммуноблотинге (ИБ).

4. Принципами лечения больного ВИЧ-инфекцией являются: этиотропное, иммунокорректирующее и лечение вторичных заболеваний (оппортунистических инфекций, опухолей). В качестве дополнительных методов лечения применяют гипноз, психотерапию, общеукрепляющую терапию. Диспансерное наблюдение во II стадии проводится 1 раз в 6 месяцев, в III стадии - 1 раз в 3 месяца.

Специфическая профилактика ВИЧ-инфекции не разработана. Основой

профилактики ВИЧ-инфекции является санитарно-просветительная работа среди населения. В лечебно-профилактических учреждениях основой профилактики ВИЧ-инфекции является соблюдение требований ОСТА-42-21-2-85 — «Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения».

5. В сопроводительном документе указывается Ф.И.О., возраст, адрес, эпиданамнез, подпись медработника. Предварительный диагноз не указывается с учетом сохранения врачебной тайны и соблюдения деонтологии, поэтому в направлении нужно указать, что больной направляется на консультацию к инфекционисту.

Задача №12

Мужчина М., 25 лет, обратился к фельдшеру за консультацией. Три недели назад он имел половую связь с женщиной легкого поведения и при этом не предохранялся. 10 дней спустя услышал, что она больна СПИДом. Тогда М. прошел анонимное обследование, результат отрицательный, но его это не успокоило. **Задания**

1. Обоснуйте возможность инфицирования пациента.
2. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
3. Расскажите о методах лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.
4. Расскажите о путях передачи и принципах профилактики ВИЧ-инфекции.
5. Продемонстрируйте обработку кожи рук, загрязненной кровью, во время проведения в/в манипуляции.

Эталонные ответы

1. В данном случае нельзя исключить ВИЧ-инфицирование, так как пациент относится к группе «риска», как контактный. Анонимное обследование проводилось на ранних сроках после полового контакта, поэтому реакция ИФА могла быть отрицательной. Возможный путь заражения половой.

2. Тактика фельдшера:
- провести консультирование и объяснить пациенту, что опасения его могут быть обоснованными; - рассказать:
 - о путях передачи ВИЧ-инфекции;
 - об основных клинических симптомах и периодах заболевания;
 - о лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции и сроках ее проведения;
 - объяснить, что в период инкубации реакция ИФА бывает отрицательной

Фельдшер должен:

- объяснить пациенту, что в случае инфицирования, он с первых дней является источником инфекции, что ему необходимо принимать меры предосторожности, для того, чтобы не инфицировать партнера, а в случае, если он заразился, избежать инфицирования в будущем;
- рассказать о безопасном и наименее опасном сексе, о правильном использовании презервативом;
- предложить иметь одного постоянного полового партнера;
- направить пациента на консультацию к инфекционисту, предварительно известив его о данном пациенте; - повторное лабораторное обследование через 2-3 недели.

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика.

В случае положительной реакции ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4. Пути передачи ВИЧ-инфекции: половой, парентеральный, вертикальный.

Профилактика ВИЧ-инфекции складывается из 3 моментов:

- санпросветработа среди различных групп населения;

- правильная обработка медицинского инструментария согласно приказов МЗ СССР № 770 от 10.06.85 г. и № 480 от 12.07.89г ;

- профилактика профессионального инфицирования, приказ МЗМП РФ № 170 от 14.08.94 г.

5. Выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмом действий.

Задача №13

Женщина Н., 30 лет, жалуется на затянувшуюся молочницу, от которой не может вылечиться уже около полутора месяцев; повышение температуры по вечерам, отмечающаяся более месяца; вялость и быструю утомляемость. Последнее время часто болеет, в течение года перенесла дважды фарингит, отит, несколько раз ОРВИ, опоясывающий лишай.

При осмотре отмечается лимфоаденопатия. Лимфоузлы безболезненные, плотные, величиной до 1-1,5 см, увеличены симметрично, пальпируются затылочные, шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы. Ногти пальцев рук поражены грибом (руброфития). Других изменений не определяется. В анамнезе беспорядочные половые связи, женщина незамужем. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Определите тактику фельдшера в отношении данной больной.

