

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной и
воспитательной работе



И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.



**Рабочая программа дисциплины
ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**
для студентов 6 курса

направление подготовки (специальность)
31.05.01 Лечебное дело,
форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины
обсуждена на заседании кафедры
«27» июня 2020 г.
(протокол № 11)

Разработчики рабочей программы:

д.м.н., профессор Макаров В.К.,
к.м.н., доцент Стариков С.В.

Зав. кафедрой  (Макаров В.К.)

Тверь, 2020

I. Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «28»августа 2020 г. (протокол № 1)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 **Лечебное дело**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Диагностика тропических инфекционных заболеваний;
- Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- Участие в проведении медицинской реабилитации;
- Ведение медицинской документации в медицинских организациях;
- Участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике тропических инфекционных заболеваний.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
ПК 1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	Владеть: алгоритмом клинико-лабораторной диагностики тропических инфекционных заболеваний. Уметь: проводить раннюю диагностику, выявление причин и условий возникновения и развития тропических инфекционных заболеваний. Знать: факторы формирования здорового образа жизни, предупреждения возникновения и (или) распространения тропических инфекционных заболеваний;
ПК 6 Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Владеть: методикой проведения дифференциальной диагностики тропических инфекционных заболеваний. Уметь: поставить диагноз тропического инфекционного заболевания. Знать: симптомы и синдромы тропических инфекционных заболеваний, классификацию инфекционных болезней, методы лабораторной диагностики.
ПК 8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными	Владеть: методикой обследования больных с тропическими инфекционными болезнями. Уметь: выявить характерные симптомы

нозологическими формами	<p>тропических инфекционных болезней; оформить необходимую медицинскую документацию</p> <p>Знать: критерии постановки диагнозов у больных с тропическими инфекционными заболеваниями; основные группы лекарственных препаратов, применяемых в лечении тропических инфекционных болезней.</p>
-------------------------	---

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» входит в Вариативную часть Блока 1 ОПОП специалиста.

Данная дисциплина – это этап изучения основных тропических инфекционных заболеваний по принципу распределения по нозологическим формам. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам тропической инфектологии. В рамках данной дисциплины проводится изучение следующих разделов инфектологии – тропических вирусных инфекций, бактериальных инфекций, протозоозов, гельминтозов.

Тропические инфекционные болезни непосредственно связаны с дисциплинами: микробиология, иммунология, пропедевтика внутренних болезней, факультетская терапия, факультетская хирургия, поликлиническая терапия, которые характеризуют паразитарно-хозяйные отношения, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, организации оказания помощи инфекционным больным и принципы диспансеризации и профилактики заболеваний. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «тропическая медицина» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача .

1) Требования к «входным» знаниям, умениям и готовностям обучающегося, необходимым для освоения данной дисциплины и приобретенным в результате освоения предшествующих дисциплин

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для изучения инфекционных болезней:

- Анатомия человека, анатомия головы и шеи
- Разделы: анатомические характеристики человека.
- Физиология
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция.
- Биология
Разделы: биология простейших, гельминтов, членистоногих.
- Биологическая химия, биохимия полости рта
Разделы: обмен веществ, биохимия крови, энергетический обмен.
- Гистология, эмбриология, цитология, гистология полости рта
Разделы: гистологические особенности кожи, костей, подкожной клетчатки, миокарда, мозга, почек, сосудов, нервной системы.
- Патологическая анатомия, патанатомия головы и шеи
- Разделы: болезни головы и шеи
- Патофизиология

- Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, нейроэндокринной регуляции; воспаление; патофизиология гемостаза и систем органов; шок.
- Микробиология, вирусология, микробиология полости рта
Разделы: учение о возбудителях инфекционных заболеваний, токсинах, иммунитете, бактериоскопической, бактериологической, вирусологической, серологической диагностике.
- Гигиена
Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений инфекционного профиля, гигиенические аспекты лечебного питания.
- Внутренние болезни, пропедевтика внутренних болезней
- Разделы: анатомо-физиологические особенности человека, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов.
- Хирургические болезни, общая хирургия
Разделы: гнойная, лицевая, абдоминальная, нейрохирургия.
- Неврология, медицинская генетика

Разделы: менингиты

2) Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины необходимо как предшествующее

- госпитальная терапия;
- эпидемиология;
- поликлиническая терапия.

4. Объём дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 академических часа, в том числе 60 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (50 часов на кафедре инфекционных болезней и 10 часов на кафедре дерматовенерологии), и 48 часов самостоятельной работы обучающихся (40 часов на кафедре инфекционных болезней и 8 часов на кафедре дерматовенерологии).

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Просмотр мультимедийных презентаций, разбор клинических случаев (разбор конкретных ситуаций), интерактивный атлас.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к клиническим практическим занятиям и зачёту, рефератов, использование данных Интернета, самостоятельная работа с электронными ресурсами.

Клинические практические занятия проводятся в отделениях стационара ГБУЗ Городская клиническая больница № 1 им. В.В. Успенского и на кафедре дерматовенерологии.

6. Формы промежуточной аттестации

Итоговый контроль – в XII семестре проводится зачёт.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

Модуль 1. Кожные болезни в тропиках.

Тема 1. Тропические невенерические трепонематозы, сифилис. Кожный лейшманиоз.

Тема 2. Лепра. Тропические микозы.

Модуль 2. Тропические инфекционные болезни.

Тема 2.1. Эпидемиологические и нозогеографические закономерности малярийной инфекции в жарких странах, особенности ее выявления, терапии и профилактики.

Значение темы. Для тропических стран малярийная инфекция является одной из главных проблем здравоохранения из-за интенсивного распространения, связанного с природными и социально-экономическими условиями. Особенно неблагоприятное положение наблюдается в африканских странах, расположенных южнее Сахары, где имеют место голоэндемичные очаги, в которых население заражается малярией сотни и тысячи раз в течение жизни, начиная с раннего детства. В этих странах малярия часто присоединяется к другим инфекционным болезням, ухудшая прогноз и обуславливая летальность. В результате многократного заражения жителей малярией, отмечается изменение белкового соотношения. За счет значительного распространения четырехдневной малярии, в этих странах нередко встречается нефротический синдром.

Разбираемые вопросы по теме.

1. Виды очагов малярии, ее распространение в мире.
2. Эпидемиологические особенности различных видов малярии.
3. Виды плазмодиев и формы малярии, которые они вызывают.
4. Патогенез отдельных форм малярии и малярийного приступа.
5. Клиническая картина отдельных форм малярии. Диагностическая тактика.
6. Осложнения малярии: гемоглобинурийная лихорадка, инфекционно-токсический шок, пневмония, миокардит, малярийная кома.
7. Дифференциальная диагностика малярии в тропических странах. Лабораторная диагностика.
8. Принципы лечения и профилактики различных видов и форм малярии. Лечение малярийных осложнений. Индивидуальная и массовая химиопрофилактика.

Тема 2.2. Трипаносомозы (африканский и американский). Висцеральный лейшманиоз.

Значение темы. Трипаносомозы являются трансмиссивными тропическими болезнями из группы зооантропонозов, вызываемые жгутиковыми простейшими семейства трипаносомовых.

Африканский трипаносомоз (сонная болезнь) имеет большое значение в патологии тропиков. Передается кровососущей мухой цеце и носит природноочаговый характер. Болезнь характеризуется температурой неправильного типа, экзантемой, местными отеками, лимфаденитом, летаргией и кахексией. По клиническим и эпидемиологическим особенностям выделяют гамбийскую (зооантропоноз) и родезийскую (зооноз) формы. Трипаносомы развиваются в периферической крови, проникают во все органы и системы, вызывая дистрофические процессы вплоть до некрозов. Заболевание чаще носит хронический характер и может длиться от одного до нескольких лет (родезийская до года, гамбийская - несколько лет). Могут наблюдаться психические расстройства, резко снижается работоспособность, развивается кахексия, присоединяются интеркуррентные заболевания и при отсутствии или запоздалом лечении больные погибают.

Американский трипаносомоз (болезнь Чагаса) передается «поцелуйным клопом». В основном встречается в странах Южной Америки. Характеризуется длительным течением, лихорадкой, гепатос-спленомегалией, лимфаденитом, поражением сердца и нервной систе-

мы. При формировании хронического течения развивается миокардит и поражается желудочно-кишечный тракт. Наибольшая летальность отмечается при развитии миокардита и менингоэнцефалита.

Разбираемые вопросы по теме.

1. Свойства возбудителя трипаносомозов.
2. Географическое распространение трипаносомозов, их природные очаги и факторы, способствующие распространению.
3. Эпидемиологические особенности африканского и американского трипаносомозов. Синантропные и природные очаги.
4. Клиника первой (лимфокровяной) и второй (менингоэнцефалитической) стадий африканского и острой и хронической стадий американского трипаносомозов.
5. Эпидемиологические и клинические различия гамбийской и родезийской форм трипаносомозов.
6. Диагностика трипаносомозов. Методы лабораторной диагностики. Серологические реакции.
7. Дифференциальная диагностика трипаносомозов в разные периоды заболевания.
8. Средства и методы специфической и патогенетической терапии трипаносомозов. Лечение трипаносомозов в различные периоды болезни. Терапия рецидивов сонной болезни.
9. Особенности лечения трипаносомозов у детей.
10. Система профилактических мероприятий, при африканском и американском трипаносомозах. Химиопрофилактика гамбийской формы трипаносомоза.

