Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 23.03.2026 09:44:54
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

# РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

## «Инфекционные болезни, фтизиатрия»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 5 лет

Кафедра внутренних болезней
Кафедра инфекционных болезней

**Рабочая программа дисциплины разработана на основе:**

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» августа 2020г., приказ № 984;

2) Учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 30 апреля 2021 г. протокол № 4;

3) Профессионального стандарта «Врач-стоматолог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «10 мая» 2016 г., приказ № 227н

**Рабочая программа дисциплины одобрена:**

кафедрой внутренних болезней 11.05.2021 г. (протокол № 11а)

Заведующий кафедрой Е.Н. Чичерина

кафедрой инфекционных болезней 30.04.2021 г. (протокол № 2)

Заведующий кафедрой А.Л. Бондаренко

ученым советом стоматологического факультета 14.05.2021 г. (протокол № 5)

Председатель совета стоматологического факультета С.Н. Громова

Центральным методическим советом 20.05.2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

Доцент кафедры внутренних болезней Е.Г. Фесюк

Доцент кафедры инфекционных болезней С.В. Барамзина

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**РАЗДЕЛ «ФТИЗИАТРИЯ»**


**Раздел 1.** Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 5
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 5
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 5
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 5
1.4. Объекты профессиональной деятельности 5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 5
**Раздел 2.** Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 8
**Раздел 3.** Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 9
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 9
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 10
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 10
3.4. Тематический план лекций 10
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 12
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 14
3.7. Лабораторный практикум 14
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 14
**Раздел 4.** Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 14
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 15
4.1.1. Основная литература 15
4.1.2. Дополнительная литература 15
4.2. Нормативная база 15
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 16
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 17
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 17
**Раздел 5.** Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 18
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 20
**Раздел 6.** Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 22
**Раздел 7.** Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 23
**Раздел 8.** Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 23

**РАЗДЕЛ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

**Раздел 1.** Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 26
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 26
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 26
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 26
1.4. Объекты профессиональной деятельности 26
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 26
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 27
**Раздел 2.** Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 29
**Раздел 3.** Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 29
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 29
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 30
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 30
3.4. Тематический план лекций 31
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 32
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 35
3.7. Лабораторный практикум 35
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 35
**Раздел 4.** Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 35
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 35
4.1.1. Основная литература 35
4.1.2. Дополнительная литература 35
4.2. Нормативная база 36
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 36
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 36
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 37
**Раздел 5.** Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 37
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 39
**Раздел 6.** Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 42
**Раздел 7.** Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 42
**Раздел 8.** Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 42

**РАЗДЕЛ «ФТИЗИАТРИЯ»**

**Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП**

**1.1 Цель изучения раздела «Фтизиатрия»** - формирование у студентов профессиональных компетенций по выявлению, диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике туберкулеза в современных эпидемиологических условиях.

**1.2. Задачи изучения раздела «Фтизиатрия»:**

- сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемиологических мероприятий;
- сформировать навыки диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;
- сформировать навыки диагностики неотложных состояний;
- сформировать знания, умения и навыки по диагностике, лечению и профилактике туберкулеза органов дыхания;
- сформировать знания, умения и навыки по диагностике, лечению и профилактике туберкулеза челюстно-лицевой области.

**1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:**

Дисциплина «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули) обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») формируются при изучении дисциплин: Микробиология, вирусология - микробиология полости рта; Фармакология; Внутренние болезни, клиническая фармакология; Лучевая диагностика.

Раздел «Фтизиатрия» является предшествующим для изучения дисциплин: Клиническая стоматология; Челюстно-лицевая хирургия.

**1.4. Объекты профессиональной деятельности**

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия»), являются:

физические лица (далее - пациенты);

население;

совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании стоматологической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**1.5. Типы задач профессиональной деятельности**

Изучение дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинский.

**1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы**

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

| № п/п | Результаты освоения ОПОП (индекс и содержани | Индикатор достижения компетенции | Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю) | | | Оценочные средства | | № раздела дисциплины, № семестра, в которых формируе |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Знать | Уметь | Владеть | для текущего | для промежуточной | |

| | е компетен-ции) | | | | | контроля | аттестации | тся компетенция |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента | Методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенности у больного фтизиатрического профиля. Этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, особенности течения и возможные осложнения туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области, Основные профилактические и противоэпидемические мероприятия при туберкулезе, правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | Собрать полный анамнез у больного с подозрением на туберкулез | Навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | Устная беседа, тестовые задания, ситуационные задачи, клинический разбор больных, реферат, рентгенограммы | собеседование, тестовые задания, ситуационные задачи, рентгенограммы, практические навыки | Раздел № 1,2,4 Семестр № 6 |
| | | ИД ОПК 5.2. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. | Методы физикального обследования и клинические проявления при туберкулезе органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. | Методикой физикального обследования Навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов. | | | |
| | | ИД ОПК 5.3. Формулирует предварительный | Принципы формулировки диагноза при туберкулезе. Современные методы | Формулировать предварительный диагноз и составлять план | Навыками установления предварительного диагноза. Навыками направления | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента | клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных фтизиатрического профиля. | лабораторных и инструментальных обследований пациента Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых с подозрением на туберкулез. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи. | пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты | | | |
| 2. | ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | ИД ОПК 6.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов | Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля Порядки оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля Стандарты медицинской помощи больным фтизиатрического профиля. | Разрабатывать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента. Разрабатывать план лечения с учетом течения заболевания, подбирать, назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения. Формулировать медицинские показания к избранному методу лечения с учетом | Навыками обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения. | Устная беседа, тестовые задания, ситуационные задачи, клинический разбор больных, реферат, рентгенограммы | собеседование, тестовые задания, ситуационные задачи, рентгенограммы, практические навыки | Раздел № 3 Семестр № 6 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | медицинской помощи | | этиологии и патогенеза заболевания. Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции. Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению Определять необходимость направления пациента к соответствующим врачам-специалистам. Направлять пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | | | | |

## Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 час.

| Вид учебной работы | Всего часов | Семестр 6 |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Контактная работа (всего) | **72** | **72** |
| в том числе: | | |
| Лекции (Л) | 18 | 18 |
| Практические занятия (ПЗ) | 54 | 54 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Самостоятельная работа (всего) | | **36** | **36** |
| Вид промежуточной аттестации | зачет | + | |
| Общая трудоемкость (часы) | | **108** | **108** |
| Зачетные единицы | | **3** | **3** |

Общая трудоемкость раздела «Фтизиатрия» составляет 1 зачетную единицу, 36 час.

| Вид учебной работы | | Всего часов | Семестры № 6 |
|---|---|---|---|
| 1 | | 2 | 3 |
| Контактная работа (всего) | | 20 | 20 |
| в том числе: | | | |
| Лекции (Л) | | 6 | 6 |
| Практические занятия (ПЗ) | | 14 | 14 |
| Семинары (С) | | - | - |
| Лабораторные занятия (ЛР) | | - | - |
| Самостоятельная работа (всего) | | 16 | 16 |
| в том числе: | | | |
| - подготовка реферата<br>- работа с учебной литературой<br>- работа с тестами, ситуационными задачами и контрольными вопросами<br>- подготовка к зачету | | 3<br>6<br>4<br>3 | 3<br>6<br>4<br>3 |
| Вид промежуточной аттестации | зачет | + | |
| Общая трудоемкость (часы) | | 36 | 36 |
| Зачетные единицы | | 1 | 1 |

**Раздел 3. Содержание раздела «Фтизиатрия», структурированное по темам**

**3.1. Содержание разделов дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел Фтизиатрия)**

| № п/п | Код компетенции | Наименование раздела дисциплины | Содержание раздела (темы разделов) |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | ОПК-5. | Теоретические основы фтизиатрии. | Тема 1. Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза (лекция). |
| 2. | ОПК-5. | Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Тема 1. Методы диагностики туберкулеза (практическое занятие).<br>Тема 2. Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Современная классификация туберкулеза (практическое занятие).<br>Тема 3. Клинические формы туберкулеза органов дыхания. Диагностика и лечение осложнений туберкулеза, требующих неотложной врачебной помощи (практическое занятие).<br>Тема 4. Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. Общие принципы лечения туберкулеза, лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области (лекция, практическое занятие).<br>Тема 5. Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика (практическое занятие).<br>Тема 6. Зачетное занятие |
| 3. | ОПК-6. | Особенности лечения туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Тема 1. Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. Общие принципы лечения туберкулеза, лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области (лекция). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | ОПК-5. | Раннее и своевременное выявление туберкулеза и его профилактика. | Тема 1. Раннее и своевременное выявление туберкулеза (лекция).<br>Тема 2. Профилактика туберкулеза (практическое занятие). |

### 3.2. Разделы дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

| № п\п | Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин | № № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Клиническая стоматология | + | + | + | + |
| 2 | Челюстно-лицевая хирургия | + | + | + | + |

### 3.3. Разделы дисциплины и виды занятий

| № п/п | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Л | ПЗ | ЛЗ | Сем | СРС | Всего часов |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Теоретические основы фтизиатрии | 2 | - | | | 3 | 5 |
| 2 | Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области | 1 | 12 | | | 6 | 19 |
| 3 | Особенности лечения туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области. | 1 | - | | | 3 | 4 |
| 4 | Раннее и своевременное выявление туберкулеза и его профилактика. | 2 | 2 | | | 4 | 8 |
| | Вид промежуточной аттестации: зачет | | | | | | зачет |
| | Итого: | 6 | 14 | | | 16 | 36 |