3. Расскажите о методах лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.

4. Назовите стадии ВИЧ-инфекции по классификации Покровского В.И. и укажите основные симптомы стадии III Б. Расскажите о принципах лечения ВИЧ-инфекции.

5. Продезинфицируйте дезинфекцию использованных шпателей химическим методом и назовите этапы их дальнейшей обработки.

Эталоны ответов

1. Предположительный диагноз: – ВИЧ-инфекция, стадия III-Б по классификации Покровского В.И. ставится на основании:

- анамнеза: беспорядочные половые контакты и частые повторные заболевания в течение последнего года;

- клинических данных: лимфаденопатия. Лимфоузлы плотные, безболезненные, симметричные и их 3 группы;

- грибковые заболевания – упорная молочница, руброфития; - температура по вечерам, которая держится более месяца; - вялость и быстрая утомляемость.

2. Тактика фельдшера

До направления на обследование необходимо провести дотестовое консультирование:

- провести беседу о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи, основных симптомах и

методах лабораторной диагностики; - оказать психологическую поддержку пациентке;

- убедить больную в необходимости пройти обследование;
- сказать о том, что с момента инфицирования человек заразен;
- взять кровь для лабораторного исследования;
- известить врача-инфекциониста ЛПУ и направить больную к нему на консультацию;

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных реакции ИФА диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4. Для стадии III Б по классификации Покровского В.И. характерны прогрессирующая потеря масса тела более 10%, длительное необъяснимая диарея, лихорадка более месяца, «волосистая лейкоплакия» языка, повторные или стойкие грибковые и герпетические поражения кожи и слизистых, ТБЦ легких и др.

5. Выполнение манипуляции в соответствии с алгоритмом действия.

Задача №14

К фельдшеру обратилась мать по поводу болезни ребенка 5-ти лет. Жалобы на кашель, высокую температуру, вялость. Болен 5 дней. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ребенок дважды перенес бронхит, отит, несколько раз ОРВИ. В последнее время ухудшился слух. В возрасте 3х лет у ребенка была диагностирована анемия, по поводу которой он дважды получал переливание крови. При осмотре: состояние средней тяжести, ребенок бледный, небольшая одышка. На нижней губе герпетические высыпания (держатся около 2-х недель). Отмечается легкое косоглазие, которое ранее мать не замечала. Увеличены затылочные, передне- и заднешейные лимфоузлы, а также подчелюстные и подмышечные, величиной от горошины до мелкой фасолины. Они плотные, безболезненные, не спаянные. В легких рассеянные сухие, а в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень пальпируется краем. Других изменений не определяется. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз и путь заражения.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Расскажите о методах лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.
4. Расскажите об особенностях ВИЧ-инфекции у детей, о принципах лечения ВИЧ-инфекции.
5. Продезинфицируйте технику дезинфекции использованных пластмассовых наконечников от клизмы и расскажите этапы их дальнейшей обработки.

Эталоны ответов

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, СПИД (стадия III В по классификации Покровского В.И.). Диагноз ставится на основании следующего:
 - анамнеза: частые повторные ОРВИ, бронхиты, отит, отмечающиеся у ребенка в течение последнего года. Переливания крови, которые ребенок получал в 3-х летнем возрасте, могут быть источником инфицирования.
 - клинических данных: одышка, кашель, высокая температура, сухие и особенно мелкопузырчатые влажные хрипы в легких говорят об имеющейся пневмонии,

которая возникла на фоне лимфаденопатии (увеличены несколько групп лимфоузлов, они плотные, безболезненные, симметричные, не спаянные вместе), затянувшегося герпеса и неврологической симптоматики в виде легкого косоглазия и ухудшения зрения;

2. Тактика фельдшера:

- провести дотестовое консультирование с матерью ребенка о ВИЧ-инфекции, ее основных симптомах, путях заражения, методах лабораторного обследования;
- оказать матери психологическую поддержку;
- рассказать о том, как оградить других членов семьи от заражения;
- уточнить в каких стационарах лечился ребенок по поводу анемии и дальнейших заболеваний;
- взять кровь для исследования на ВИЧ;
- сообщить о ребенке инфекционисту ЛПУ;
- известить инфекциониста ЛПУ о больном ребенке и направить ребенка в нему на консультацию.

3. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ -иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4. У детей отмечается короткое течение заболевания, раннее появление неврологической симптоматики. Около 80% детей, больных СПИДом, умирают от пневмонии. При внутриутробном инфицировании дети рождаются неполноценными. Если инфицирование произошло во время родов, то дети с первых месяцев отстают в нервно-психическом и физическом развитии. 5. Выполнение манипуляции в соответствии с алгоритмом действия.

Задача №15

Мужчина Н., 27 лет обратился к фельдшеру с жалобами на повышенную температуру (по вечерам и ночью), ночные проливные поты в течение последних 2-х месяцев. Он заметил, что постоянно теряет вес. У него диарея, по его словам очень плохой аппетит. Неделю тому назад сдавал кал на анализ для выявления кишечной инфекции, результат отрицательный. На вопрос о сексуальных контактах отвечает, что женился год назад, но до этого было много сексуальных партнеров, как с женщинами, так и мужчинами.

При осмотре: пациент пониженного питания, пальпируются заушные, заднешейные, подмышечные лимфоузлы, они безболезненные, плотные, неспаянные с окружающей тканью, размером до 1-1,5 см. Со стороны внутренних органов изменений нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Перечислите лабораторные методы исследования, необходимые для диагностики ВИЧ-инфекции.
4. Расскажите о принципах профилактики ВИЧ-инфекции и о барьерных методах защиты медицинского работника.
5. Продемонстрируйте технику обработки пальца при проколе его во время внутривенной манипуляции больному.

Эталоны ответов

1. У данного молодого человека предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция СПИД-ассоциированный комплекс (стадия ШБ по Покровскому В.В.)

Предположительный диагноз ставится на основании следующих критериев:

- пациент бисексуалист, имеет много сексуальных партнеров;
- клинических данных: лихорадка в вечернее и ночное время, проливной пот по ночам в течение последних 2 месяцев. У него диарея, увеличенные лимфоузлы в 3-х группах, они безболезненные, плотные, размером до 1,5 см.

2. Необходимо провести с пациентом дотестовое психосоциальное консультирование:

- выяснить, что знает данный пациент о симптомах и путях заражения ВИЧ-инфекцией, рассказать о способах безопасного и менее опасного секса и научить пациента правильно пользоваться презервативом;
- предупредить об уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции;
- взять кровь для лабораторного обследования на ВИЧ;
- направить пациента к врачу-инфекционисту на консультацию, предупредив его по телефону о больном;

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4. Профилактика ВИЧ-инфекции складывается из 3х моментов:

- санпросветработа среди различных групп населения;
- правильная обработка медицинского инструментария согласно приказам МЗ СССР № 770 от 10.06.85г и № 408 от 12.07.89г;
- профилактика профессионального инфицирования, приказ МЗМП РФ № 170 от 16.08.94г.

Медицинскому работнику, участвующему в проведении инвазивных манипуляций, необходимо избегать контакта кожных покровов и слизистых оболочек с биологическими жидкостями пациентов (кровь, ее компоненты, спинномозговая жидкость, лимфа, костный мозг, сперма, секрет цервикального канала). Для чего необходимо применять барьерные методы защиты, т.е. работать в хирургическом халате, медицинской шапочке, кожаной обуви, резиновых перчатках, при угрозе разбрызгивания крови – в маске, очках, резиновом фартуке.

5. Выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмом действия.

Задача №16

Мужчина Р., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на появление на коже сыпи темно-бурого цвета и язвочек на левой голени. Он отмечает повышение температуры, общую слабость, вялость. Сыпь появилась несколько дней назад, но до этого отмечалось сине-серое пятно на слизистой под языком, которое его не беспокоило. На голени, где сейчас видны язвочки, ранее были безболезненные узелки. Так как высыпания его не

беспокоили, то за медицинской помощью он не обращался. Он женат, но имеет много случайных связей.