Лейшманиозы занимают одно из видных мест среди тропических инфекционных болезней. В эту группу входят болезни, характеризующиеся как поражением кожи и слизистых оболочек (кожный лейшманиоз), так и внутренних органов (висцеральный лейшманиоз). Этиологическим фактором является внутриклеточный паразит из рода *Leishmania* тип Protozoa. По распространенности известны 5 групп лейшманиозов:

- 1) индийский висцеральный лейшманиоз (кала-азар);
- 2) средиземноморско-среднеазиатский висцеральный лейшманиоз;
- 3) восточно-африканский висцеральный лейшманиоз;
- 4) кожный лейшманиоз Старого Света;
- 5) кожный лейшманиоз Нового Света.

Наиболее тяжелое течение имеет висцеральный лейшманиоз, который приводит к тяжелому поражению печени, селезенки и костного мозга и отличается длительным течением и значительным снижением трудоспособности, а кожный лейшманиоз приводит к косметическим дефектам.

Разбираемые вопросы по теме:

Висцеральный лейшманиоз (индийский кала-азар; средиземноморско-среднеазиатский; восточно-африканский):

1. Возбудители и их переносчики, особенности эпидемиологии и географические закономерности.
2. Патогенез. Роль иммунологических процессов в патогенезе висцерального лейшманиоза. Причина развития отдельных клинических симптомов в разных стадиях болезни (темный цвет кожи, прогрессирующая анемия, выраженная спленогепатомегалия, геморрагический синдром).
3. Клинические особенности различных видов висцерального лейшманиоза - детского и кала-азара.
4. Изменения в составе периферической крови при висцеральном лейшманиозе.

- Значение микроскопии пунктатов костного мозга, биоптатов лимфоузлов, серологических реакций для диагностики.
5. Осложнения при висцеральном лейшманиозе и их диагностика.
 6. Лечение лейшманиоза. Основные этиотропные препараты, схема их применения. Проблема резистентности к препаратам сурьмы.
 7. Дифференциальная диагностика висцерального лейшманиоза.
 8. Профилактические мероприятия.

Тема 2.3. Гельминтозы в тропических странах.

Значение темы.

Известно свыше 250 видов гельминтов, паразитирующих у человека. Они широко распространены во всех странах земного шара, но неравномерно, что обусловлено многими природными и социально-экономическими факторами. Различают так называемые убиквитарные гельминтозы (аскаридоз, энтеробиоз, гименолепидоз и др.), которые встречаются практически повсеместно, и эндемические гельминтозы, встречающиеся на сравнительно ограниченных территориях с такими характеристиками ландшафта, климата, состава животного мира, совокупность которых обеспечивает цикл развития гельминта (шистосомозы, филяриидозы, анкилостомидозы). Гельминтозы - одна из глобальных проблем человечества. По данным ВОЗ, самым распространенным на земном шаре гельминтозом является аскаридоз, которым поражено 1 млрд. 269 млн. человек, т.е. около 33% населения земли. Анкилостомидозами страдают 932 млн. человек, трихоцефалезом - 687 млн., филяриидозами (лимфатическая форма) - 383 млн., шистосомозами - 271 млн., тениаринхозом - 77 млн., трихиниллезом - 46 млн., клонорхозом - 38 млн. человек. Уровень заболеваемости людей гельминтозами в значительной степени зависит от санитарно-гигиенических условий, санитарной культуры населения, экономического развития и благосостояния, состояния медико-санитарной службы. В то же время многочисленные виды гельминтов, особенно круглых и сосальщиков, распространены только в жарком климате и вызывают большую группу очень важных тропических гельминтозов. Тропическими гельминтозами поражено более 1,5 млрд. жителей развивающихся стран Азии, Африки, и Америки. Поэтому ВОЗ рассматривает тропические гельминтозы как важный фактор, подрывающий здоровье, физическую и умственную активность населения развивающихся стран, а, следовательно, и экономику.

Нематодозы.

1. Филяриидозы:

1. Географическое распространение и природная очаговость филяриидозов.
2. Возбудители онхоцеркоза, вухерериоза, бругиоза, лоаоза, их основные свойства, эпидемиологические особенности.
3. Патогенез филяриидозов. Локализация взрослых паразитов и микрофилярий в организме человека.
4. Особенности клинического течения филяриидозов, поражение кожи, лимфатической системы, глаз, мышц, нервной системы. Осложнения, исходы.
5. Диагностика филяриидозов в разные периоды болезни. Обнаружение микрофилярий в крови, моче, плевральной жидкости и пр. Серологическая диагностика.
6. Лечение филяриидозов с учетом особенностей клинических форм и поражения различных органов и систем.
7. Профилактика филяриидозов с учетом эпидемиологических особенностей онхоцеркоза, вухерериоза, бругиоза, лоаоза, мансонеллеза.

II. Дракункулез:

1. Возбудитель, его жизненный цикл, стадии развития в организме окончательного (человек) и промежуточного (вслюногие рачки) хозяев.
2. Эпидемиология дракункулеза, источник инвазии, механизм заражения. Очаги инвазий, распространение.
3. Классификация и основные клинические проявления инвазии. Осложнения, исходы.
4. Консервативные и хирургические методы лечения.
5. Успехи программы ВОЗ по ликвидации дракункулеза в мире..

///. Аскаридоз.

1. Возбудитель, его жизненный цикл, стадии развития в организме человека и во внешней среде.
2. Источник инвазии, механизм заражения. Распространение.
3. Стадии патологического процесса, их продолжительность. Основные клинические симптомы. Осложнения. Исходы.
4. Клинико-эпидемиологическая и паразитологическая диагностика. Инструментальные методы обследования. Дифференциальная диагностика.
6. Основные химиотерапевтические средства для лечения и способы их применения.
7. Комплекс санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий.

IV. Анкилостомидозы (анкилостомоз и некатороз).

1. Биологическая характеристика возбудителей, стадии развития в организме человека и во внешней среде.
2. Источники инвазии, механизм заражения, контингенты высокого риска заражения.. Распространение.
3. Основные клинические симптомы. Осложнения. Исходы.
4. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики. Паразитологическая диагностика. Дифференциальная диагностика.
5. Химиотерапевтические антигельминтные препараты, способы их применения. Лечение анемий.
6. Профилактика в условиях стран тропического климата.

V. Трихоцефалез.

1. Возбудитель, его жизненный цикл.
2. Эпидемиология, источник инвазии, механизм заражения. Очаги инвазии. Распространение.
3. Основные клинические симптомы. Осложнения. Исходы. Паразитологические методы исследования.
4. Лечение трихоцефалеза. Основные антигельминтные препараты и способы их применения.
5. Роль санитарно-профилактических мероприятий в профилактике трихоцефалеза.

VI. Трихинеллез.

1. Возбудитель, его жизненный цикл.
2. Эпидемиология и географическое распространение. Роль диких и домашних животных, природная очаговость.
3. Клиническая характеристика форм и стадий болезни. Осложнения, исходы.
5. Диагностика, значение клинико-эпидемиологических данных. Серологическая диагностика. Трихинеллоскопия. Дифференциальная диагностика.
6. Химиотерапевтические средства (антигельминтные и десенсибилизирующие), способы их применения. Интенсивная терапия тяжелых форм.
7. Профилактика, санитарно-ветеринарные мероприятия.

VII. Стронгилоидоз.

1. Возбудитель, его биологический цикл, особенности развития гельминта в организме человека и во внешней среде.

2. Эпидемиология стронгилоидоза, источники инвазии, механизм заражения, очаги инвазии. Географическое распространение.
3. Стадии патологического процесса. Механизм поражения тонкой кишки и различных органов. Аутоинвазия. Основные клинические симптомы болезни. Поражение пищеварительного тракта. Осложнения, исходы.
4. Диагностика, значение клинико-эпидемиологических данных. Паразитологическая диагностика, исследование кала по Берману. Дифференциальная диагностика.
5. Основные химиотерапевтические средства, способы их применения. Профилактика стронгилоидоза.

VIII. Энтеробиоз.

1. Биология возбудителя, особенности развития в организме человека.
 2. Источник инвазии, особенности механизма заражения человека.
3. Клиника энтеробиоза, ведущий клинический синдром. Осложнения, исходы. Особенности клиники у женщин и детей различного возраста.
4. Диагностика, значение клинико-эпидемиологических данных и гельминтологического обследования.
5. Антигельминтные препараты, способы их применения. Профилактика.

Цестодозы.

1. Тениаринхоз.

1. Возбудитель, его жизненный цикл, стадии развития в организме окончательного (человека) и промежуточного (крупный рогатый скот) хозяев.
2. Эпидемиология тениаринхоза и его географическое распространение. Восприимчивость, контингенты высокого риска заражения.
3. Клиническая характеристика острой фазы инвазии и хронической стадии. Активная миграция члеников. Осложнения, исходы.
4. Диагностика, клинико-эпидемиологические данные. Паразитологические методы исследования. Лечение тениаринхоза, основные химиотерапевтические средства, способы их применения.
5. Профилактика, санитарно-ветеринарные мероприятия.