### 3.4. Тематический план лекций

| № п/п | № раздела дисциплины | Тематика лекций | Содержание лекций | Трудоемкость (час) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | № сем.6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 1 | Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза. | -Этиология туберкулеза: виды микобактерий туберкулеза, строение, свойства. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.<br>-Патогенез и патоморфология туберкулеза: источники, пути заражения МБТ, распространения в организме, факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, факторы риска внутрибольничного инфицирования туберкулезом. Местные и общие реакции на туберкулезную инфекцию. Туберкулезное воспаление и морфологические реакции при туберкулезном воспалении. Параспецифические реакции при туберкулезе. Химиотерапия и туберкулезное воспаление. Понятие «первичного» и «вторичного» туберкулеза | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | легких. Иммунитет и аллергия при туберкулезе.<br>- Эпидемиология современного туберкулеза: факторы, способствующие распространению туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу (инфицированность, заболеваемость, распространенность, смертность, летальность), методика их расчета, их значение, динамика, сравнение показателей по области и России. Эпидемиология туберкулеза за рубежом. Причины увеличения заболеваемости туберкулезом в последние годы, экономические потери в связи с заболеваемостью и смертностью от туберкулеза. Распространение туберкулеза среди животных, и влияние его на эпид. показатели по туберкулезу. Критерии ликвидации туберкулеза. Роль Всемирной организации здравоохранения в совершенствовании противотуберкулезной борьбы в России, основные законодательные актах по туберкулезу, о Федеральной программе по борьбе с туберкулезом в России | |
| 2 | 4 | Раннее и своевременное выявление туберкулеза | - Определение понятия «своевременное», «несвоевременное» выявление туберкулеза легких, «запущенные» формы туберкулеза.<br>-Основные методы выявления туберкулеза в разных возрастных группах.<br>-ФГ, как обязательный метод обследования на туберкулез, поступающих на работу, декретированного контингента, групп повышенного риска, студентов.<br>-Иммунодиагностика, как метод раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей и подростков.<br>- Место и роль микробиологического метода выявления туберкулеза. | 2 |
| 3 | 2,3 | Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. Общие принципы лечения туберкулеза, лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области. | - Туберкулез челюстно-лицевой области: классификация, клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области. Туберкулез слизистой оболочки рта: языка, десен, губ, щек, твердого и мягкого неба, туберкулезная волчанка, милиарно - язвенный туберкулез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Туберкулез других органов и систем: костей и суставов лицевого черепа, туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи и подкожной клетчатки; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Туберкулез слюнных желез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области, общее и местное лечение, принципы лечения.<br>- Определение понятия «комплексное | 2<br><br>*2 разд. – 1*<br>*3 разд. - 1* |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | лечение больного туберкулезом», его разделы, основной метод лечения, основа лечения больного туберкулезом (режим, питание). Принципы, режимы, фазы химиотерапии, пути и методы введения противотуберкулезных препаратов, побочное действие противотуберкулезных препаратов, их предупреждение и устранение. Этапы лечения, контроль за лечением. Критерии эффективности лечения. Факторы, снижающие эффективность лечения. | |
| **Итого:** | | | | **6** |

**3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)**

| № п/п | № раздела дисциплины | Тематика практических занятий (семинаров) | Содержание практических (семинарских) занятий | Трудоемкость (час) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | № сем.6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | Методы диагностики туберкулеза. | Классификация методов диагностики туберкулеза. Обязательный диагностический минимум, дополнительные, факультативные методы.<br>Характеристика методов диагностики туберкулеза:<br>- лучевая диагностика: виды, уровни диагностики, методика, показания, противопоказания к различным методам лучевой диагностики. Порядок описания рентгенограммы нормальных и патологических образований в легких и средостении, интерпретация основных рентгенологических синдромов. Работа с рентгенархивом (основные рентгенсиндромы при туберкулезе)<br>- компьютерная томография и цифровые технологии в лучевой диагностике.<br>- микробиологический метод в диагностике туберкулеза: виды, материал для исследования, правила забора, значение для диагностики туберкулеза. Лекарственная устойчивость: виды, методы определения, ее значение в клинике туберкулеза.<br>- ИФА и ПЦР в диагностике туберкулеза<br>- эндоскопические, инвазивные методы исследования. Виды биопсий.<br>- общеклинические, лабораторные, иммунологические исследования в клинике туберкулеза.<br>**Практическая подготовка** | 2<br>Из них на ПП 1,5 |
| 2 | 4 | Профилактика туберкулеза | Профилактика туберкулеза.<br>- Организация и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции:<br>- Специфическая профилактика: определение понятия, виды вакцин, их характеристика, | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | показания, противопоказания к вакцинации и ревакцинации, методика проведения, учетные формы, осложнения, тактика при осложненном течении вакцинации, ревакцинации.<br>- Химиопрофилактика туберкулеза: определение понятия, виды, показания, противопоказания, методика проведения, критерии эффективности.<br>- Санитарная профилактика: определение понятия «санитарная профилактика», «очаг туб. инфекции», группа очагов по степени опасности, критерии их подразделения, мероприятия в очаге туберкулезной инфекции, текущая и заключительная дезинфекция, показания.<br>- Сан. -просветительская работа: виды, контингенты, тематика, регламентируемые часы.<br>**Практическая подготовка** | Из них на ПП 1,5 |
| 3 | 2 | Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Современная классификация туберкулеза. | - Особенности клинического обследования больного туберкулезом: основные жалобы больного туберкулезом (симптомы общей интоксикации и локальные – грудные), их характеристика.<br>- Особенности сбора анамнеза жизни: (контакт с больным туберкулезом, виды контактов, наследственность, отягощающие факторы, данные предыдущих рентгенограмм)<br>- Особенности сбора анамнеза заболевания (начало, течение, динамика, лечение, эффективность лечения, цель направления на консультацию к фтизиатру).<br>- Особенности физикальных данных при туберкулезе легких (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация – зоны тревоги, методика выслушивания, клиническая интерпретация выявленных изменений).<br>- Принципы построения отечественной классификации туберкулеза. Разделы классификации, их характеристика. Основные клинические формы: наиболее частые у взрослых, детей и подростков, классификация клинических форм: локальные, нелокальные, первичного, вторичного туберкулеза, хронические и впервые выявленные. Понятие «активный», «клинически излеченный» туберкулез, больной «бактериовыделитель».<br>**Практическая подготовка** | 4<br>Из них на ПП 3 |
| 4 | 2 | Клинические формы туберкулеза органов дыхания. Диагностика и лечение осложнений туберкулеза, требующих | Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания (клиника, диагностика, лечение). Осложнения туберкулеза: понятия, виды (специфические, неспецифические, легочные, внелегочные, критерии специфичности осложнений). Остаточные изменения: незначительные, умеренные, | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | неотложной врачебной помощи. | выраженные. Их клиническое значение. Правила формулировки диагноза туберкулеза органов дыхания.<br>**Практическая подготовка** | Из них на ПП 3 |
| 5 | 2 | Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. | Туберкулез челюстно-лицевой области, классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области<br>Методы выявления, симптоматология и основные клинические признаки (туберкулез слизистой оболочки рта, туберкулез миндалин, глотки, слюнных желез).<br>Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области<br>**Практическая подготовка** | 1<br>Из них на ПП 0,5 |
| 6 | 2 | Зачетное занятие | Подготовка и написание итогового компьютерного тестового контроля знаний по дисциплине. Сдача практических навыков. Устное собеседование по вопросам к зачету, ситуационным задачам и рентгенограммам.<br>**Практическая подготовка:** | 1<br>Из них на ПП 0,5 |
| **Итого:** | | | | **14** |

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

| № п/п | № семестра | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Виды СРС | Всего часов |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 6 | Теоретические основы фтизиатрии. | - работа с учебной литературой<br>- работа с тестами, ситуационными задачами и контрольными вопросами | 3 |
| 2 | | Методы диагностики туберкулеза Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области. | - подготовка реферата<br>- работа с учебной литературой<br>- работа с тестами, ситуационными задачами и контрольными вопросами<br>- подготовка к зачету | 6 |
| 3 | | Особенности лечения туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области | - подготовка реферата<br>- работа с учебной литературой<br>- работа с тестами, ситуационными задачами и контрольными вопросами<br>- подготовка к зачету | 3 |
| 4 | | Раннее и своевременное выявление туберкулеза и его профилактика | - подготовка реферата<br>- работа с учебной литературой<br>- работа с тестами, ситуационными задачами и контрольными вопросами<br>- подготовка к зачету | 4 |
| Итого часов в семестре: | | | | 16 |
| **Всего часов на самостоятельную работу:** | | | | **16** |

### 3.7. Лабораторный практикум

Не предусмотрен учебным планом

### 3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

Не предусмотрены учебным планом

## Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

**4.1. Перечень основной и дополнительной7 учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)**

**4.1.1. Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2015 г<br>ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**4.1.2. Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.- 108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012, Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**4.2. Нормативная база**

**Основные нормативные акты, регламентирующие противотуберкулезную работу**

1. Федеральный закон № 77 от 18.06.2001г. «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ».

2. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60 (ред. от 06.02.2015) "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза" (вместе с "СП 3.1.2.3114-13...")
4. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Приказ МЗ России от 15.11.2012 № 932н
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
7. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
8. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec6.pdf
10. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec7.pdf
11. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
12. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. http://roftb.ru/structure/
14. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
15. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/
16. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей. http://roftb.ru/structure/

**4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем**

Для осуществления образовательного процесса используются презентации, слайд-лекции, компьютерные демонстрации по темам дисциплины.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
3. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
4. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,
6. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
7. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный)

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.
2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.
4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.
5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.
6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/
7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

**4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)**

| Наименование специализированных помещений | Номер кабинета, адрес | Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях |
|---|---|---|
| *учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа* | *каб №5 (лекционный зал кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД, г. Киров, ул.* проспект Строителей 25 (2 *корпус)* | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>-аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| *учебные аудитории для проведения практических занятий* | каб. № 1,2,3,4 кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД проспект Строителей 25 (2 *корпус)* | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, |

| | | |
|---|---|---|
| | | флюороскопы, тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, облучатель бактерицидный. |
| *учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций* | каб. № 4 и №5 (лекционный зал) кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД, проспект Строителей 25 (2 *корпус)* | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| *учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации* | *для проведения текущего контроля* - каб. № 1,2,3,4 кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД проспект Строителей 25 (2 *корпус)*;<br>*для проведения промежуточной аттестации* – компьютерный класс № 1Б (каб. № 414) корпус 3 Кировской ГМА, ул. К. Маркса 112; компьютерный класс № 1А (каб. № 307); компьютерный класс № 2 (каб. № 404) корпус 1 Кировской ГМА, ул. К. Маркса 137 | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| *помещения для самостоятельной работы* | компьютерный класс № 1Б (каб. № 414) корпуса 3 Кировской ГМА, ул. К. Маркса 112; компьютерный класс № 1А; №2 (каб. № 307, 404) корпуса 1 Кировской ГМА, ул. К. Маркса 137 | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения |

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

**Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел Фтизиатрия)**

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на практические занятия по изучению клинической картины, диагностики, лечения и профилактических мероприятий при туберкулезе с преимущественной локализацией в полости рта.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по фтизиатрии, необходимые для профессиональной деятельности врача по специальности 31.05.03 Стоматология.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса,

составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

**Лекции**:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении темы «Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза». На лекции излагается тема дисциплины, предусмотренная рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Раннее и своевременное выявление туберкулеза», «Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. Общие принципы лечения туберкулеза, лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области».

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

**Практические занятия:**

Практические занятия по разделу дисциплины проводятся с целью приобретения практических навыков в области фтизиатрии, необходимых для профессиональной деятельности врача по специальности 31.05.03 Стоматология.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются формы практических занятий, как семинар традиционный по темам: «Методы диагностики туберкулеза», «Профилактика туберкулеза» и семинар – дискуссия по темам: «Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Современная классификация туберкулеза», «Клинические формы туберкулеза органов дыхания. Диагностика и лечение осложнений туберкулеза, требующих неотложной врачебной помощи», «Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика», предусмотренным рабочей программой.

**Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине (модулю) «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к

библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины, обучающиеся готовят рефераты по выбранным темам и представляют их на занятиях. Написание реферата способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины (раздела) проводится в форме устного опроса в ходе занятий, клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, работы с рентгенограммами, тестового контроля и обсуждения рефератов.

В конце изучения дисциплины (раздела) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, работы с рентгенограммами. Вопросы по дисциплине (разделу) включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

**5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине**

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа

обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и

промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

| *№ п/п* | *Виды занятий/работ* | *Виды учебной работы обучающихся* | |
|---|---|---|---|
| | | *Контактная работа (on-line и off-line)* | *Самостоятельная работа* |
| 1 | Лекции | - веб-лекции (вебинары)<br>- лекции-презентации | - работа с архивами проведенных занятий<br>- работа с опорными конспектами лекций<br>- выполнение контрольных заданий |
| 2 | Практические занятия | - видеоконференции<br>- вебинары<br>- семинары в чате<br>- видеодоклады<br>- семинары-форумы<br>- веб-тренинги<br>- видеозащита работ | - работа с архивами проведенных занятий<br>- самостоятельное изучение учебных и методических материалов<br>- решение тестовых заданий и ситуационных задач<br>- работа по планам занятий<br>- самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю<br>- выполнение тематических рефератов |
| 3 | Консультации (групповые и индивидуальные) | - видеоконсультации<br>- веб-консультации<br>- консультации в чате | - консультации-форумы (или консультации в чате)<br>- консультации посредством образовательного сайта |
| 4 | Контрольные, проверочные, самостоятельные работы, | - видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные)<br>- тестирование | - работа с архивами проведенных занятий<br>- самостоятельное изучение учебных и методических материалов<br>- решение тестовых заданий и ситуационных задач<br>- выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ |

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

**Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия» (раздел «Фтизиатрия») (приложение А)**

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что

обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

## Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

## Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

### 8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающихся-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим

индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

**8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья**

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

| ***Категории обучающихся*** | ***Формы*** |
|---|---|
| С нарушением слуха | - в печатной форме<br>- в форме электронного документа |
| С нарушением зрения | - в печатной форме увеличенным шрифтом<br>- в форме электронного документа<br>- в форме аудиофайла |
| С ограничением двигательных функций | - в печатной форме<br>- в форме электронного документа<br>- в форме аудиофайла |

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

**8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

| ***Категории обучающихся*** | ***Виды оценочных средств*** | ***Формы контроля и оценки результатов обучения*** |
|---|---|---|
| С нарушением слуха | Тест | преимущественно письменная проверка |
| С нарушением зрения | Собеседование | преимущественно устная проверка (индивидуально) |
| С ограничением двигательных функций | решение дистанционных тестов, контрольные вопросы | организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка |

**8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;

- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;

- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

**РАЗДЕЛ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

**Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП**

**1.1. Цель изучения раздела:** «Инфекционные болезни» состоит в овладении знаниями и умениями, выработке практических навыков, обеспечивающих клиническую диагностику наиболее часто встречающихся инфекционных болезней, а также заболеваний с поражением ротоглотки, особо опасных инфекций, рациональное использование лабораторных и инструментальных методов обследования больных, назначение современной этиотропной и патогенетической терапии, включая элементы неотложной помощи, а также проведение первичных противоэпидемических мероприятий; формирование у студентов профессиональных компетенций по выявлению, диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике туберкулеза в современных эпидемиологических условиях.

**1.2. Задачи изучения модуля:**

1. сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемиологических мероприятий;
2. сформировать навыки диагностики стоматологических (инфекционных) заболеваний и патологических состояний пациентов;
3. сформировать навыки студентов по этиологическим и эпидемиологическим особенностям различных нозологических форм инфекционных болезней;
4. сформировать навыки студентов по специфике инфекционных заболеваний с акцентом на характерные для них патологические синдромы, особенностям изменений слизистой ротовой полости при различной инфекционной патологии; направлениям клинической и лабораторной диагностики инфекционных болезней; по принципам общей и местной терапии инфекционных заболеваний, особенностям проведения диагностики неотложных мероприятий при инфекционных заболеваниях; по методике практических навыков по выявлению ведущих клинических синдромов;
5. обучить принципам работы инфекционного отделения и кабинета инфекционных заболеваний в поликлинике;

**1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:**

Дисциплина «Инфекционные болезни. Фтизиатрия. (раздел «Инфекционные болезни»)» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули), обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Микробиология, вирусология - микробиология полости рта, Общая и биоорганическая химия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Клиническая стоматология, Челюстно-лицевая хирургия.

**1.4. Объекты профессиональной деятельности**

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета, являются:

- физические лица (далее - пациенты);
- население;
- совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании стоматологической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**1.5. Типы задач профессиональной деятельности**

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

**1)** *медицинский.*

**1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы**

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

| № п/п | Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции) | Индикатор достижения компетенции | Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю) | | | Оценочные средства | | № раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Знать | Уметь | Владеть | для текущего контроля | для промежуточной аттестации | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента | Методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенности у больного с инфекционнм и болезнями. Этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, особенности течения и возможные осложнения при инфекционных болезнях, Основные профилактические и противоэпидемические мероприятия при туберкулезе, правила проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | Собрать полный анамнез у больного с подозрением на при инфекционных болезнях. | Навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | Устная беседа, тестовые задания, ситуационные задачи, клинический разбор больных, реферат, портфолио | собеседо-вание, тестовые задания, ситуационные задачи, практические навыки | Раздел № 1,2,3 Семестр № 6 |
| 2. | ОПК-6. Способен назначать, осуществлят | ИД ОПК 6.1 Разрабатывает план | Клинические рекомендации (протоколы лечения) по | Разрабатывать оптимальную тактику лечения | Навыками обоснования наиболее целесообразно | Устная беседа, тестовые задания, | собеседо-вание, тестовые задания, | Раздел № 3 Семестр № 6 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ь контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи | вопросам оказания медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями.<br>Порядки оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>Стандарты медицинской помощи больным инфекционного профиля. | стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>Разрабатывать план лечения с учетом течения заболевания, подбирать, назначать лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения.<br>Формулировать медицинские показания к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции.<br>Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения стоматологических заболеваний у больных с инфекционными болезнями.<br>Определять объем и последовательность предполагаемых | й тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных с инфекционными заболеваниями, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения. | ситуационные задачи, клинический разбор больных, реферат, портфолио | ситуационные задачи, практические навыки | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | мероприятий по лечению Определять необходимость направления пациента к соответствующим врачам-специалистам. Направлять пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | | | | |

**Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы**
Общая трудоемкость раздела составляет 2 зачетные единицы, 72 час.