В анамнезе: повторные фарингиты, затяжная пневмония, частые ОРЗ, дважды опоясывающий лишай. Год назад отмечался фурункулез, от которого долго не мог излечиться.

Объективно: мужчина пониженного питания. Передне-заднешейные, подчелюстные, подмышечные, подключичные лимфатические узлы плотные, безболезненные, размером до 2-3 см, не спаяны между собой и с окружающей тканью. Температура 37,8°. На дне полости рта пятно буро-серого цвета размером 1x1,5 см с неровными краями. На коже лица, шеи, туловища, конечностей темно-бурая, местами сливная сыпь. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Определите тактику фельдшера.
3. Перечислите лабораторные методы исследования, необходимые для диагностики ВИЧ-инфекции.
4. Расскажите о маркерах СПИДа и клинической картине саркомы Капоши. Расскажите о принципах лечения за больным.
5. Продемонстрируйте технику обработки использованного одноразового шприца, подлежащего утилизации.

Эталоны ответов

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция стадия СПИД, генерализованная саркома Капоши. Стадия . III B по Покровскому В.И. Предположительный путь заражения – половой. Предположительный диагноз ставится на основании:

- анамнеза: у больного в течение 2-х лет отмечались частые заболевания, герпетические и гнойные поражения кожи;
- клинических данных: лимфаденопатия и клинические признаки генерализованной саркомы Капоши; - имеет случайные связи.

2. Провести с больным дотестовое психосоциальное консультирование:

- рассказать о симптомах и путях заражения ВИЧ-инфекции, о том, как защитить свое здоровье и здоровье родных людей от заражения, рассказать о методах безопасного секса;
- предупредить о возможности обследования членов семьи;
- взять кровь для лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию;
- направить пациента к врачу-инфекционисту в кабинет инфекционных заболеваний поликлиники, сообщив ему о данном больном.

3. Диагностика ВИЧ-инфекции основана на выявлении антител к ВИЧ - иммуноферментный анализ (ИФА) и иммуноблотинг (ИБ) – серологическая диагностика. В случае положительных результатов ИФА, диагноз подтверждается реакцией в ИБ, а затем методом ПЦР (полимерной цепной реакции), основанном на выявлении самих вирусных частиц.

4. Маркерами СПИДа являются заболевания, которые возникают только на фоне иммунодефицита и поэтому указывают, что у больного СПИД. При этом для подтверждения диагноза не требуется лабораторная диагностика. Их 12, еще их называют СПИД-индикаторными заболеваниями I группы.

Саркома Капоши – это злокачественное заболевание, при котором опухоль растет из

стенок мелких сосудов. Первые изменения появляются на коже в виде сыпи (красно-бурый или сине-серой) и узелков. Затем сыпь сливается, а узелки изъязвляются, образуя незаживающие язвы. Человек чувствует себя неплохо, пока изменения носят локализованный характер. При генерализации процесса появляется лихорадка, интоксикация, но состояние резко ухудшается, когда в процесс вовлекаются внутренние органы.

5. Выполнение манипуляции в соответствии с алгоритмом действия.

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ:

- собрать анамнез у больного с инфекционным заболеванием
- Собрать направленный эпид.анамнез
- Осуществить клиническое обследование больного с инфекционным заболеванием
 - Обосновать предварительный диагноз инфекционного заболевания
 - Определить необходимость госпитализации больного с инфекционным заболеванием или возможность амбулаторного лечения
 - Написать направление в инфекционную больницу
 - Составить план обследования больного с инфекционным заболеванием
 - Составить план ведения больного с воздушно-капельной инфекцией на дому
 - Заполнить первичную документацию при первичном выявлении инфекционного больного в поликлинике
 - Осуществить забор материала от больного для проведения лабораторного обследования: а) забор и посев крови; б) слизи из носа и ротоглотки; в) отпечатков со слизистого носа для экспресс- диагностики гриппа и других ОРВИ
 - Оценить результаты лабораторных исследований
 - Назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные,
 - курсовые дозы при конкретных инфекционных заболеваниях
 - Назначить адекватную регидратационную терапию, определить состав и рассчитать объем вводимых растворов
 - Назначить адекватную серотерапию
 - Выписать необходимые средства для амбулаторного лечения

Критерии и шкалы оценки практических навыков:

При сдаче практических навыков студент получает 5 вопросов из каждого раздела (расспрос, осмотр, пальпация перкуссия, аускультация).