II. Тениоз.

1. Основные свойства возбудителя, его жизненный цикл, стадии развития в организме окончательного и промежуточного хозяев.
2. Эпидемиология тениоза и его географическое распространение.
3. Патогенез. Стадии инвазионного процесса, их продолжительность. Иммунология. Атипичная локализация гельминта при заражении онкосферами.
4. Клиника инвазии свиным цепнем.
5. Диагностика тениоза.
6. Лечение и профилактика.

III. Цистицеркоз.

1. Патогенез, клиника и диагностика.
 2. Особенности клиники и диагностики цистицеркоза в зависимости от локализации (цистицеркоз головного мозга, глаз, мышц и др.).
3. Лечение цистицеркоза и его профилактика.

IV. Эхинококкоз.

1. Биология возбудителя, стадии развития в организмах окончательного (собаки) и промежуточного (травоядные животные, человек) хозяев.
2. Эпидемиология эхинококкоза. Природная очаговость и географическое распространение инвазии.
3. Патогенез, стадии патологического процесса.

4. Клиническая классификация и характеристика основных клинических форм. Осложнения и исходы.
5. Диагностика эхинококкоза. Значение рентгенологических и иммунологических методов исследования. Серологическая диагностика. Дифференциальная диагностика.
6. Хирургическое лечение эхинококкоза. Перспективы консервативного лечения.

V Гименолепидоз.

1. Возбудитель, особенности жизненного цикла, стадии развития.
2. Эпидемиология и географическое распространение гименолепидоза. Аутоинвазия.
3. Патогенез. Механизм поражения кишечника.
4. Клиника гименолепидоза. Особенности клинического течения у детей.
5. Диагностика. Решающее значение паразитологической диагностики, результаты инструментального обследования.
6. Лечение и профилактика гименолепидоза.

VI. Дифиллоботриоз.

1. Характеристика возбудителей, их жизненный цикл, стадии развития в организмах окончательного (животные и человек), промежуточного (веслоногие рачки) и дополнительного (пресноводные рыбы) хозяев.
2. Особенности эпидемиологии дифиллоботриозов. Географическое распространение. Контингенты высокого риска заражения.,
3. Клиника дифиллоботриоза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Паразитологические методы обследования.
4. Лечение дифиллоботриоза. Основные химиотерапевтические препараты, применяемые при дифиллоботриозе. Патогенетическая терапия, лечение анемии.
5. Профилактика дифиллоботриоза. Комплекс санитарно-гигиенических мероприятий.

Трематодозы.

I. Шистосомозы.

1. Виды возбудителей, их свойства, жизненный цикл, стадии развития в организмах окончательного и промежуточного хозяев.
2. Эпидемиология, географическое распространение. Восприимчивость. Контингенты высокого риска заражения. .
3. Патогенетические особенности, острая и хроническая стадии инвазии. Генез поражения мочевыделительной, пищеварительной систем, печени и других органов.
4. Классификация. Характеристика острой стадии. Клиника поражения различных систем и органов в хронической стадии. Осложнения и исходы.
5. . Паразитологическая и серологическая диагностика. Инструментальные методы исследования. Дифференциальная диагностика.
6. Особенности клинического течения мочевого, кишечного, японского и интеркалатного шистосомозов.
7. Принципы лечения и комплекс профилактических мероприятий при шистосомозе.

//. Описсторхозы.

1. Биология возбудителей, стадии развития в организмах окончательного, промежуточного и дополнительного хозяев.
2. Источники инвазии, механизм заражения и пути распространения, Восприимчивость. Патогенез, стадии и патогенетические звенья. Генез поражения печени и других органов.
3. Клиническая характеристика острой и хронической стадии описсторхоза. Осложнения и исходы. Диагностика и дифференциальная диагностика.
4. Терапия и профилактика описсторхоза. Комплекс санитарно-ветеринарных мероприятий.

///. Фасциолезы.

1. Возбудители, их биология, жизненный цикл и стадии развития.
2. Особенности эпидемиологии фасциолезов, природные очаги и географическое распространение.
3. Клиническая картина фасциолеза. Осложнения и исходы.
4. Диагностика фасциолеза. Дифференциальная диагностика с паразитарными, инфекционными и неинфекционными болезнями гепатобилиарной системы.
5. Основные химиотерапевтические средства лечения. Лечение осложнений.
6. Меры профилактики при фасциолезах.

IV. Парагонимоз.

1. Биология возбудителя, его жизненный цикл, стадии развития в организмах различных хозяев.
2. Эпидемиологические особенности, географическое распространение, природная очаговость. Пресноводные раки и крабы, как факторы передачи возбудителя.
3. Стадии патологического процесса. Патогенез поражения системы органов дыхания и других органов.
4. Клиническая картина заболевания при легочной и внелегочной локализации.
5. Диагностика парагонимоза. Значение исследования мокроты и кала. Серологическая диагностика и инструментальные методы исследования. Дифференциальная диагностика.
6. Лечение и профилактика парагонимоза.

V. Клонорхоз.

1. Возбудитель, его биология, стадии развития.
2. Географическое распространение и природная очаговость. Восприимчивость. Пероральный механизм заражения.
3. Клиническая картина инвазии. Классификация форм. Осложнения и исходы.
4. Паразитологическая и клинико-эпидемиологическая диагностика. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение и профилактика клонорхоза.

Тема 2.4. Тропические вирусные болезни.

Значение темы.

В эту группу входят в основном арбовирусные болезни, протекающие с лихорадкой, экзантемой, интоксикационным и геморрагическим синдромами, с поражением центральной нервной системы и других органов и систем. Возбудителями являются арбовирусы, передающиеся от больного с помощью кровососущих насекомых. Переносчиками возбудителя инфекции при них являются комары (55%), клещи, и москиты. Вирусы сохраняются в переносчике на протяжении всей жизни, могут передаваться трансовариально, тем самым формируя стойкие резервуары возбудителя инфекции в природе. Распространению арбовирусов способствуют разнообразие видового состава и значительная плотность популяций позвоночных хозяев и членистоногих переносчиков, а также высокая температура воздуха. В современных условиях, в связи с социально-экономическим преобразованием развивающихся стран, освоением новых территорий, миграцией населения и притоком туристов энзоотические очаги арбовирусных инфекций чаще, чем раньше приобретают эпидемическую значимость. Важным фактором активности и эпидемического проявления очагов арбовирусных инфекций служит деятельность человека и нарушение экологического равновесия, что особенно наблюдается в последнее время. Кроме арбовирусных болезней к данной группе относятся заболевания, вызываемые фило- и ареновирусами, для которых трансмиссивный путь заражения не доказан (лихорадка Ласса, Эбола, Марбург, аргентинская и др.).

Разбираемые вопросы по теме:

Желтая лихорадка:

1. Флавивирусы, их характеристика.
2. Два основных эпидемиологических типа желтой лихорадки -эндемический, эпидемический. Джунглевые и поселковые очаги. Источники и переносчики возбудителя.
3. Тропизм вируса. Ведущие механизмы геморрагического синдрома, капилляротоксикоза, гепаторгии и нефропатии.
4. Классификация, клиническая картина заболевания в зависимости от периодов. Различия клиники болезни у коренных жителей и приезжих лиц.
5. Лечение и специфическая иммунопрофилактика.

Геморрагические лихорадки Ласса, Эбола и Марбурга.

1. Характеристика возбудителя, способы культивирования.
2. Природная очаговость, эпидемиологические особенности. Механизмы и пути передачи возбудителя инфекции. Роль грызунов в распространении африканских геморрагических лихорадок.
3. Значение сосудистого поражения при этих лихорадках. ДВС -синдром в патогенезе геморрагических лихорадок.
4. Клинические особенности. Значение геморрагического синдрома в осложнениях и исходах.
5. Вирусологические и серологические методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
6. Антивирусная терапия при геморрагических лихорадках. Борьба с инфекционно-токсическим шоком.

Флеботомная лихорадка.

1. Характеристика возбудителя москитной лихорадки.
2. Эпидемиология, природная очаговость. Типоспецифический иммунитет.
3. Формы болезни, их клиническая характеристика. Исходы.
4. Дифференциальная диагностика. Вирусологические и серологические исследования.
5. Принципы патогенетической и симптоматической терапии. Профилактика.

Лихорадка денге.

1. Этиология, характеристика вирусов.
2. Источник инфекции. Джунглевые и антропоургические очаги.
3. Клиника классической формы лихорадки денге.
4. Диагностика. Значение вирусологических и серологических методов диагностики.
5. Особенности геморрагического варианта денге.

Лихорадки чикунгунья и Западного Нила.

Тема 2.5. Тропические риккетсиозы. Миазы в тропических странах.

Значение темы.

Риккетсиозы человека по эпидемиологическим и иммунологическим особенностям подразделяются на 5 групп. В патологии тропиков важную роль играют сыпные тифы, марсельская лихорадка, лихорадка цуцугамуши, лихорадка Ку. Их ареал весьма обширен, включая страны бассейны Средиземного, Черного, Каспийского морей, Южной, Центральной и Восточной Африки, Юго-восточной Азии. Этому способствует низкий санитарно-культурный и материальный уровень населения этих стран, неблагоприятные жилищные условия в ряде развивающихся стран.