| Вид учебной работы | Всего часов | Семестр 6 |
|---|---|---|
| **Контактная работа (всего),** в том числе | **52** | **52** |
| Лекции (Л) | 12 | 12 |
| Клинические практические занятия (КПЗ) | 40 | 40 |
| Самостоятельная работа студента (СРС), в том числе | **20** | **20** |
| - подготовка к занятиям (ПЗ) | 16 | 16 |
| - реферат (Реф) | 2 | 2 |
| - подготовка к промежуточному контролю (ППК) | 2 | 2 |
| Вид промежуточной аттестации | зачет | зачет |
| **ИТОГО:** общая трудоёмкость (часы) | **72** | **72** |
| Зачетные единицы | **2** | **2** |

**Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)**

**3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)**

| № п/п | Код компетенции | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Содержание раздела |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | ОПК-5. | Вопросы общей патологии инфекционных болезней | **Содержание дисциплины «инфекционные болезни»** и ее специфические особенности в ряду других разделов внутренних болезней, место в деятельности врача любой специальности. Понятие об инфекции и инфекционном процессе, закономерности и особенности взаимодействия макро- и микроорганизма. Вопросы общей патологии инфекций. Ведущие звенья патогенеза инфекционного заболевания. Принципы специфической лабораторной диагностики инфекционных болезней. Основные методы и средства лечения инфекционных заболеваний. Тактика врача-стоматолога при подозрении на наличие у пациента инфекционного заболевания. |

| № п/п | Код компетенции | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Содержание раздела |
|---|---|---|---|
| 2 | ОПК-5. | Вирусные инфекции | **Грипп и другие ОРВИ.** Источник инфекции, пути распространения. Патогенез. Клиническое течение. Осложнения. Экспресс-диагностика. Принципы лечения. Профилактика.<br>**Герпесвирусные заболевания.** Классификация. Особенности возбудителя. Клинические проявления. Поражения слизистой ротовой полости. Лечение. Принципы терапии.<br>**Паротитная инфекция (эпидемический паротит).** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Симптоматика поражения слюнных желез. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика.<br>**Корь.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Основные симптомы кори в разные периоды болезни у взрослых. Осложнения. Лечение. Меры профилактики.<br>**Краснуха.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы краснухи у взрослых. Лабораторная диагностика. Осложнения. Принципы лечение. Меры профилактики. Краснуха у беременных.<br>**Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).** Этиология. Источники и пути передачи инфекции. Патогенез. Клинические проявления на разных стадиях болезни. Проявления при ВИЧ-инфекции со стороны слизистой ротовой полости. Лабораторная диагностика. Меры предупреждения инфицирования ВИЧ-инфекций пациентов в стоматологической практике.<br>**Вирусные гепатиты.** Этиология вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е. Механизм передачи. Патогенез. Клиника. Осложнения. Исходы. Предупреждение заражения при работе с больными парентеральными гепатитами. Профилактика. |
| 3 | ОПК-6. | Бактериальные инфекции | **Дифтерия.** Этиология. Источники и пути распространения инфекции. Патогенез. Поражение полости рта. Исходы. Дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Принципы лечения. Профилактика.<br>**Стрептококковая инфекция:** острый тонзиллит (ангина), **рожа** лица, **скарлатина.** Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Осложнения. Принципы лечения.<br>**Столбняк.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.<br>**Сепсис.** Особенности клиники, диагностики и лечения одонтогенного сепсиса. **Кандидоз.** Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лабораторная диагностика. Осложнения. Принципы лечения. |

## 3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

| | | № № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Клиническая стоматология | + | + | + |
| 2 | Челюстно-лицевая хирургия | + | + | + |

## 3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

| № п/п | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Л | ПЗ | СРС | Всего часов |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Вопросы общей патологии инфекционных болезней | 2 | - | 5 | 7 |
| 2 | Вирусные инфекции | 8 | 30 | 9 | 47 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Бактериальные инфекции | | 2 | 10 | 6 | 18 |
| | Вид промежуточной аттестации: | зачет | | | | |
| | Итого: | | 12 | 40 | 20 | 72 |

### 3.4. Тематический план лекций

| № | № раздела дисциплины | Название тем лекций | Содержание лекций | Трудоёмкость/ 6 семестр |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | Вопросы общей патологии инфекционных болезней | Содержание дисциплины «инфекционные болезни» и ее специфические особенности в ряду других разделов внутренних болезней, место в деятельности врача любой специальности. Понятие об инфекции и инфекционном процессе, закономерности и особенности взаимодействия макро- и микроорганизма. Вопросы общей патологии инфекций. Ведущие звенья патогенеза инфекционного заболевания. Принципы специфической лабораторной диагностики инфекционных болезней. Основные методы и средства лечения инфекционных заболеваний. Тактика врача-стоматолога при подозрении на наличие у пациента инфекционного заболевания, особо-опасной инфекции. | 2 |
| 2 | 2 | Гепатиты А и Е. Острая печёночная энцефалопатия. | Особенности вирусов, вызывающие гепатиты А и Е: морфологические и антигенные. Эпидемиологическая характеристика. Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Острая печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. Прогноз, исходы. | 2 |
| 3 | 2 | Гепатиты B,C,D. Хронические вирусные гепатиты. | Особенности вирусов, вызывающие парентеральные гепатиты у людей (B,C,D): морфологические и антигенные. Эпидемиологическая характеристика. Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Хронические гепатиты В и С. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. Прогноз, исходы. Врачебная тактика при работе с больными гепатитом. Предупреждение внутрибольничного заражения. | 2 |
| 4 | 2 | Грипп и ОРВИ | Грипп и ОРВИ. Этиология и эпидемиология. Классификация и клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Диагностика, осложнения, исходы. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Экстренная профилактика. | 2 |
| 5 | 2 | ВИЧ-инфекция | ВИЧ-инфекция. Морфологическая и антигенная характеристика вируса, цикл репродукции. Эпидемиологические особенности. Пути и факторы передачи, группы риска, классификация. Клиническая картина, периоды течения болезни., этапы диагностики, принципы терапии, показания к ВААРТ, группы антиретровирусных препаратов, принцип действия, прогноз. Алгоритм обработки кожных покровов, слизистых оболочек, рабочего места при попадании ВИЧ-инфицированного материала. Профилактика. | 2 |
| 6 | 3 | Поражение ротоглотки у инфекционных больных | Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, корь, краснуха, паротитная инфекция, герпангина). Особенности возбудителей. Морфологическая и антигенная характеристика. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | биохимической и иммунодиагностики. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом. Дифференциальный диагноз ангин и экзантем. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения. Принципы терапии и профилактики. | |
| ИТОГО: | | | | 12 |