Каждая задача оценивается по пятибалльной системе:

Оценка **«отлично» - высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если вопрос раскрыт в полном объёме и студент показывает глубокое и полное знание и понимание материала по данному вопросу;

Оценка **«хорошо» - средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он даёт полный и правильный ответ по данному вопросу, допускает незначительные ошибки и недочёты, но может их исправить самостоятельно при требовании или с небольшой помощью экзаменатора;

Оценка **«удовлетворительно» - низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он излагает вопрос не систематизировано, фрагментарно, не всегда последовательно; допустил ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определения понятий дал недостаточно четкие; отвечает неполно на дополнительные вопросы экзаменатора, допуская одну- две грубые ошибки;

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, если он не знает ответа по данному вопросу и не отвечает на дополнительные вопросы преподавателя.

Контрольные вопросы для текущего контроля знаний при изучении темы: «Грипп. ОРВИ».

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Назовите основные нозологические формы заболеваний, входящих в группу ОРВИ.
2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику гриппа.
3. Перечислите клинические формы гриппа.
4. Назовите ведущие симптомокомплексы при парагриппе.
5. Перечислите клинические формы аденовирусной инфекции.
6. Назовите клинические формы энтеровирусной инфекции.
7. Назовите особенности микоплазменной пневмонии.
8. Назовите особенности РС-инфекции
9. Как проводится лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ?
10. Каковы основные принципы и методы лечения гриппа и других ОРВИ?

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

• Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий,

использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примерная тематика рефератов

1. Острый вирусный гепатит А.
2. Острый вирусный гепатит Е.
3. Острый вирусный гепатит В.
4. Острый вирусный гепатит С.
5. Хронический вирусный гепатит В.
6. Хронический вирусный гепатит С.
7. Хронический вирусный гепатит В+Д.
8. Грипп.
9. Дифтерия.
10. Инфекционный мононуклеоз.
11. Герпетическая инфекция ВГЧ 1.
12. Герпетическая инфекция ВГЧ 2.
13. ВИЧ инфекция.
14. СПИД ассоциированные инфекции. Пневмоцистоз.
15. Рожь.

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список.

Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Тема 1. Устройство и режим инфекционного стационара, принципы госпитализации больных. Семиотика и принципы обследования инфекционных больных. Техника безопасности и деонтология при работе с инфекционными больными. Особенности устройства и режима инфекционного стационара, принципы госпитализации больных.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Техника безопасности и деонтология при работе с инфекционными больными.
2. Источники инфекционных болезней и механизмы заражения.
3. Симптомы и синдромы инфекционных заболеваний.
4. Классификация симптомов по А.Ф. Билибину.
5. Принципы диагностики инфекционных заболеваний.
6. Трактовка результатов лабораторных исследований по диагностической значимости.

Тема 2. Острые и хронические вирусные гепатиты. Вирусные гепатиты А и Е.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Общая характеристика острых вирусных гепатитов.
2. Клинико-эпидемиологическая характеристика энтеральных гепатитов.
3. Назовите механизм и пути заражения энтеральными гепатитами.
4. Перечислите симптомы и синдромы ОВГ.
5. Диагностика ОВГ - А и Е.
6. Особенности клиники ОВГ - Е.
7. Принципы лечения ОВГ - А и Е.
8. Методы профилактики ОВГ - А и Е.

Тема 2. Острые и хронические вирусные гепатиты. Хронические вирусные гепатиты В, С, Д, исходы, осложнения.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите основных возбудителей парэнтеральных вирусных гепатитов.
2. Антигенная структура вирусов гепатита В и С.
3. Назовите основные источники инфекции и пути заражения при вирусных гепатитах В и С.
4. Дельта-гепатит. Понятие о ко- и суперинфекции.
5. Маркеры хронических вирусных гепатитов.
6. Осложнения и исходы хронических вирусных гепатитов.