Разбираемые вопросы по теме:

1. Риккетсиозы, встречающиеся в нашей стране.

2. Инфекционные болезни, относящиеся к группе риккетсиозов, их ареал.
3. Эпидемиологические особенности различных риккетсиозов. Антропонозные и зоонозные риккетсиозы. Природная очаговость зоонозных риккетсиозов.
4. Характеристика эпидемиологии риккетсиозов.
5. Патогенез риккетсиозов.
6. Общие для всей группы болезней клинические проявления и различия. Осложнения и исходы.
7. Основные отличительные черты эпидемического крысиного, вшивого сыпных тифов.
8. Принципы этиотропного и патогенетического лечения риккетсиозов.
9. Профилактические мероприятия при риккетсиозах.

Тропические миазы - заболевания, вызываемые личинками некоторых видов мух в тропиках, протекающие наиболее часто с поражением кожи и подкожной клетчатки. В основном распространены в странах Африки и Южной Америки.

Разбираемые вопросы:

1. Этиология африканского и южноамериканского миазов, ее характеристика.
2. Эпидемиологические особенности миазов, характеристика факторов, способствующих широкому распространению их в тропических странах.
3. Клиническая характеристика кожных и полостных доброкачественных и злокачественных миазов. Осложнения, исходы.
4. Лабораторная и дифференциальная диагностика миазов.
5. Лечение и профилактика миазов.

Тема 2.6. Острые кишечные инфекции в тропических странах. Зачёт.

Значение темы.

Острые кишечные инфекции объединяют обширную группу инфекционных болезней, при которых основным является диарейный симптомокомплекс на фоне поражения желудочно-кишечного тракта и других систем. Они имеют широкое распространение по всему земному шару, но преимущественно в странах с тропическим климатом. Наиболее часто встречаются такие, как шигеллез, салмонеллез, эшерихиоз, пищевые токсикоинфекции, периодически и холера. По данным ВОЗ, острые кишечные заболевания ежегодно являются причиной смерти 5 млн. грудных детей. Во многих развивающихся странах дети в возрасте до 5 лет в основном умирают от этих болезней. Например, дизентерия, занимая ведущее место среди кишечных инфекций, остается одной из важнейших причин болезни и смерти населения в ряде стран мира. Согласно приводимым Баркером данным, смертность от острых кишечных заболеваний во многих развивающихся странах достигает 200-500 на 100 тыс. жителей, составляя 20-30% общей смертности в этих странах. Для сравнения следует указать, что в промышленно развитых странах летальность от этих заболеваний не превышает, как правило, 10 на 100 тыс. жителей, обуславливая не более 1% общей смертности. Поражая в первую очередь детей, диарейные заболевания в развивающихся странах являются причиной высоких показателей детской смертности, многократно превышающих соответствующие показатели в развитых странах. Кроме того, острые диарейные инфекционные болезни в тропических странах имеют свои особенности распространения и течения. Часты тяжелые формы болезни, осложнения и исход в хронизацию.

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем						Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции					Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	экзамен/зачет	ПК-1				ПК-6	ПК-8					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1.1 (кожные болезни)				5		5	4	9			X	X	X	КС, МП, ИА	ЗС, Т	
1.2 (кожные болезни)				5		5	4	9			X	X	X	КС, МП, ИА	ЗС, Т	
2.1				8		8	7	15			X	X	X	КС, МП, ИА	ЗС, С	
2.2				8		8	7	15			X	X	X	КС, МП, ИА	Р, ЗС	
2.3				8		8	7	15			X	X	X	КС, МП, ИА	Р, С	
2.4				8		8	7	15			X	X	X	КС, МП, ИА	ЗС, С	
2.5				8		8	7	15			X	X	X	КС, МП, ИА	ЗС, КР	
2.6. Зачёт				10		10	5	15			X	X	X	КС, МП, ИА	Т,ЗС	
ИТОГО:				60		60	48	108								

Список сокращений:

Список сокращений: * - *Примечание. Трудоемкость в учебно-тематическом плане указывается в академических часах. Примеры образовательных технологий, способов и методов обучения (с сокращениями): разбор клинических случаев (КС), просмотр мультимедийных презентаций (МП), интерактивный атлас (ИА).*

Примерные формы текущего и рубежного контроля успеваемости (с сокращениями): Т – тестирование, ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам.

**IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций
(Приложение № 1)**

С целью определения степени подготовки обучающегося по дисциплине ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА проводится текущий контроль, а также проведение зачёта, состоящего из тестового контроля и решения ситуационных задач.

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме. Выберите один правильный ответ.

1. Для кишечного амебиаза характерен следующий симптом:

- 1) слабо выраженная интоксикация;
- 2) глубокие язвы в толстой кишке
- 3) анемизация;
- 4) слизисто-кровянистый стул;

Эталон ответа: 4.

2. Для купирования малярийного приступа применяется:

- 1) примахин;
- 2) аспирин;
- 3) хиноцид;
- 6) фансидар.

Эталон ответа: 4.

3. Без лихорадки протекает:

- 1) малярия;
- 2) грипп;
- 3) брюшной тиф;
- 4) холера.

Эталон ответа: 4.

4. Возбудителем эпидемического возвратного тифа является:

- 1) вирус;
- 2) простейшие;
- 3) риккетсия;
- 4) бактерия.

Эталон ответа: 4.

5. Для желтой лихорадки характерным является:

1. геморрагический синдром;
2. обезвоживание;
3. двуфазное течение;
4. желтуха

Эталон ответа: 4.

6. Для мочевого шистосомоза характерным является:

- 1) анемизация;
- 2) терминальная гематурия;
- 3) болезненное мочеиспускание;
- 4) стеноз мочеточника

Эталон ответа: 4.

7. Переносчиком возбудителя онхоцеркоза является:

- 1) комар анофелес;
- 2) муха це-це;
- 3) слепни;

4) мошка рода 81тиНит.

Эталон ответа: 4.

8. Раннему периоду африканского трипаносомоза свойственны:

- 1) лихорадка;
- 2) отеки;
- 3) полиаденит;
- 4)) кольцевидная сыпь

Эталон ответа: 4.

9.Для клещевого боррелиоза характерна лихорадка:

- 1) ремиттирующая;
- 2) гектическая;
- 3) возвратная;
- 4) волнообразная.

Эталон ответа: 4.

10. Для малярии характерна:

- 1) сыпь розеолезная;
- 2) увеличение печени и селезенки;
- 3) приступы лихорадки;
- 4) анемия.

Эталон ответа: 4.

Критерии оценки тестового контроля:

ЗАЧТЕНО – 71% и более правильных ответов.

НЕ ЗАЧТЕНО – 70% и менее правильных ответов.

Примеры ситуационных задач

Задача №1

Больной К., 28 лет, житель Непала, поступил в клинику с жалобами на кашель с отделением гнойной мокроты, боли в груди, одышку, слабость. Болен 4 мес. Ставился диагноз бронхита, затем пневмонии. В последние 3 недели ежедневно отделяется от 300 до 500 мл гнойной мокроты с примесью крови. Часто питается полусырыми раками и крабами. В местности, где проживает больной, много источников воды с обилием моллюсков.

При осмотре кожные покровы бледные, с землистым оттенком, сыпи на теле нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Число дыханий – 45 в мин. При перкуссии грудной клетки укорочение перкуторного тона справа над нижней долей, дыхание с бронхиальным оттенком, шум трения плевры. В центре зоны притупления амфорическое дыхание. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у реберной дуги, селезенка не пальпируется. Менингеальных симптомов нет. В крови лейкоцитов – $11,1 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилов – 25%.

Задание:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Каков план обследования больного и лечения?.

Эталон ответа: 1. Хронический легочный парагонимоз?

2. Исследование мокроты на яйца парагонимов, КТМ и МРТ легких. Лечение можно поводить празиквантелем и битионолом.

ЗАДАЧА №2

Больной А., 49 лет, предъявляет жалобы на плохой аппетит, тошноту, вздутие, урчание в животе, зуд кожи, слабость.

Из анамнеза выявлено, что больной в прошлом дважды болел вирусным гепатитом. Злоупотребляет алкоголем более 10 лет. Неоднократно в течение последних трех лет замечал темную мочу. Прибавил в весе, увеличился живот. В течение года отмечает тяжесть в правом подреберье, периодически – геморроидальные кровотечения.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Умеренная желтуха. На груди единичные сосудистые «звездочки». Пульс 78 уд./мин., АД 130/80 мм рт .ст. Живот увеличен в объеме, в отлогах местах отмечается притупление перкуторного звука. Печень увеличена на 2 см, плотная. Селезенка не пальпируется. За сутки выпил 1200 мл жидкости, выделил 500 мл темной мочи.

Задание:

1. . Каков предварительный диагноз?
2. Каков план обследования больного?.

Эталон ответа:

- 1.Цирроз печени.
2. Необходимо исследование сыворотки крови на наличие маркеров ВГВ и ВГС, активность АЛТ и АСТ, билирубин, общий белок и белковые фракции, протромбиновый индекс.