## 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

| № | № раздела дисциплины | Название тем клинических практических занятий | Содержание клинических практических занятий | Трудоём-кость/ 6 семестр |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | **Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп** | **ГРИПП**<br>Этиология. Характеристика возбудителя. Антигенная структура. Изменчивость. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Восприимчивость макроорганизма. Роль коммуникации в распространении возбудителя. Устойчивость вируса. Патогенез. Внедрение вируса. Репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия. Клиника. Клиническая классификация гриппа. Клиника неосложненных форм гриппа. Оценка тяжести течения. Осложнения: патогенетически обусловленные и связанные с присоединением вторичной инфекции. Прогноз. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Вирусологические методы. Серологические методы. Экспресс–методы диагностики, ПЦР. Лечение. Режим. Показания к госпитализации. Лечение на дому: патогенетическая терапия, противовирусная терапия. Организация мероприятий по уходу за больными гриппом на дому. Профилактика. Изоляция больного. Противоэпидемические мероприятия. Специфическая профилактика.<br>**ПАРАГРИППП**<br>Этиология. Возбудитель. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи. Иммунитет, сезонность. Патогенез. Основные патогенетические механизмы инфекции. Причины развития стеноза гортани при парагриппе.<br>Клиника. Ларингит. Риноларинготрахеит. Течение парагриппа. Особенности клинической симптоматики у детей. Ложный хруп. Диагностика. Общеклинические методы диагностики. Специфическая диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Организация лечения на дому. Неспецифическая противовирусная терапия, патогенетическое и симптоматическое лечение. Неотложная терапия при стенозе гортани. Профилактика. Ранняя изоляция больных. Индивидуальная профилактика.<br>**АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**<br>Этиология. Характеристика возбудителей. Устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции, механизм передачи. Восприимчивость населения. Сезонность. Иммунитет. Патогенез. Поражение лимфатического аппарата, поражение слизистых оболочек дыхательного тракта и конъюнктив. Клиника. Классификация клинических форм аденовирусной инфекции. Клинические симптомы заболевания. Особенности течения аденовирусной инфекции у детей. Диагностика. Лечение. Профилактика.<br>Практическая подготовка. | 4,5<br><br>0,5 |
| 2 | 2 | **ВИЧ-инфекция, кандидоз** | ВИЧ<br>Этиология. Возбудитель. Его основные свойства. Классификация. Особенности ретровирусов. Устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи инфекции. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. | 5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Клиническая классификация (Покровский 2001 г.) ВИЧ-инфекции. Первичное инфицирование. Персистирующаяй генерализованная лимфоаденопатия. СПИД – ассоциированный комплекс. ВИЧ на стадии СПИДа. Проявления при ВИЧ со стороны слизистой ротовой полости. Диагностика. Значение клинико-эпидемиологического метода. Клинико-лабораторные критерии диагностики ВИЧ на различных стадиях заболевания. Врачебная тактика. Меры предупреждения инфицирования ВИЧ пациентов в стоматологической практике. Тактика медицинского персонала при попадании инфицированной ВИЧ-крови на поврежденную кожу, одежду, окружающие предметы.<br>КАНДИДОЗЫ<br>Характеристика возбудителя. Клиника. Дифференциальный диагноз различных форм кандидоза ротовой полости с ангинами, фузоспирохетозом. Лабораторная диагностика. Принципы лечения, профилактика. | |
| 3 | 2 | **Герпетическая инфекция** | ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ<br>Этиология. Характеристика вируса. Устойчивость во внешней среде.<br>Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи инфекции. Восприимчивость.. Иммунитет. Патогенез. Пожизненная персистенция в нервных ганглиях, развитие вторичного иммунодефицита. Клиника. Инкубационный период. Клинические симптомы: везикулёзная сыпь, невралгия, лимфоаденопатия. Осложнения. Особенности герпеса на слизистой полости рта. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Серологические методы исследования. Лечение. | 5 |
| 4 | 2 | **Гепатиты А и Е. Печеночная энцефалопатия** | **Гепатиты А и Е.** Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. Классификация Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Острая печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. Врачебная тактика при работе с больными гепатитом. Предупреждение внутрибольничного заражения.<br>Практическая подготовка. | 4,5<br>0,5 |
| 5 | 2 | **Парентеральные гепатиты В,С,Д, Хронические гепатиты В и С** | Этиология. Возбудители парентеральных вирусных гепатитов. Их основные свойства. Классификация острых вирусных гепатитов. Устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи инфекции. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Классификация хронических вирусных гепатитов. Методы современной диагностики гепатитов, неинвазивные методы оценки фиброза. Особенности клиники, течения и исходов хронических гепатитов В и С. Серологическая диагностика. Принципы этиотропной терапии, показания, противопоказания, осложнения.<br>Практическая подготовка. | 4,5<br>0,5 |
| 6 | 2 | **Корь, краснуха, паротитная инфекция.** | **Корь.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Основные симптомы кори в разные периоды болезни у взрослых. Осложнения. Лечение. Меры профилактики.<br>**Краснуха.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы краснухи у взрослых. Лабораторная диагностика. Осложнения. Принципы лечение. Меры профилактики. Краснуха у беременных.<br>**Паротитная инфекция (эпидемический паротит).** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Симптоматика поражения слюнных желез. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. | 5 |
| 7 | 3 | **Рожистое** | **Рожа лица**, ротовой полости. Эпидемиология, патогенез, | 4,5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **воспаление, столбняк, сепсис** | клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения.<br>**Скарлатина.** Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Восприимчивость макроорганизма. Роль предрасполагающих факторов в развитии заболевания. Патогенез. Клиника. Острый тонзиллит (кокковая ангина), дифференциальный диагноз с ангинами другой этиологии. Осложнения. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологические методы. Лечение. Профилактика.<br>**Столбняк.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. СЕПСИС. Актуальность сепсиса, характеристика основных групп возбудителей, наиболее вероятные возбудители при одонтогенном сепсисе. Источники, механизмы, пути и факторы передачи инфекции, факторы, предрасполагающие к заболеванию. Патогенез сепсиса. Клинические особенности одонтогенного сепсиса. Классификация заболевания, критерии тяжести. Диагностика сепсиса, диф. диагноз. Лечение сепсиса: ведущая роль этиотропной, иммуномодулирующей терапии, санации первичного очага. Профилактика сепсиса.<br>Практическая подготовка. | 0,5 |
| 8 | 3 | **Поражение ротоглотки у инфекционных больных** | ДИФТЕРИЯ<br>Этиология. Характеристика возбудителя. Типы возбудителей. Формы вирулентности. Устойчивость. Эпидемиология. Источники инфекции. Бактерионосительство. Основной механизм передача инфекции. Восприимчивость к дифтерии. Иммунитет. Сезонность. Патогенез. Входные ворота инфекции. Местные изменения. Поражение нервной, сердечно-сосудистой систем, надпочечников, почек. Патогенез осложнений. Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация дифтерии. Клинические симптомы локализованной дифтерии глотки. Распространенная дифтерия. Токсическая форма дифтерии. Гипертоксическая дифтерия. Дифтерия носа. Дифтерия гортани (истинный круп). Осложнения. Исход. Прогноз. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологический метод.<br>Лечение. Режим. Диета. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка. Введение сыворотки по Безредко. Антибиотикотерапия. Профилактика. Своевременное выявление и изоляция источников инфекции. Создание иммунитета у населения (вакцинация). Мероприятия в очаге: текущая и заключительная дезинфекция с камерным обеззараживанием вещей и постельных принадлежностей. Медицинское наблюдение за очагом.<br>Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, герпангина). Особенности возбудителей. Морфологическая и антигенная характеристика. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом. Дифференциальный диагноз ангин и экзантем. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения. Принципы терапии и профилактики. | 3 |
| 9 | 3 | Зачетное занятие | Собеседование по ситуационным задачам, тестирование | 2 |
| 10 | | ИТОГО: | | 40 |

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

| № п/п | № семестра | Наименование раздела дисциплины (модуля) | Виды СРС | Всего часов |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 6 | Вопросы общей патологии инфекционных болезней | Работа с учебной литературой по теме занятия (подготовка к занятиям). Подготовка к промежуточной аттестации | 5 |
| 2 | | Вирусные инфекции | Работа с учебной литературой по теме занятия (подготовка к занятиям). Решение типовой ситуационной задачи. Подготовка к занятиям. Внеаудиторная работа «Профилактика профессионального заражения ВИЧ». Подготовка к промежуточной аттестации | 9 |
| 3 | | Бактериальные инфекции | Работа с учебной литературой по теме занятия (подготовка к занятиям). Написание реферата. Подготовка к промежуточной аттестации | 6 |
| Итого часов в семестре: | | | | 20 |
| Всего часов на самостоятельную работу: | | | | 20 |

### 3.7. Лабораторный практикум - не предусмотрен учебным планом.

## Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

### 4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. **Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| 1 | Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. | Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп. - 1008 с | 2012, ГЭОТАР-Медиа | 30 | ЭБС «Консультант-студента» |

4.1.2. **Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях | Бондаренко А.Л., Зыкова И.В., Аббасова С.В., Хлебникова Н.В. | Киров: КГМА, 2011.-99 с | 25 | ЭБС «Консультант-студента» |
| 2 | Дифференциальный диагноз хронических | Бондаренко А.Л. Барамзина С.В, Любезнова О.Н. | 2011 Киров | 25 | ЭБС «Консультант-студента» |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | гепатитов инфекционного и неинфекционного генеза | | | | |
| 3 | Острые респираторные вирусные инфекции: учеб. пособие для студентов мед. вузов / | А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных. | ФГБГОУ ВО "Кировский ГМУ Минздрава России"; сост.: - Киров, 2017. - 90 с. | 25 | ЭБС «Консультант -студента» |
| 4 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 - 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС «Консультант -студента» |

**4.2 Нормативная база**

Стандарты медицинской помощи инфекционным больным:

https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi

Клин. рекомендации по лечению инфекционных больных: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults

**4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

Для осуществления образовательного процесса используются:

-видеолекции - “Гепатит А”, “ВИЧ-инфекция”.

-www.epidemiolog.ru/ (Данные ссылки необходимы для изучения клиники, диагностики и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий)

-www.antibiotic.ru/ (Данные ссылки необходимы для изучения подходов к диагностике и терапии инфекционных заболеваний)

**4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем**

Для осуществления образовательного процесса используются:

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №034010001091300043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №034010001091300043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,

8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

**2)** Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.

**3)** Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».

**4)** «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.

**5)** ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.

**6)** ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.

**7)** ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/

**8)** ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

### 4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:

| Наименование специализированных помещений | Номер кабинета, адрес | Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях |
|---|---|---|
| учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа | № 406 г. Киров, ул. К. Маркса, 137 (1 корпус) | Компьютер, проектор, учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа | № 6 г. Киров, Кировская инфекционная клиническая больница, ул. Ленина 207 | Компьютер, проектор, учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций | № 6 г. Киров, Кировская инфекционная клиническая больница, ул. Ленина 207 | Компьютер, проектор, учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации | № 307, 404 г. Киров, ул. К. Маркса, 137 (1 корпус) | Персональные компьютеры, учебные столы, стулья |
| помещения для самостоятельной работы | Библиотека по адресу: ул. К. Маркса, 137 (1 корпус) | Персональные компьютеры с выходом в Интернет, учебные столы, стулья |

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

## Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на _контактную работу_.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по «Инфекционным болезням».

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

**Лекции**:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: Вопросы общей патологии инфекционных болезней, Поражение ротоглотки у инфекционных больных, Гепатиты А и Е. Острая печёночная энцефалопатия. На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: ВИЧ-инфекция, Гепатиты В,С,D. Хронические вирусные гепатиты, Грипп и ОРВИ.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

**Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области «Инфекционных болезней».

Практические занятия проводятся в виде *собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, клинического разбора больных.*

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп; Корь, краснуха, паротитная инфекция, Гепатиты А и Е. Печеночная энцефалопатия;
- семинар-дискуссия по теме Поражение ротоглотки у инфекционных больных, Рожистое воспаление, столбняк, сепсис; Герпетическая инфекция
- учебно-ролевая игра по теме ВИЧ-инфекция, кандидоз, Гепатиты В,С,D. Хронические вирусные гепатиты.