Тема 3. Грипп. ОРВИ

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите основные нозологические формы заболеваний, входящих в группу ОРВИ.
2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику гриппа.
3. Перечислите клинические формы гриппа.
4. Назовите ведущие симптомокомплексы при парагриппе.
5. Перечислите клинические формы аденовирусной инфекции.
6. Назовите клинические формы энтеровирусной инфекции.
7. Назовите особенности микоплазменной пневмонии.
8. Назовите особенности РС-инфекции
9. Как проводится лабораторная диагностика гриппа и других ОРВИ?
10. Каковы основные принципы и методы лечения гриппа и других ОРВИ?

Тема 4. Дифференциальная диагностика заболевания с поражением зева. Дифтерия, ангина.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

Назовите классификацию ангин.

2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику дифтерии.
3. Перечислите клинические формы дифтерии.
4. Назовите ведущие симптомокомплексы при дифтерии.
5. Как проводится лабораторная диагностика дифтерии и других ангин?
6. Каковы основные принципы и методы лечения дифтерии и других ангин?
7. Профилактика дифтерии и других ангин.

Тема 7. Гепретическая инфекция: ИМН, ВГЧ - 1, ВГЧ - 2.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите классификацию гепресвирусных инфекций.
2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику ИМН.
3. Перечислите заболевания, вызванные ВГЧ - 1, ВГЧ - 2.
4. Назовите ведущие симптомокомплексы ИМН.
5. Как проводится лабораторная диагностика ИМН?
6. Каковы основные принципы и методы лечения ИМН.

Тема 5. ВИЧ инфекция.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите классификацию ВИЧ инфекции.
2. Дайте клинико-эпидемиологическую характеристику ВИЧ.
3. Назовите ведущие симптомокомплексы ВИЧ инфекции в различные стадии заболевания.
4. Назовите СПИД - индикаторные инфекции.
5. Как проводится лабораторная диагностика ВИЧ инфекции?
6. Каковы основные принципы и методы лечения ВИЧ инфекции.

Тема 6. Защита рефератов.

Самостоятельная внеаудиторная работа. Подготовить реферат на заданную тему:

1. Острый вирусный гепатит А.
2. Острый вирусный гепатит Е.
3. Острый вирусный гепатит В.

4. Острый вирусный гепатит С.
5. Хронический вирусный гепатит В.
6. Хронический вирусный гепатит С.
7. Хронический вирусный гепатит В+Д.
8. Грипп.
9. Дифтерия.
10. Инфекционный мононуклеоз.
11. Герпетическая инфекция ВГЧ 1.
12. Герпетическая инфекция ВГЧ 2.
13. ВИЧ инфекция.
14. СПИД ассоциированные инфекции. Пневмоцистоз.
15. Рожа.

Вопросы для зачета у студентов

1. Устройство и режим инфекционного стационара.
2. Техника безопасности при работе с инфекционными больными
3. Этиология острого вирусного гепатита А.
4. Клиника острого вирусного гепатита А
5. Клинические особенности острого вирусного гепатита Е.
6. Основы патогенетического лечения острого вирусного гепатита А
7. Этиотропное и патогенетическое лечение острого вирусного гепатита В
8. Дифференциальная диагностика острого вирусного гепатита В и А
9. Клинические особенности острого вирусного гепатита В с дельта агентом
10. Клинические особенности острого вирусного гепатита В
11. Клинические особенности острого вирусного гепатита С
12. Лечение хронического вирусного гепатита С на современном этапе
13. Лечение хронического вирусного гепатита В на современном этапе
14. Тактика ведения больных хроническим вирусным гепатитом С
15. Тактика ведения больных хроническим вирусным гепатитом В.
16. Основные исходы и осложнения хронических вирусных гепатитов: клиника, диагностика.
17. Этиология и патогенез гриппа.
18. Особенности клиники гриппа А H1N1.
19. Лечение гриппа на современном этапе. Основные противовирусные препараты
20. Этиология и патогенез дифтерии.
21. Дифтерия ротоглотки: клиника, диагностика, лечение.

22. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с поражением зева (ангина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз)
23. Опоясывающий герпес: этиология, патогенез
24. Опоясывающий герпес: клиника, дифференциальная диагностика.
25. Герпетическая инфекция: клиника и диагностика инфекций, вызванных вирусом герпеса 1 типа.
26. ВИЧ - инфекция: эпидемиология, патогенез.
27. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции
28. Алгоритм действий при возникновении аварийных ситуаций у медицинских работников при оказании помощи ВИЧ- инфицированным.
Основные принципы лечения ВИЧ - инфекции на современном этапе.
29. Рожа: клиника, диагностика, лечение
Рожа: этиология, патогенез

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы для экзамена:

1. Герпетическая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Острое и хроническое течение. Исходы. Лечение.
2. Показания к дезинфекции. Виды дезинфекции и способы её проведения.
3. ВИЧ-инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация. Течение болезни. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Варианты клинического течения. Дифференциальная диагностика.
5. Опоясывающий лишай (герпес). Этиология. Эпидемиология. Клиника. Осложнения. Лечение.
6. Ротавирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
7. Микоплазма -инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы. Лечение. Профилактика.
8. Легионеллез. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы. Лечение. Профилактика.
9. Кампилобактериоз. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лечение.
10. Боррелиозы. Болезнь Лайма. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Стадии клинического течения болезни. Лечение. Исходы болезни.
11. Брюшной тиф. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая

анатомия, клиника, особенности течения болезни у привитых. Лечение. Профилактика.

12. Паратифы А и В. Особенности эпидемиологии и клиники. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

13. Ангина. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

14. Корь. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, особенности течения болезни у взрослых. Иммунитет. Проблема персистенции вируса. Лечение. Профилактика.

15. Эпидемический паротит. Эпидемиология. Патогенез. Клинические варианты болезни, особенности её течения у взрослых. Осложнения. Лечение. Профилактика.

16. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Особенности эпидемического процесса. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

17. Ветряная оспа. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

15. Сальмонеллез. Этиологическая структура и её особенности в нашей стране. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.

16. Лихорадка Ласса. Эпидемиология. Клиника. Лечение. Профилактика.

17. Ботулизм. Эпидемиология. Патогенез. Варианты клинического течения. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение специфическое и патогенетическое. Принципы реанимационной терапии. Профилактика.

18. Дизентерия. Этиологическая структура. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Варианты течения болезни, их классификация.

19. Дифтерия. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, особенности течения болезни у взрослых. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика.

20. Геморрагические лихорадки. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

21. Бруцеллез. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Классификация клинических форм. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к иммунотерапии и способы её проведения. Профилактика.

22. Клещевой риккетсиоз Северной Азии и Марсельская лихорадка. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

23. Амебиаз. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Кишечный и внекишечный амебиаз. диагностика. Лечение. Цистоносительство. Профилактика.

24. Инфекционный мононуклеоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз.

25. Менингококковая инфекция. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Варианты клинического течения болезни, бактерионосительство. Лечение. Интенсивная терапия и реанимация (показания методы). Профилактика.

26. Висцеральный лейшманиоз. Эпидемиология, ареал распространения. Патогенез. Клиника. Лечение.

27. Холера. Этиология. Эпидемиологические очаги в мире. Эпидемиология. Патогенез и патанатомия. Нарушение водноэлектролитного баланса, развитие гиповолемии и метаболического ацидоза. Клиника. Классификация. Диагноз. Лечение. Исходы. Правила выписки переболевших.

28. Сыпной тиф. Болезнь Брилля. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Осложнение. Диагноз. Лечение.

32. Эшерихиозы. Этиология. Источники и пути заражения. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

33. Дифференциальная диагностика менингитов и менингоэнцефалитов различной этиологии (бактериальные, вирусные и др.). Краткая клиническая характеристика. Принципы лечения.

34. Иерсиниоз и псевдотуберкулез. Этиология. Эпидемиология. Распространение. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

35. Скарлатина. Эпидемиология. Патогенез. Клиника, особенности течения болезни у взрослых. Дифференциальный диагноз. Лечение.

36. Натуральная оспа. Этиология. Характеристика возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Периоды болезни. Осложнения. Варианты клинического течения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Правила выписки переболевших. Профилактика.