ЗАДАЧА №3

Мальчик 8 лет, житель сельской местности Индии, был укушен домашней кошкой, которая отсутствовала дома в течение нескольких дней. По возвращении из леса вела себя беспокойно. Через 2 дня кошку нашли мертвой.

Задание:

- 1.Какое заболевание может развиваться у ребенка?
2. Какие экстренные мероприятия необходимо провести?

Эталон ответа:

1. У ребенка возможно развитие бешенства.
- 2.Необходимо доставить ребенка в медучреждение для организации антирабической вакцинации. При возможности следует направить голову погибшей кошки для исследования головного мозга на вирус бешенства.

ЗАДАЧА №4

Больной В. 17 лет, житель Камеруна, поступил на 18 день болезни с жалобами на слабость, бессонницу, боли в мышцах при соприкоснове-нии, повышение температуры тела до 39 град.С.

При осмотре на коже туловища эритематозная сыпь кольцевидной формы, заднешейные лимфатические узлы величиной с голубиное яйцо, плотноватой консистенции. Тоны сердца приглушены, пульс 98 уд./мин, среднего наполнения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,5 см ниже реберной дуги, слезенка – на 1 см. Менингеальные знаки отсутствуют.

Задание:

- . Каков предварительный диагноз?
2. Каков план обследования больного?.

Эталон ответа:

- 1.Трипаносомоз африканский, ранняя стадия.
- 2.Требуется исследование пунктата шейных лимфатических узлов и крови на наличие трипаносом. При необходимости используются иммунологические методы (РСК, РИФ, ИФА и др.). Для лечения в ранней стадии болезни используются сурамин (вводится в/в

в виде 10 % водного раствора в суммарной дозе 5,0 гр) и пентамидин (вводится в/м в виде 10% раствора ежедневно или через день в разовой дозе 3-4 мг основания на 1 кг массы тела; всего проводят 1-2 курса по 5-10 инъекций).

Критерии оценки собеседования по решению ситуационной задачи:

- **отлично** – ставится обучающемуся, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- **хорошо** - заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание этого программного материала;

- **удовлетворительно** - заслуживает обучающийся, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- **неудовлетворительно** - выставляется обучающемуся, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде двухэтапного зачёта (тестовый контроль и решение ситуационной задачи)

1 этап – выполнение заданий в тестовой форме. Предлагается решить 10 тестовых заданий

Примеры заданий в тестовой форме. Выберите один правильный ответ.

1.Для желтой лихорадки характерным является:

1. геморрагический синдром;
2. обезвоживание;
3. двуфазное течение;
4. желтуха

Эталон ответа: 4.

2.Для мочевого шистосомоза характерным является:

- 1) анемизация;
- 2) терминальная гематурия;
- 3) болезненное мочеиспускание;
- 4) стеноз мочеоттока

Эталон ответа: 4.

3.Переносчиком возбудителя онхоцеркоза является:

- 1) комар анофелес;
- 2) муха це-це;
- 3) слепни;
- 4) муха рода 81тиНит.

Эталон ответа: 4.

4.Раннему периоду африканского трипаносомоза свойственны:

- 1) лихорадка;
- 2) отеки;
- 3) полиаденит;
- 4)) кольцевидная сыпь

Эталон ответа: 4.

Критерии оценки тестового контроля:

ЗАЧТЕНО – 8 и более правильных ответов.

НЕ ЗАЧТЕНО – 7 и менее правильных ответов.

2 этап – итоговое собеседование по ситуационным задачам**Предлагается решить одну ситуационную задачу****Примеры ситуационных задач****ЗАДАЧА №1**

Мальчик 8 лет, житель сельской местности Индии, был укушен домашней кошкой, которая отсутствовала дома в течение нескольких дней. По возвращении из леса вела себя беспокойно. Через 2 дня кошку нашли мертвой.

Задание:

1. Какое заболевание может развиться у ребенка?
2. Какие экстренные мероприятия необходимо провести?

Эталон ответа:

1. У ребенка возможно развитие бешенства.
2. Необходимо доставить ребенка в медучреждение для организации антирабической вакцинации. При возможности следует направить голову погибшей кошки для исследования головного мозга на вирус бешенства.

ЗАДАЧА №2

Больной В. 17 лет, житель Камеруна, поступил на 18 день болезни с жалобами на слабость, бессонницу, боли в мышцах при соприкосновении, повышение температуры тела до 39 град.С.

При осмотре на коже туловища эритематозная сыпь кольцевидной формы, заднешейные лимфатические узлы величиной с голубиное яйцо, плотноватой консистенции. Тоны сердца приглушены, пульс 98 уд./мин, среднего наполнения. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка – на 1 см. Менингеальные знаки отсутствуют.

Задание:

1. Определить заболевание.
2. Наметить план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Трипаносомоз африканский, ранняя стадия.
2. Требуется исследование пунктата шейных лимфатических узлов и крови на наличие трипаносом. При необходимости используются иммунологические методы (РСК, РИФ, ИФА и др.). Для лечения в ранней стадии болезни используются сурамин (вводится в/в в виде 10 % водного раствора в суммарной дозе 5,0 гр) и пентамидин (вводится в/м в виде 10% раствора ежедневно или через день в разовой дозе 3-4 мг основания на 1 кг массы тела; всего проводят 1-2 курса по 5-10 инъекций).

Критерии оценки по решению ситуационной задачи:

- оценка «зачтено» ставится обучающемуся, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины или обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении.

- оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА: ЗАЧТЕНО (ЗАЧТЕНО по тестам + ЗАЧТЕНО по задаче).

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а) основная литература

1. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни [Текст] / Е.П.Шувалова.- Москва, 2015. - 727 с.
2. Атлас инфекционных болезней [Текст] / ред. В.И.Лучшев, С.Н.Жаров, В.В.Никифоров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с.
3. Бронштейн, А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников [Текст] / А.М. Бронштейн. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с.

Электронный ресурс:

Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Электронный ресурс]: учебник. – 3-е изд. испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2013. – 1008 с.

б) дополнительная литература

1. Общая врачебная практика [Текст] : национальное руководство : В 2-х т. / ред. И.Н. Денисов, О.М., Лесняк. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т.1. – 973 с., т.2. - 888 с.
2. Общая врачебная практика : диагностическое значение лабораторных исследований [Текст] : учебное пособие / Сергей Сергеевич Вялов. – 5-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ. 2013. - 171 с.
3. Колоколов, Г.Р. Медицинское право [Текст] : учебное пособие / Г.Р. Колоколов, Н.И. Махонько. - 2-е изд. – Москва: Дашков и К, 2012. - 451 с.

Электронный ресурс:

Аликеева Г.К. Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: учебник/под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2013. – 704 с.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Интенсивная терапия [электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1744 с.
2. Медицинское право [электронный ресурс] : учебное пособие / Сашко С.Ю, Кочорова Л.В.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 352 с.
3. Клиническая лабораторная диагностика: руководство [электронный ресурс] : руководство. В 2 томах / ред. В.В.Долгов, – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – т.1 - 928 с., т.2. – 808 с.
4. Инфекционные болезни [электронный ресурс] : национальное руководство + CD / ред. Н.Д.Ющук, Ю.Я.Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 1056 с.

**3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины
Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);

Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);

Доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru;

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

*Целесообразно их оформить в виде **Приложения № 2** к рабочей программе дисциплины (с наличием соответствующей ссылки в рабочей программе).*

Методические указания для обучающихся должны раскрывать рекомендуемый режим и характер различных видов учебной работы, а также выполнение самостоятельной работы. Каждая тема завершается примерным перечнем вопросов (в т.ч. тестовых заданий), которые предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов и нацеливают их на формы текущего, промежуточного и итогового контроля.

Для клинических дисциплин в этом же разделе также в виде приложения приводится схема истории болезни (кураторского листа), которую оформляет студент в ходе изучения данной дисциплины.

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Приложение № 3

Этот раздел оформляется в виде приложения, будет дан макет и образец его заполнения.

VII. Научно-исследовательская работа студента

изучение специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной наук;

подготовка реферативных сообщений с презентациями;

осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научно-технической информации по теме (заданию);

подготовка и выступление с докладом на конференции.

VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами

Оформляется не менее двух протоколов согласования (один – с кафедрой, ведущей преподавание на этапе, предшествующем изучению данной дисциплины, второй – с кафедрой последующего этапа обучения или ведущей преподавание параллельно), при этом клинические кафедры выступают в роли «заказчика» для теоретических (доклинических) кафедр.

IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 4

Кафедры обязаны ежегодно обновлять рабочие программы дисциплин (модулей) с учётом развития науки, техники, культуры, экономики, технологий и социальной сферы.

Текст, выделенный КУРСИВОМ нужно удалить! Размер и вид шрифта и полей не менять, страницы не нумеровать, разделители страниц (разделов) не удалять!

Разработка и корректировка рабочей программы дисциплины

Для кафедры и профессорско-преподавательского состава наличие рабочей программы дисциплины (модуля) является обязательным условием, допускающим преподавание данной дисциплины.

Рабочая программа дисциплины (модуля):

1. Составляется (разрабатывается) преподавателями кафедры.

2. Обсуждается на заседании кафедры.
3. Рассматривается на заседании соответствующего методического совета.
4. Рекомендуются к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета (ЦКМС).