**Самостоятельная работа:**

**Самостоятельная работа** студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Инфекционные болезни. Фтизиатрия (раздел «Инфекционные болезни»)» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, подготовку к текущему контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Инфекционные болезни. Фтизиатрия (раздел «Инфекционные болезни»)» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, защиты рефератов, оценки портфолио.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, решения ситуационных задач, собеседования, приема практических навыков.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

### 5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

| *№ п/п* | *Виды занятий/работ* | *Виды учебной работы обучающихся* | |
|---|---|---|---|
| | | *Контактная работа (on-line и off-line)* | *Самостоятельная работа* |
| 1 | Лекции | - веб-лекции (вебинары)<br>- видеолекции<br>- лекции-презентации | - работа с архивами проведенных занятий<br>- работа с опорными конспектами лекций<br>- выполнение контрольных заданий |
| 2 | Практические, семинарские занятия | - видеоконференции<br>- вебинары<br>- семинары в чате<br>- видеодоклады<br>- семинары-форумы<br>- веб-тренинги<br>- видеозащита работ | - работа с архивами проведенных занятий<br>- самостоятельное изучение учебных и методических материалов<br>- решение тестовых заданий и ситуационных задач<br>- работа по планам занятий<br>- самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю<br>- выполнение тематических рефератов |
| 3 | Консультации (групповые и индивидуальные) | - видеоконсультации<br>- веб-консультации<br>- консультации в чате | - консультации-форумы (или консультации в чате)<br>- консультации посредством образовательного сайта |
| 4 | Контрольные, проверочные, самостоятельные работы, | - видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные)<br>- тестирование | - работа с архивами проведенных занятий<br>- самостоятельное изучение учебных и методических материалов<br>- решение тестовых заданий и ситуационных задач<br>- выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ |

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

**Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)**

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

**Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)**

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

**Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

**8.1. Выбор методов обучения**

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающихся-инвалидов и обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

**8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья**

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

| ***Категории обучающихся*** | ***Формы*** |
|---|---|
| С нарушением слуха | - в печатной форме<br>- в форме электронного документа |
| С нарушением зрения | - в печатной форме увеличенным шрифтом<br>- в форме электронного документа<br>- в форме аудиофайла |
| С ограничением двигательных функций | - в печатной форме<br>- в форме электронного документа<br>- в форме аудиофайла |

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

**8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

| ***Категории обучающихся*** | ***Виды оценочных средств*** | ***Формы контроля и оценки результатов обучения*** |
|---|---|---|
| С нарушением слуха | Тест | преимущественно письменная проверка |

| | | |
|---|---|---|
| С нарушением зрения | Собеседование | преимущественно устная проверка (индивидуально) |
| С ограничением двигательных функций | решение дистанционных тестов, контрольные вопросы | организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка |

**8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья**

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;

- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;

- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины**
**«Инфекционные болезни, фтизиатрия»**
**Раздел «Инфекционные болезни»**

Специальность 31.05.03 Стоматология (3++)
Профиль – Стоматология
Форма обучения - очная
Кафедра инфекционных болезней
Автор к.м.н., доцент Барамзина С.В.

На 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

**1.** Пункт **3.4 «Тематический план лекций»** изменить и читать в следующей редакции

| № | № раздела дисциплины | Название тем лекций | Содержание лекций | Трудоемкость/ 6 семестр |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | Общие вопросы инфекционной патологии | Содержание дисциплины «инфекционные болезни» и ее специфические особенности в ряду других разделов внутренних болезней, место в деятельности врача любой специальности. Понятие об инфекции и инфекционном процессе, закономерности и особенности взаимодействия макро- и микроорганизма. Вопросы общей патологии инфекций. Ведущие звенья патогенеза инфекционного заболевания. Принципы специфической лабораторной диагностики инфекционных болезней. Основные методы и средства лечения инфекционных заболеваний. Тактика врача-стоматолога при подозрении на наличие у пациента инфекционного заболевания, особо-опасной инфекции. | 2 |
| 2 | 2 | Гепатиты А и Е | Особенности вирусов, вызывающие гепатиты А и Е: морфологические и антигенные. Эпидемиологическая характеристика. Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Острая печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. Прогноз, исходы. | 2 |
| 3 | 2 | Гепатиты В,С,D. Хронические вирусные гепатиты. | Особенности вирусов, вызывающие парентеральные гепатиты у людей (В,С,D): морфологические и антигенные. Эпидемиологическая характеристика. Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Хронические гепатиты В и С. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Прогноз, исходы. Врачебная тактика при работе с больными гепатитом. Предупреждение внутрибольничного заражения. | |
| 4 | 2 | Грипп и ОРВИ. Актуальные вопросы клиники и терапии. | Грипп и ОРВИ. Этиология и эпидемиология. Классификация и клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Диагностика, осложнения, исходы. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Экстренная профилактика. | 2 |
| 5 | 2 | ВИЧ-инфекция; клиника, диагностика, лечение. | ВИЧ-инфекция. Морфологическая и антигенная характеристика вируса, цикл репродукции. Эпидемиологические особенности. Пути и факторы передачи, группы риска, классификация. Клиническая картина, периоды течения болезни., этапы диагностики, принципы терапии, показания к ВААРТ, группы антиретровирусных препаратов, принцип действия, прогноз. Профилактика. | 2 |
| 6 | 3 | Дифференциальная диагностика ангин | Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, корь, краснуха, паротитная инфекция, герпангина). Особенности возбудителей. Морфологическая и антигенная характеристика. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом. Дифференциальный диагноз ангин и экзантем. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения. Принципы терапии и профилактики. | 2 |
| **Итого:** | | | | **12** |

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“30” августа 2024 г. Протокол № 1
Зав. кафедрой А.Л. Бондаренко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
19 сентября 2024 г., протокол № 1

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины**

**«Инфекционные болезни, фтизиатрия»**

**(раздел Инфекционные болезни)**

Специальность 31.05.03 Стоматология (ФГОС 3++)

Направленность (профиль) - Стоматология

Форма обучения - очная

Кафедра инфекционных болезней

Автор Барамзина С.В.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

**1.** Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** изменить и читать в следующей редакции:

**4.1.1. Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Инфекционные болезни: учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов | Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, Т. К. Кускова. | Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 377 с. | 1 | ЭБС Консультант студента **URL:** https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468623.html. - Текст: электронный. Экземпляры: Консультант студента |
| 2 | Инфекционные болезни: учебник для студентов медицинских вузов. | Е. П. Шувалова [и др.]. | СПб.: СпецЛит, 2019. - 575 с. | 10 | - |

**4.1.2. Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Инфекционные болезни: национальное руководство | ред.: Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. | М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2023. - 1104 с. - (Национальные руководства) | 1 | ЭБС Консультант студента **URL:** https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474815.html. - Текст: электронный |
| 2 | Острые респираторные вирусные инфекции. | Бондаренко А.Л., Савиных Н.А., Савиных М.В. | Киров: КГМУ, 2017.-90 с | 90 | ЭБС Консультант студента **URL:** https://www.studentlibrary.ru |
| 3 | Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом желтухи. | Бондаренко А.Л., Савиных Н.А., Савиных М.В. | Киров: КГМУ, 2018.-92 с | 90 | ЭБС Консультант студента **URL:** https://www.studentlibrary.ru |

**2.** В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»**: п. 7. изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

**3.** Пункт **4.5**. **«Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)»** изменить и читать в следующей редакции:

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:

| **Наименование специализированных помещений** | **Номер кабинета, адрес** | **Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях** |
|---|---|---|
| учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа | № 406 г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1 корпус) | Компьютер, проектор, учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа | № 4 г. Киров, ул. Ленина 207, Кировская инфекционная клиническая больница | Компьютер (7), проектор (2), телевизор (6), учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций | № 4-5 г. Киров, ул. Ленина 207, Кировская инфекционная клиническая больница | Компьютер (7), проектор (2), телевизор (6), учебные столы, стулья |
| учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации | № 307, 404 г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1 корпус) | Персональные компьютеры, учебные столы, стулья |
| помещения для самостоятельной работы | Библиотека по адресу: г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1 корпус)<br>кафедра инфекционных болезней (г. Киров, Кировская инфекционная клиническая больница, ул. Ленина 207) | Персональные компьютеры с выходом в Интернет, учебные столы, стулья<br><br>Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой (3) с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета. |

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
29.08.2025 г., протокол № 1
Заведующий кафедрой, проф. Бондаренко А.Л.

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины**
**«Инфекционные болезни, фтизиатрия»**
**(раздел Фтизиатрия)**

Специальность: 31.05.03 Стоматология (3++)
Направленность (профиль): Стоматология
Форма обучения: очная
Кафедра внутренних болезней
Автор (ы): доц. Е. Г. Фесюк

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

**1.** Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** дополнить и читать в следующей редакции

**4.1.1. Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экз. в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Фтизиатрия для стоматологов: учебник | В. Н. Зимина, О. О. Винокурова, Е. Н. Белобородова [и др.]; ред. В. Н. Зимина | Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 184 с. | 10 | ЭБС "Консультант студента СИС «MedBaseGeotar» |
| 2 | Фтизиатрия, учебник для ВУЗов, 3-е издание переработанное и доп. | Мишин В.Ю и др. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 528 с | 50 | СИС "MedBaseGeotar" |
| 3 | Фтизиатрия: учебник | Е. А. Бородулина, Б. Е. Бородулин, Е. А. Амосова [и др.] | Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 632 с. | - | ЭБС Консультант студента. |

**4.1.2. Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экз. в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2016г. – 304 стр. | 1 | ЭБС "Консультант студента, издание 2016г |
| 2 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 3 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.-108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012, Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | М. И. Перельман, И. В. Богадельникова | М., ГЭОТАР-Медиа", 2015. – 448с | 4 эл. опт. диск (CD-ROM | ЭБС "Консультант студента, 2015 г СИС "MedBaseGeotar" Издание 2015 г |
| 6 | Лучевая диагностика туберкулеза легких: учебное пособие | БородулинаЕ.А., Бородулин Б.Е, Кузнецова А. Н. | Издательство ГЭОТАР-Медиа, | 3 | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2021.-120с | | |