37. Столбняк. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Принципы интенсивной и реанимационной терапии.

38. Болезни, вызываемые вирусами Коксаки, ЕСНО. Эпидемиология. Патогенез. Основные клинические синдромы. Лабораторные методы диагностики. Лечение. Профилактика.

39. Чума. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная и дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

40. Лептоспироз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Особенности желтушных и безжелтушных форм. Лептоспирозный менингит. Диагноз. Лечение. Профилактика.

41. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника, осложнения. Краснуха беременных. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

42. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Характеристика основных клинических форм. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

43. Туляремия. Этиология. Эпидемиология. Характеристика основных клинических форм. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

44. Малярия. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Паразитонительство. Диагностика. Лечение. Профилактика.

45. Орнитоз. Источники и пути передачи инфекции. Варианты клинического течения болезни. Диагностика. Лечение. Профилактика.

46. Вирусные гепатиты у человека. Современные данные об этиологии и эпидемиологии. Различия в патогенезе вирусных гепатитов А и В. Особенности их клинического течения. Клиническая классификация. Варианты острого течения болезни. Затяжные и хронические формы. Диагностика. Лечение неосложненных форм.

47. Острая и подострая дистрофия печени при вирусном гепатите. Патогенез. Клиника по периодам. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы интенсивной и реанимационной терапии. Диспансерное наблюдение за переболевшими.

48. Сибирская язва. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Профилактика.

49. Грипп. Этиология. Изменчивость в антигенной структуре. Патогенез болезни и осложнений. Клиническая характеристика и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

50. Сап и мелидиоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническое течение болезни. Диагноз. Лечение.

51. Осложненные формы гриппа. Их патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Основные методы лабораторного подтверждения диагноза. Лечение.

52. Желтая лихорадка. Этиология. Ареал распространения. Патогенез. Клиника. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

53. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Исход. Профилактика. Антирабические прививки.

54. Шок. Виды шока. Шок при инфекционной патологии. Принципы терапии.

55. Острая почечная недостаточность в инфекционной патологии. Преренальная и ренальная недостаточность. Принципы терапии.

56. ДВС - синдром. Клинические и лабораторные признаки. Основные принципы коррекции нарушения в системе гемокоагуляции. Лекарственные средства, применяемые в терапии этих нарушений.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (**I**). Билет состоит из 4 вопросов (**II**),. Критерии сдачи зачета (**III**):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно

обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не

полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной.

Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в

			объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Инфекционные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Аликеева Г. К. и др.; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3621-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436219.html>

2. Инфекционные болезни и эпидемиология [Электронный ресурс] : учебник / Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-2578-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425787.html>

3. Бактериальные болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438640.html>

4. Инфекционные болезни [Электронный ресурс] : учебник / Аликеева Г. К. и др.; Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436219.html>

5. Вирусные болезни [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435847.html>

6. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции [Электронный ресурс] / под ред. В. В. Покровского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433034.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru
3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.
10. Каталог профессиональных медицинских интернет-ресурсов <http://www.webmed.irkutsk.ru/>
11. Сайт для врачей <http://www.med-edu.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные

требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить

и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отненном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже после составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в

рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, персональный компьютер, технические средства обучения, учебно-наглядные пособия, информационные ресурсы, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 5 этаж, кабинет № 14, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	<p>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация–Федеральное БТИ» Филиал по

		Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет инфекциониста), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: телевизор.	367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 89, 3 этаж, корпус Б, кабинет № 302.
4.	Помещение для приобретения практических навыков (операционная отделения общей хирургии), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: аппарат электрохирургический высокочастотный ЭХВЧ- 80-«Фотек».	367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 89, 3 этаж, корпус А- операционная отделения общей хирургии.
5.	Помещение для оказания медицинской помощи гражданам (палата для больных-отделение терапии), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: электрокардиограф SCHILLER CARDIOVIT AT-1 с сумкой для переноски.	367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 89, 5 этаж, корпус А-отделение терапии, палата для больных .
6.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (манекен, фантом человека)	367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Лаптиева 89, 1 этаж, корпус А, учебный класс.