Для рассмотрения рабочей программы на методическом совете необходимы:

1. Рабочая программа дисциплины в печатном виде.
2. Выписка из протокола заседания кафедры.
3. Рецензия внешнего рецензента (из другой образовательной организации высшего образования, ведущей подготовку по соответствующему направлению, специальности **или** рецензента из числа представителей работодателей), подтверждающая должный методический и содержательный уровень рабочей программы.

Студент имеет право ознакомиться с рабочей программой, и может рассчитывать на выполнение преподавателем установок, зафиксированных в ней, по содержанию и объему часов. Рабочая программа обладает статусом учебно-методической публикации.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

ПК 1

«Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания».

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Примеры заданий в тестовой форме: Выберите один правильный ответ

1. Группа убитых вакцин это:

- а) Холерная, лептоспирозная, клещевая, брюшнотифозная, столбнячная.
- б) Полиомиелитная оральная, холерная, лептоспирозная, брюшнотифозная, чумная.

Эталон ответа: А.

2. Противопоказанием к проведению профилактической прививки является наличие гиперемии (инфильтрата) более 8 см и (или) температуры 40 градусов и выше в месте предыдущей прививки вакциной:

- а) Да
- б) Нет

Эталон ответа: А.

3. Минимальный интервал между прививкой и последующим плановым введением иммуноглобулина.

- а) 2 недели
- б) 1 месяц
- в) 3 месяца

Эталон ответа: А.

4. При развитии сильной реакции или осложнения на предыдущую дозу вакцины дальнейшую иммунизацию проводят:

- а) другим препаратом
- б) тем же препаратом под наблюдением врача

Эталон ответа: А.

5. Первую ревакцинацию АКДС вакциной ребенок получил в возрасте 3 года (прививался вне схемы). Время проведения второй вакцинации:

- а) однократно АДС-М анатоксином в возрасте 8 лет
- б) однократно АДС анатоксином с интервалом 5- 6 лет
- в) Однократно АДС-М вакциной в возрасте 7 лет
- г) не прививать

Эталон ответа: А.

6. Напряженность иммунитета методом РПГА после противодифтерийной прививки определяется:

- а) через 45 дней

- б) через 2 мес
- в) через 8 – 9 мес
- г) через 1 мес

Эталон ответа: А.

7. После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Это является противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза:

- а) да
- б) нет
- в) нет при использовании 0,5 дозы

Эталон ответа: А.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (поставить диагноз инфекционного заболевания):

Примеры заданий в тестовой форме

1. Время проведения прививки против кори после введения иммунодепрессантов и лучевой терапии составляет:

- а) 12 месяцев после окончания лечения
- б) 3-6 месяцев после окончания лечения

Эталон ответа: А

2. Время между вакцинацией против клещевого энцефалита и последующими ревакцинациями составляет:

- а) 3 года
- б) 6 лет
- в) 2 года

Эталон ответа: А.

3. Оптимальная температура хранения вакцины против ВГВ составляет:

- а) от +2 до +8 градусов
- б) от 0 до -5 градусов
- в) от 0 до +2 градусов
- г) ниже 0 градусов

Эталон ответа: А.

4. Срок вакцинации БЦЖ после постановки пробы Манту:

- а) не более 2 недель
- б) не более 2 месяцев
- в) не более 72 часов
- г) не более 45 дней

Эталон ответа: А.

5. Вторая вакцинация и последующие ревакцинации против клещевого энцефалита проводятся:

- а) март-апрель
- б) январь-февраль
- в) май-июнь

Эталон ответа: А.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть: основами предупреждения возникновения и (или) распространения заболеваний, их ранней диагностики, выявлением причин и условий их возникновения и развития»

1. С целью предупреждения развития бешенства безусловной курс антирабической вакцины проводят обязательно:

- а) больному гидрофобией
- б) после спровоцированного укуса известного животного
- в) после ранения клювом или когтями вороны
- г) после укуса неизвестного животного

Эталон ответа: Г

2. Действия в отношении больной И., 21 года, обратившейся в клинику с жалобами на сильную головную боль, усиливающуюся при перемене положения тела, головокружение, рвоту, не связанную с приемом пищи, общую слабость.

- а) поставить диагноз грипп
- б) гипертоническую болезнь
- в) направить на консультацию к ЛОР врачу с подозрением на лабиринтит.

Эталон ответа: В.

3. Действия в отношении контактных лиц при постановки диагноза холера:

- а) карантин и наблюдение за контактными в течение 5 дней
- б) карантин и наблюдение за контактными в течение 10 дней
- в) изоляция не обязательна
- г) вакцинопрофилактика

Эталон ответа: А.

4. Для дезинфекции фекалий больных дизентерией требуется раствор хлорамина, который состоит:

- а) из 100 граммов хлорамина на 10 литров воды
- б) из 50 граммов хлорамина на 10 литров воды
- в) из 100 граммов хлорамина на 10 литров воды, хранить 10 дней
- г) из 50 граммов хлорамина на 10 литров воды, хранить 10 дней

Эталон ответа: А.

5. Температурный режим работы параформалиновой камеры для дезинфекции шерстяных изделий будет:

- а) 92° С
- б) 100° С
- в) 120° С
- г) 58° С

Эталон ответа: Г.

ПК 6

«Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра»

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Примеры заданий в тестовой форме: Выберите один правильный ответ.

1. СЫПЬ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПОЯВЛЯЕТСЯ НА:

- 1) 1-3 день болезни;

- 2) 4-7 день болезни;
- 3) 8-10 день болезни;
- 4) после 14 дня болезни.

Эталон ответа: 3.

2. ЦИТОЛИЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- 1) непосредственное воздействие вируса на гепатоциты;
- 2) иммунный ответ на вирусные антигены и аутоантигены;
- 3) поражение желчных ходов.

Эталон ответа: 2.

3. В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ВОЗБУДИТЕЛИ БРЮШНОГО ТИФА ОБНАРУЖИВАЮТ В:

- 1) крови;
- 2) кале;
- 3) моче;
- 4) желчи.

Эталон ответа: 1.

4. ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХОЛЕРЫ:

- 1) интоксикация
- 2) изотоническая дегидратация
- 3) инвазия возбудителя в слизистую оболочку кишечника
- 4) генерализация инфекционного процесса

Эталон ответа: 2.

5. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ КОЛИТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ДИЗЕНТЕРИИ:

- 1) обильный водянистый
- 2) обильный типа «мясных помоев»
- 3) типа «малинового желе»
- 4) скудный со слизью и прожилками крови

Эталон ответа: 4.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (поставить диагноз инфекционного заболевания):

Примеры заданий в тестовой форме: Выберите один правильный ответ.

1. У больного имеются жалобы на головную боль в области надбровных дуг, глазах и при движении глазными яблоками в стороны; трахеит. Возможный диагноз:

- 1) грипп;
- 2) парагрипп;
- 3) лихорадка папатачи
- 4) холера

Эталон ответа: 1.

2. Диагноз острого вирусного гепатита А подтверждается обнаружением в крови:

- 1) анти-HAV-IgM;
- 2) ПЦР на РНК-ВГ А;

- 3) на анти-HAV, суммарных;
- 4) увеличенные показатели активности АлАТ и АсАТ;

Эталон ответа: 1

3. При обнаружении в крови атипичных клеток-мононуклеаров, увеличении печени и селезенки, полилимфоаденопатии выставляется диагноз:

- 1) инфекционный мононуклеоз;
- 2) гепатит;
- 3) сальмонеллёз;
- 4) дизентерия.

Эталон ответа: 1.

4. Обильный, водянистый, пенистый, зеленоватого цвета стул характерен для:

1. сальмонеллёза;
2. Холеры;
3. шигеллёза;
4. коли-инфекции

Эталон ответа: 1.

5. У больного чёрный безболезненный карбункул - это:

- 1) сибирская язва;
- 2) укус собаки;
- 3) укус змеи;
- 4) травма.

Эталон ответа: 1.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть: проведением дифференциальной диагностики»

Примеры заданий в виде ситуационных задач

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная Ж., 38 лет, обратилась к врачу 2 мая с жалобами на острое начало заболевания, повышение температуры до 39,5⁰С с ознобами, небольшую потливость. Одновременно беспокоила головная боль, мышечная слабость, бессонница и боли в крупных суставах. Боли в суставах усиливались при движении и пальпации. Объем движений резко снижен из-за болей. В зеве ограниченная яркая гиперемия слизистой мягкого неба. Лицо и шея гиперемированы (симптом «капюшона»), отмечается гиперемия и отечность ладоней и подошв. АД 95/55 мм рт.ст. Пульс 104 уд. В мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. В легких дыхание везикулярное. Менингеальные знаки отсутствуют.

Из анамнеза удалось выяснить, что больная в апреле месяце была в гостях у родственников на Дальнем Востоке. Употребляла в пищу сырые овощи, пила некипяченую воду.

Клинический анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ увеличена.

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. С каким заболеванием необходим дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1. Псевдотуберкулёз. 2. Скарлатина.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В терапевтическое отделение поступил больной Т., 33 лет, с диагнозом «ревматизм». При поступлении жалуется на слабость, потливость, скованность и боль в пояснице, локтевых и коленных суставах.