**2.** В пункте**4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»**: п. 5. изменить и читать в следующей редакции:

5. Договор Антивирус KasperskyEndpointSecurity для бизнеса – Стандартный RussianEdition. 150-249 Node 1 yearEducationalRenewalLicense, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

**3.** Пункт **«4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)»** изменить и читать в следующей редакции:

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

| *Наименование специализированных помещений* | *Номер кабинета, адрес* | *Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях* |
|---|---|---|
| учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа | каб№5 (лекционный зал кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД, г. Киров, ул. проспект Строителей 25 (2 корпус) | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>-аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| учебные аудитории для проведения практических занятий | каб. № 1,2,3,4 кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД проспект Строителей 25(2 корпус) | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, облучатель бактерицидный. |
| учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций | каб. № 4 и №5 (лекционный зал) кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД, проспект Строителей 25(2 корпус) | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации | для проведения текущего контроля - каб. № 1,2,3,4 кафедры внутренних болезней на базе КОГБУЗ ОКПТД проспект Строителей 25(2 корпус);<br>для проведения промежуточной аттестации – компьютерный класс № 1Б (каб. № 414) корпус 3 Кировской ГМА, ул. Владимирская 112; компьютерный класс № 1А (каб. № 307); компьютерные классы); компьютерные классы (каб. № 404,408) корпус 1 Кировской ГМА, ул. Владимирская 137 | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения<br>-наборы демонстрационного оборудования<br>-учебно-наглядные пособия<br>аппаратура, приборы: негатоскопы, флюороскопы, облучатель бактерицидный. |
| помещения для самостоятельной работы | компьютерный класс № 1Б (каб. № 414) корпуса 3 Кировской ГМА, ул. Владимирская 112; компьютерный класс № 1А (каб. № 307), компьютерные классы); компьютерные классы (каб. № 404,408) корпуса 1 Кировской ГМА, ул. Владимирская 137 | -специализированная мебель;<br>-технические средства обучения |

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
17 сентября 2025 г., протокол № 2
Заведующий кафедрой Е.Н.Чичерина

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины**

**«Инфекционные болезни, фтизиатрия»**

**Раздел Инфекционные болезни**

Специальность 31.05.03 Стоматология (3++)

Профиль – Стоматология

Форма обучения - очная

Кафедра инфекционные болезни

Автор к.м.н., доцент Барамзина С.В.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **«3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)»** дополнить и читать в следующей редакции

| № | № раздела дисциплины | Название тем клинических практических занятий | Содержание клинических практических занятий | Трудоёмкость/ 6 семестр |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | **Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп** | **ГРИПП**<br>Этиология. Характеристика возбудителя. Антигенная структура. Изменчивость. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Восприимчивость макроорганизма. Роль коммуникации в распространении возбудителя. Устойчивость вируса. Патогенез. Внедрение вируса. Репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия. Клиника. Клиническая классификация гриппа. Клиника неосложненных форм гриппа. Оценка тяжести течения. Осложнения: патогенетически обусловленные и связанные с присоединением вторичной инфекции. Прогноз. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Вирусологические методы. Серологические методы. Экспресс–методы диагностики, ПЦР. Лечение. Режим. Показания к госпитализации. Лечение на дому: патогенетическая терапия, противовирусная терапия. Организация мероприятий по уходу за больными гриппом на дому. Профилактика. Изоляция больного. Противоэпидемические мероприятия. Специфическая профилактика.<br>**ПАРАГРИППП**<br>Этиология. Возбудитель. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи. Иммунитет, сезонность. Патогенез. Основные патогенетические механизмы инфекции. Причины развития стеноза гортани при парагриппе.<br>Клиника. Ларингит. Риноларинготрахеит. Течение парагриппа. Особенности клинической симптоматики у детей. Ложный хруп. Диагностика. Общеклинические методы диагностики. Специфическая диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Организация лечения на дому. Неспецифическая противовирусная терапия, патогенетическое и симптоматическое лечение. Неотложная терапия при стенозе гортани. Профилактика. Ранняя изоляция больных. Индивидуальная профилактика.<br>**АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**<br>Этиология. Характеристика возбудителей. Устойчивость | 4,5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции, механизм передачи. Восприимчивость населения. Сезонность. Иммунитет. Патогенез. Поражение лимфатического аппарата, поражение слизистых оболочек дыхательного тракта и конъюнктив. Клиника. Классификация клинических форм аденовирусной инфекции. Клинические симптомы заболевания. Особенности течения аденовирусной инфекции у детей. Диагностика. Лечение. Профилактика. **ИИ-ассистент, основанный на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ.** *Практическая подготовка.* **В практической работе рекомендуется обращаться к ИИ-ассистенту, основанному на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ. Даёт обоснованные ответы на вопросы о тактике ведения пациентов, выборе лекарственных препаратов, алгоритмах обследования и терапии.** | 0,5 |
| 2 | 2 | **ВИЧ-инфекция, кандидоз** | **ВИЧ**<br>Этиология. Возбудитель. Его основные свойства. Классификация. Особенности ретровирусов. Устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи инфекции. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация (Покровский 2001 г.) ВИЧ-инфекции. Первичное инфицирование. Персистирующаяй генерализованная лимфоаденопатия. СПИД – ассоциированный комплекс. ВИЧ на стадии СПИДа. Проявления при ВИЧ со стороны слизистой ротовой полости. Диагностика. Значение клинико-эпидемиологического метода. Клинико-лабораторные критерии диагностики ВИЧ на различных стадиях заболевания. Врачебная тактика. Меры предупреждения инфицирования ВИЧ пациентов в стоматологической практике. Тактика медицинского персонала при попадании инфицированной ВИЧ-крови на поврежденную кожу, одежду, окружающие предметы.<br>**КАНДИДОЗЫ**<br>Характеристика возбудителя. Клиника. Дифференциальный диагноз различных форм кандидоза ротовой полости с ангинами, фузоспирохетозом. Лабораторная диагностика. Принципы лечения, профилактика. | 5 |
| 3 | 2 | **Герпетическая инфекция** | **ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ**<br>Этиология. Характеристика вируса. Устойчивость во внешней среде.<br>Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи инфекции. Восприимчивость. Иммунитет. Патогенез. Пожизненная персистенция в нервных ганглиях, развитие вторичного иммунодефицита. Клиника. Инкубационный период. Клинические симптомы: везикулёзная сыпь, невралгия, лимфоаденопатия. Осложнения. Особенности герпеса на слизистой полости рта. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Серологические методы исследования. Лечение. | 5 |
| 4 | 2 | **Гепатиты А и Е. Печеночная энцефалопатия** | **Гепатиты А и Е.** Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. Классификация Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Острая печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Методы | 4,5 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Профилактика. Врачебная тактика при работе с больными гепатитом. Предупреждение внутрибольничного заражения.<br>*Практическая подготовка.* | 0,5 |
| 5 | 2 | **Парентеральные гепатиты В,С,Д, Хронические гепатиты В и С** | Этиология. Возбудители парентеральных вирусных гепатитов. Их основные свойства. Классификация острых вирусных гепатитов. Устойчивость во внешней среде. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизмы передачи инфекции. Группы риска. Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация Клиническая картина, периоды течения болезни. Клинические симптомы тяжелого течения. Классификация хронических вирусных гепатитов. Методы современной диагностики гепатитов, неинвазивные методы оценки фиброза. Особенности клиники, течения и исходов хронических гепатитов В и С. Серологическая диагностика. Принципы этиотропной терапии, показания, противопоказания, осложнения.<br>*Практическая подготовка.* | 4,5<br>0,5 |
| 6 | 2 | **Корь, краснуха, паротитная инфекция.** | **Корь.** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Основные симптомы кори в разные периоды болезни у взрослых. Осложнения. Лечение. Меры профилактики.<br>**Краснуха**. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы краснухи у взрослых. Лабораторная диагностика. Осложнения. Принципы лечение. Меры профилактики. Краснуха у беременных.<br>**Паротитная инфекция (эпидемический паротит).** Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Симптоматика поражения слюнных желез. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. | 5 |
| 7 | 3 | **Рожистое воспаление, столбняк, сепсис** | **Рожа лица,** ротовой полости. Эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения.<br>**Скарлатина**. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Восприимчивость макроорганизма. Роль предрасполагающих факторов в развитии заболевания. Патогенез. Клиника. Острый тонзиллит (кокковая ангина), дифференциальный диагноз с ангинами другой этиологии. Осложнения. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологические методы. Лечение. Профилактика.<br>**Столбняк**. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.<br>СЕПСИС. Актуальность сепсиса, характеристика основных групп возбудителей, наиболее вероятные возбудители при одонтогенном сепсисе. Источники, механизмы, пути и факторы передачи инфекции, факторы, предрасполагающие к заболеванию. Патогенез сепсиса. Клинические особенности одонтогенного сепсиса. Классификация заболевания, критерии тяжести. Диагностика сепсиса, диф. диагноз. Лечение сепсиса: ведущая роль этиотропной, иммуномодулирующей терапии, санации первичного очага. Профилактика сепсиса.<br>*Практическая подготовка.* | 4,5<br>0,5 |
| 8 | 3 | **Поражение ротоглотки у** | **ДИФТЕРИЯ**<br>Этиология. Характеристика возбудителя. Типы | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **инфекционных больных** | возбудителей. Формы вирулентности. Устойчивость. Эпидемиология. Источники инфекции. Бактерионосительство. Основной механизм передача инфекции. Восприимчивость к дифтерии. Иммунитет. Сезонность. Патогенез. Входные ворота инфекции. Местные изменения. Поражение нервной, сердечно-сосудистой систем, надпочечников, почек. Патогенез осложнений. Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация дифтерии. Клинические симптомы локализованной дифтерии глотки. Распространенная дифтерия. Токсическая форма дифтерии. Гипертоксическая дифтерия. Дифтерия носа. Дифтерия гортани (истинный круп). Осложнения. Исход. Прогноз. Диагностика. Клинико-эпидемиологическая диагностика. Бактериологический метод.<br>Лечение. Режим. Диета. Антитоксическая противодифтерийная сыворотка. Введение сыворотки по Безредко. Антибиотикотерапия. Профилактика. Своевременное выявление и изоляция источников инфекции. Создание иммунитета у населения (вакцинация). Мероприятия в очаге: текущая и заключительная дезинфекция с камерным обеззараживанием вещей и постельных принадлежностей. Медицинское наблюдение за очагом.<br>Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, герпангина). Особенности возбудителей. Морфологическая и антигенная характеристика. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом. Дифференциальный диагноз ангин и экзантем. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения. Принципы терапии и профилактики. | |
| 9 | 3 | **Зачетное занятие** | Собеседование по ситуационным задачам, тестирование | 2 |
| **ИТОГО:** | | | | 40 |