Из анамнеза: длительное время проживал с семьей в Казахстане в сельской местности, по роду работы часто посещал пастухов в степи, употреблял в пищу брынзу и сырое молоко. В течение последних трех лет появились боли в пояснице и крупных суставах. Год назад лечился у уролога по поводу орхита.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное, активен, имеется скованность в правом коленном суставе и в пояснично-крестцовой области. Коленные и локтевые суставы припухшие, кожа над ними не гиперемирована. Пальпируются множественные мелкие плотные безболезненные лимфатические узлы в подмышечных, паховых, подчелюстной, заднешейных областях. В пояснично-крестцовой области пальпируются безболезненные плотные узелковые образования размерами до двух сантиметров в диаметре.

Тоны сердца отчетливые, ритмичные, пульс – 72 в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. В легких хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, уплотнена. Пальпируется селезенка. Врачом-терапевтом приемного покоя поставлен диагноз «ревматизм».

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. С каким заболеванием необходим дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1. Бруцеллез. 2. С мононуклеозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больная П., 26 лет, медсестра отделения реанимации областной больницы. Переведена из областной больницы, где лечилась в течение 7 дней по поводу острого холецистита.

Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура со 2-го дня болезни 38—39⁰, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получила лечение по поводу холецистита—без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: болезнь Боткина.

В контакте с желтушными больными не была, никаких инъекций и парэнтеральных вливаний в течение последнего года не было, ничем не болела.

При поступлении больная вялая, адинамичная, сознание ясное, заторможена. Желтуха интенсивная. Язык сухой, обложен сероватым налетом, плохо спала прежние ночи, весь день сонлива. Печень +0,5 см, край мягкий, пальпируется отчетливо, резкая болезненность при ощупывании печени. Селезенка не увеличена. Пульс 98 уд. в 1 мин., ритмичный, мягковат, АД—100/40.

Анализ крови: л—3,2 · 10⁹/л, сдвиг нейтрофилов влево, СОЭ— 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин—240 мкмоль ч/л, сулемовая проба—1,4; АЛТ—16,0 мкмоль/л, холестерин— 3,64 мкмоль/л; протромбиновый индекс—45%.

Вопросы:

1. Каков диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Эталон ответа: 1. ОВГ В тяжёлая форма. 2. Проводится с гепатитами А и С.

ПК 8

«Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами»

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» критерии постановки диагнозов у инфекционных больных; основные группы лекарственных препаратов, применяемых в инфектологии; (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Примеры заданий в тестовой форме: Выберите один правильный ответ

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) делагил
- 2) хлоргексидина биглюконат
- 3) кортикостероиды
- 4) борная кислота

Эталон ответа: 1.

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) глюкокортикоиды
- 2) транквилизаторы
- 3) ретиноиды
- 4) витаминные препараты

Эталон ответа: 1.

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЗОНДОВОГО ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стенокардия
- 2) сахарный диабет
- 3) отсутствие хрусталика
- 4) возраст до 18 лет

Эталон ответа: 1.

4. ДИАГНОЗ КОЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ ПОДТВЕРЖДАЕТ:

- 1) слизь, лейкоциты, эритроциты в копрограмме
- 2) гной в копрограмме
- 3) только слизь в копрограмме
- 4) детрит в копрограмме

Эталон ответа: 1.

5. АНТИ-НСV IgM УКАЗЫВАЕТ, ЧТО У БОЛЬНОГО:

- 1) гепатит С
- 2) гепатит А
- 3) гепатит В
- 4) гепатит Д

Эталон ответа: 1.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных

алгоритмов решения, поставить диагноз инфекционного заболевания):

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Студент К. из Индии, 20 лет, обратился за медицинской помощью по поводу частого жидкого стула через 6 часов после начала заболевания. Врач скорой медицинской помощи выяснил, что пациент три дня назад вернулся из Калькутты, где находился в течение месяца у родственников. В месте проживания были перебои с водоснабжением, у некоторых знакомых и родственников был жидкий стул и рвота. Сам заболевший иногда пил некипяченую воду.

Заболевание началось с чувства «распираания» в животе, непреодолимых позывов на дефекацию. В течение пяти часов стул был 6 раз, обильный, водянистый, светло-коричневого цвета.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,2⁰С. Кожные покровы слегка бледные, обычной влажности. Тургор сохранен. Язык сухой, покрыт белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс 88 уд. в мин. АД 105/70 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах, сигмовидная кишка не спазмирована, отмечается урчание в околопупочной области. Диурез сохранен.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании можно думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Холера.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной А., 37 лет. Жалуется на повышение температуры тела до 38-39⁰С, сухой кашель со скудной мокротой, одышку при ходьбе, общую слабость, сильные головные боли, бессонницу.

Заболел 2 недели назад, вскоре после возвращения из Таджикистана, где был в длительной командировке. Заболевание началось постепенно, с небольшого повышения температуры, сильной головной боли, эпизодических болей в животе. На протяжении 3 дней отмечался жидкий стул без примеси слизи и крови до 3-4 раз в сутки. Температура тела постепенно повышалась и к 7 дню болезни достигла 39⁰С. Принимал аспирин, амбулаторно был назначен пенициллин по 1 млн. ЕД х 3 раза в сутки внутримышечно. Однако температура сохранялась, а в последние три дня присоединился кашель со скудной мокротой и одышка. Участковым терапевтом направлен в стационар с подозрением на пневмонию.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 39,0⁰С. Кожные покровы бледные, на коже живота скудная розеолезная сыпь, слегка возвышающаяся над поверхностью кожи. Язык сухой, по центру густо обложен серым налетом, края и кончик языка свободны от налета. В легких справа под лопаткой выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 64 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области. Печень увеличена на 1 см. В положении на правом боку пальпируется селезенка. Стула нет в течение последних 2 дней. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы к задаче:

1. Правильно ли был поставлен диагноз? Каков правильный диагноз?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 2

1. Неправильно. Брюшной тиф. Осложнение: правосторонняя пневмония.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больная Н., 40 лет, госпитализирована в терапевтическое отделение на 9-й день болезни с диагнозом «пневмония».

Жалуется на повышение температуры до 38,0-39,0⁰С, кашель со скудной слизистой мокротой, резко выраженную слабость, сердцебиение при бытовых физических нагрузках.

Заболела 9 дней назад, без видимой причины. Заболевание началось остро, с повышения температуры тела до 39,0⁰С, головных и мышечных болей, резко выраженной слабости. Принимала жаропонижающие, антибиотики (ампициллин по 0,25 x 4 раза в день внутрь), однако улучшения самочувствия не отмечалось. С третьего дня болезни появился сухой кашель, с шестого дня стала отделяться скудная слизистая мокрота. При рентгенологическом исследовании, проведенном на 9-й день болезни, выявлены участки инфильтрации легочной ткани в нижних долях обоих легких. Направлена в стационар с диагнозом «пневмония».

При объективном исследовании выявлены влажные мелкопузырчатые хрипы ниже углов лопаток с обеих сторон, тахикардия до 96 в 1 мин. Других отклонений от физиологической нормы при физикальном исследовании не отмечается.

В анализе крови: лейкоцитов 8,5 x 10⁹/л, эозинофилов 1%, палочкоядерных нейтрофилов 12%, сегментоядерных нейтрофилов 58%, лимфоцитов 19%, моноцитов 10%, СОЭ 32 мм/час.

При целенаправленном расспросе выяснено, что за 8 дней до начала болезни убирала балкон, на котором находилось большое количество фекалий голубей.

Вопросы к задаче:

1. Можно ли считать диагноз пневмонии обоснованным?

ЭТАЛОН ОТВЕТА №3

1. Можно. Нижнедолевая двусторонняя пневмония при орнитозе.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

В июне 2016 года жительница г. Твери 43 лет была доставлена в инфекционное отделение с жалобами на лихорадку до 39⁰С, сильную головную боль, тошноту. Выяснено, что в течение последних 6 месяцев проживала в штате Гоа (Индия). Не всегда употребляла в пищу мытые фрукты.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой, утолщен с отпечатками зубов по краям, покрыт белым налетом, но кончик и края его чистые. Пульс 78 уд. в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень увеличена на 2 см, пальпируется край селезенки. Имеется притупление в правой подвздошно области. Сигмовидная кишка не спазмирована. Диурез сохранен.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании можно думать?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 4

1. Брюшной тиф.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной Т., 25 лет, обратился к врачу окулисту с жалобами на «туман», «сетку» перед глазами. При расспросе было установлено, что больной испытывает сильную жажду, саднение в горле, умеренную слабость. Заболел накануне, внезапно почувствовал головокружение, тошноту. В этот день была однократная рвота съеденной пищей, периодически наблюдались схваткообразные боли в животе. Было выяснено, что больной питается дома, за два дня до заболевания употреблял маринованные грибы домашнего приготовления.

При осмотре в приемном покое общее состояние больного средней тяжести. Температура тела нормальная. Адинамичен. Кожные покровы бледные. Сухость слизистых ротовой полости. Тоны сердца приглушены, пульс – 80 ударов в минуту, АД

110/70 мм рт.ст. Живот вздут, участвует в дыхании. Печень и селезенка не пальпируются. Отмечается задержка стула в течение последних 2-х дней. При осмотре глаз отмечается анизокория и мидриаз. На следующий день появилась осиплость голоса, речь неясная. Отмечается двухсторонний птоз.

Вопросы к задаче:

1. Каков ваш диагноз и какие действия врача спасут жизнь больного?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 5

1. Ботулизм. Необходимо срочное введение противоботулинической антитоксической сыворотки.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне Владеть: методикой обследования инфекционных больных

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной К., 32 лет, госпитализирован в инфекционное отделение. При поступлении жалобы на слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, частый жидкий стул, схваткообразные боли в животе, усиливающиеся при дефекации.

Заболел 10 дней назад. Стул в начале заболевания имел каловый характер, затем стал скудным, с большим количеством прозрачной слизи с примесью крови. Частота стула 8-10 раз в сутки.

Эпиданамнез: 30 дней назад больной вернулся из туристической поездки по Индии.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,3°C. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Пульс 78 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен светлым налетом. Живот слегка вздут, пальпаторно мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника. Сигмовидная кишка не спазмирована. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул при осмотре скудный, представляет собой стекловидную слизь, окрашенную кровью.

Лабораторные показатели:

В клиническом анализе крови: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, эозинофилы - 15%, СОЭ - 15 мм/час.

Бактериологический анализ кала на дизентерийную группу и сальмонеллы - отрицательный.

Больному проведена ректороманоскопия: в прямой и сигмовидной кишке, главным образом на вершине складок слизистой обнаружены эрозии и несколько язв. Слизистая оболочка, свободная от эрозий и язв, практически не изменена.

Вопросы к задаче:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие данные подтверждают его?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 1

1. Кишечный амебиаз (амебная дизентерия).
2. Данный диагноз подтверждают:
 1. Клиническая картина заболевания: субфебрильная лихорадка, схваткообразные боли в животе, усиливающиеся при дефекации; характер стула - скудный, с большим количеством прозрачной слизи, окрашенной кровью.

2. Данные эпиданамнеза: посещение Индии (регион, эндемичный по амебиазу) в сроки, соответствующие инкубационному периоду.
3. Объективные данные: бледность кожи, метеоризм, болезненность при пальпации толстого кишечника. При осмотре стула - стекловидная слизь, окрашенная кровью.
4. Данные лабораторного и инструментального обследования: анемия, эозинофилия, увеличение СОЭ. Отрицательный результат бактериологического исследования кала. При эндоскопии толстого кишечника - язвы на фоне неизменной слизистой в слепой и восходящей ободочной кишке.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной М., 58 лет, жалуется на сильные схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, частый (до 10 раз в день) жидкий стул с примесью слизи и крови (со слов больного теряет около 50 мл крови ежедневно), сухость во рту, повышение температуры тела до 37,5°C ежедневно. Аппетит снижен, похудел за время болезни на 7 кг. Указанные жалобы беспокоят в течение 10 дней. Лечился народными средствами, принимал левомецетин - без эффекта. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и слизистые бледные, кожа сухая, тургор сохранен. Пониженного питания. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны легких - без особенностей. Пульс 90 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, звучные, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации болезненность по ходу толстого кишечника, наиболее выраженная при пальпации сигмовидной кишки. Урчание при пальпации слепой кишки. Печень - до 1 см из-под ребер, селезенка не пальпируется.

Бактериологический посев кала на шигеллы и сальмонеллы отрицателен. Больной осмотрен инфекционистом поликлиники, диагноз острой дизентерии вызвал сомнение, назначено дополнительное обследование.

Вопросы к задаче:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Каков план дополнительного обследования?. Какие данные могут быть обнаружены при этом?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 2

1. Острая дизентерия, колитическая форма.
2. Клинический анализ крови: гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, СОЭ ускорена. Биохимический анализ крови: гипопропротеинемия, уменьшение альбуминов, увеличение γ -глобулинов. Копрограмма: слизь, кровь, эритроциты и лейкоциты в большом количестве. Ректороманоскопия: гиперемия слизистой, эрозии, язвы, кровотечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Больная М., 60 лет, поступила в клинику на 6-й день болезни с жалобами на головную боль, плохой сон, высокую температуру, кашель.

Заболела остро, температура тела повысилась до 38,2°C, появилась сильная головная боль без определенной локализации, слабость, мышечные боли. В последующие дни температура держалась в пределах 38,5-38,7°C, беспокоили бессонница ночью и сонливость днем, слуховые галлюцинации; исчез аппетит. На 5 день болезни состояние

ухудшилось, головная боль стала мучительной, в течение дня наблюдалась задержка мочеиспускания, на коже появилась сыпь. В контакте с инфекционными больными не была. Никуда не выезжала, в 1948 году перенесла сыпной тиф, 40 лет назад - брюшной тиф.

При поступлении состояние средней тяжести. В сознании. Контактна, несколько возбуждена. Лицо гиперемировано, акроцианоз, инъекции сосудов склер. На коже боковых поверхностей туловища, груди, живота и верхних конечностей скудная розеолезная сыпь. Температура тела 39°C, пульс 124 в мин., АД 100/60 мм рт.ст. В легких справа в нижних отделах дыхание ослабленное, мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется край печени.

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. Каков план лабораторного обследования?

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 3

1. Болезнь Брилла.
2. Диагностика основана на обнаружении в крови специфических антител к риккетсиям. Провачека в высоких титрах (РСК 1:10000, РНГА 1:64000).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная, 24 лет, доставлена в приемное отделение машиной "скорой помощи" в тяжелом состоянии. При опросе родственников выяснено, что три дня назад через 12 часов после употребления в пищу мороженого и пирожного у больной появились тошнота и боли в животе, затем многократная рвота и частый жидкий стул более 15 раз за сутки. Несмотря на жажду, больная не могла пить из-за мучительной рвоты. Отмечалось повышение температуры тела до 38,5°C. Жаловалась на слабость, головокружение, потемнение в глазах. Впоследствии состояние ухудшилось.

Объективно: сознание спутанное. Больная пониженного питания, черты лица заострены, акроцианоз. Мелкие подергивания мышц туловища. Кожа сухая, тургор ее резко снижен. Частота дыхания 28 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 126 в мин., АД 90/50 мм рт.ст. Перкуторные границы сердца в норме, ритм правильный, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, урчание при пальпации слепой кишки. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 4

1. Пищевая токсикоинфекция.
2. Посев промывных вод.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной О., 40 лет, доставлен в госпиталь из очага, где были зарегистрированы случаи заболевания холерой.

При поступлении состояние тяжелое, многократная рвота "фонтаном", стул через каждые 20 мин., жидкий, обильный, с большим количеством белых хлопьев слизи, без крови. Температура тела 35,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, диффузный цианоз лица, кистей и стоп. Черты лица заострены. Кожная складка не расправляется в течение 15 минут. Склеры тусклые. Язык сухой, обложен белым налетом. Периодически отмечаются судороги верхних и нижних конечностей. Голос осиплый. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 36 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс слабого

наполнения, 110 ударов в мин., АД 80/40 мм рт.ст. Живот втянут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен (выделил 100 мл мочи).

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА № 5

1. Холера.
2. План обследования: бактериологическое исследование, определение гематокрита, электролитного баланса, клинического анализа крови.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов _____ курса,

специальность (направление подготовки): _____
(название специальности, направления подготовки)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры « _____ » _____ 201__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
<i>Примеры:</i>				
1	<i>Раздел V, п 2., стр.38, абз. 3-5</i>	<i>Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль): «зачтено» – если правильный ответ дан на 70 % вопросов и более, «не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 70 % вопросов.</i>	<i>Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль): «зачтено» – если правильный ответ дан на 60 % вопросов и более, «не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 60 % вопросов.</i>	<i>Изменены критерии оценки второго этапа экзамена</i>
2	<i>Раздел VI, п а), стр. 42</i>	<i>Основная литература: I. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст]: учебник, 5-е изд. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. – М.: Медицина, 2005. – 591 с.</i>	<i>Основная литература: I. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст]: учебник, 6-е изд. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 768 с.</i>	<i>Обновлена основная литература</i>
3	<i>Раздел VI, п в), стр. 43</i>	-	<i>Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:</i>	<i>Добавлен Интернет-ресурс.</i>

			1. www.studmedlib.ru - Консультант студента. Электронная библиотека.	
--	--	--	---	--

В случае внесения изменений в пункт 2 раздела III Рабочей программы – Учебно-тематический план следует в качестве приложения к Листу регистрации изменений и дополнений в рабочую программу дисциплины (модуля) представить измененный Учебно-тематический план (в академических часах) и матрицу компетенций (таблицу) с пояснениями.

Примерные варианты пояснений:

- 1. Перераспределены часы между следующими разделами (перечислить).*
- 2. Увеличены часы аудиторной работы по следующим темам (перечислить).*
- 3. Вынесены на самостоятельное изучение следующие темы (перечислить).*
- 4. Исключена лекция по теме (название) и введена лекция по теме (название).*

При этом не допускается произвольное изменение часовой нагрузки, нарушение соотношения между различными видами учебной работы, введение не предусмотренных учебным планом специальности/направления подготовки зачётов и экзаменов.