**2.** Пункт «**4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**» дополнить и читать в следующей редакции:

Для осуществления образовательного процесса используются:

-видеолекции - “Гепатит А”, “ВИЧ-инфекция”.

-www.epidemiolog.ru/ (Данные ссылки необходимы для изучения клиники, диагностики и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий)

-www.antibiotic.ru/ (Данные ссылки необходимы для изучения подходов к диагностике и терапии инфекционных заболеваний)

- www.nlb.by/content/uslugi/virtualnye-servisy/virtualnyy-chitalnyy-zal/covid-19-nauchnye-resursy-vedushchikh-mirovykh-izdatelstv/

- https://easl.eu/wp-content/uploads/2025/10/2013-HCV_RU.pdf

- https://medbase.ru/pages/buy_acc.html

**3. Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)**

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по «Инфекционным болезням».

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

**Лекции**:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: Вопросы общей патологии инфекционных болезней, Поражение ротоглотки у инфекционных больных, Гепатиты А и Е. Острая печёночная энцефалопатия. На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: ВИЧ-инфекция, Гепатиты В,С,D. Хронические вирусные гепатиты, Грипп и ОРВИ.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

**Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области «Инфекционных болезней».

Практические занятия проводятся в виде *собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, клинического разбора больных.*

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп; Корь, краснуха, паротитная инфекция, Гепатиты А и Е. Печеночная энцефалопатия;

- семинар-дискуссия по теме Поражение ротоглотки у инфекционных больных, Рожистое воспаление, столбняк, сепсис; Герпетическая инфекция

- учебно-ролевая игра по теме ВИЧ-инфекция, кандидоз, Гепатиты В,С,D. Хронические вирусные гепатиты.

***В практической работе рекомендуется обращаться к ИИ-ассистенту, основанному на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ. Даёт обоснованные ответы на вопросы о тактике ведения пациентов, выборе лекарственных препаратов, алгоритмах обследования и терапии.***

**Самостоятельная работа:**

**Самостоятельная работа** студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Инфекционные болезни. Фтизиатрия (раздел «Инфекционные болезни»)» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, подготовку к текущему контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Инфекционные болезни. Фтизиатрия (раздел «Инфекционные болезни»)» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, защиты рефератов, оценки портфолио.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, решения ситуационных задач, собеседования, приема практических навыков.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«17» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой Бондаренко А.Л.

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

**Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия»**

Специальность: 31.05.03 Стоматология (3++)

Направленность (профиль) - Стоматология

Форма обучения: очная

Кафедра внутренних болезней

Автор (ы): доц. Е. Г. Фесюк

С 2025/ 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. **Пункт «3.4 Тематический план лекций»** дополнить и читать в следующей редакции:

| № п/п | № раздела дисциплины | Тематика лекций | Содержание лекций | Трудоемкость (час) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | № сем.6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 1 | Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза. | -Этиология туберкулеза: виды микобактерий туберкулеза, строение, свойства. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.<br>-Патогенез и патоморфология туберкулеза: источники, пути заражения МБТ, распространения в организме, факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, факторы риска внутрибольничного инфицирования туберкулезом. Местные и общие реакции на туберкулезную инфекцию. Туберкулезное воспаление и морфологические реакции при туберкулезном воспалении. Параспецифические реакции при туберкулезе. Химиотерапия и туберкулезное воспаление. Понятие «первичного» и «вторичного» туберкулеза легких. Иммунитет и аллергия при туберкулезе.<br>- Эпидемиология современного туберкулеза: факторы, способствующие распространению туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу (инфицированность, заболеваемость, распространенность, смертность, летальность), методика их расчета, их значение, динамика, сравнение показателей по области и России. Эпидемиология туберкулеза за рубежом. Причины увеличения заболеваемости туберкулезом в последние годы, экономические потери в связи с заболеваемостью и смертностью от туберкулеза. Распространение туберкулеза среди животных, и влияние его на эпид. показатели по туберкулезу. Критерии ликвидации туберкулеза. Роль Всемирной организации здравоохранения в совершенствовании противотуберкулезной борьбы в России, основные законодательные актах по туберкулезу, о Федеральной программе по борьбе с туберкулезом в России | 2 |
| 2 | 4 | Раннее и своевременное выявление туберкулеза. **Возможности искусственного интеллекта при оценке** | - Определение понятия «своевременное», «несвоевременное» выявление туберкулеза легких, «запущенные» формы туберкулеза.<br>-Основные методы выявления туберкулеза в разных возрастных группах.<br>-ФГ, как обязательный метод обследования на туберкулез, поступающих на работу, декретированного контингента, групп повышенного | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **рентгенограмм органов грудной клетки** | риска, студентов.<br>-Иммунодиагностика, как метод раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей и подростков.<br>- Место и роль микробиологического метода выявления туберкулеза.<br>**Современное и будущее применение искусственного интеллекта в рентгенологии** | |
| 3 | 2,3 | Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика. Общие принципы лечения туберкулеза, лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области.<br>**Возможности искусственного интеллекта при оценке рентгенограмм** | - Туберкулез челюстно-лицевой области: классификация, клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области. Туберкулез слизистой оболочки рта: языка, десен, губ, щек, твердого и мягкого неба, туберкулезная волчанка, милиарно - язвенный туберкулез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Туберкулез других органов и систем: костей и суставов лицевого черепа, туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи и подкожной клетчатки; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Туберкулез слюнных желез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.<br>Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области, общее и местное лечение, принципы лечения.<br>- Определение понятия «комплексное лечение больного туберкулезом», его разделы, основной метод лечения, основа лечения больного туберкулезом (режим, питание). Принципы, режимы, фазы химиотерапии, пути и методы введения противотуберкулезных препаратов, побочное действие противотуберкулезных препаратов, их предупреждение и устранение. Этапы лечения, контроль за лечением. Критерии эффективности лечения. Факторы, снижающие эффективность лечения.<br>**Современное и будущее применение искусственного интеллекта в рентгенологии** | 2<br><br>*2 разд. – 1*<br>*3 разд. - 1* |
| **Итого:** | | | | **6** |

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«02» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой Е.Н. Чичерина

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра внутренних болезней

**Приложение А к рабочей программе дисциплины**

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**
**«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ»**
**РАЗДЕЛ «ФТИЗИАТРИЯ»**

**Специальность 31.05.03 Стоматология**
**Направленность (профиль) ОПОП – Стоматология**
**Форма обучения очная**

**Раздел 1. Теоретические основы фтизиатрии.**

**Тема 1.1: Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза**

**Цель:** способствовать формированию знаний пи умений по этиологии, патогенезу, патоморфологии, иммунологии и эпидемиологии туберкулеза в практической деятельности врача-стоматолога

**Задачи:**

1. Изучить этиологию современного туберкулеза.
2. Изучить патогенез, патоморфологию туберкулеза на современном этапе.
3. Изучить эпидемиологию современного туберкулеза.

**Обучающийся должен знать:**

1. Этиологию, патогенез, патоморфологию, иммунологию и эпидемиологию туберкулеза на современном этапе.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Рассчитывать основные эпидемиологические показатели по туберкулезу.
2. Определять вид лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методикой расчета основных эпидемиологических показателей по туберкулезу.
2. Методикой определения видов лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

**Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:**

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия «Этиология, патогенез, патоморфология, иммунология и эпидемиология туберкулеза» с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

1) Основные виды микобактерий туберкулеза, строение, свойства. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.
2) Основные источники, пути заражения МБТ, распространения в организме.
3) Основные факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, факторы риска внутрибольничного инфицирования туберкулезом.
4) Местные и общие реакции на туберкулезную инфекцию. Туберкулезное воспаление и морфологические реакции при туберкулезном воспалении. Параспецифические реакции при туберкулезе. Химиотерапия и туберкулезное воспаление.
5) Понятие «первичного» и «вторичного» туберкулеза легких.

6) Иммунитет и аллергия при туберкулезе.
7) Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу (инфицированность, заболеваемость, распространенность, смертность, летальность), методика их расчета, их значение, динамика, сравнение показателей по области и России. Эпидемиология туберкулеза за рубежом.
8) Причины увеличения заболеваемости туберкулезом в последние годы, экономические потери в связи с заболеваемостью и смертностью от туберкулеза.
9) Распространение туберкулеза среди животных, и влияние его на эпид. показатели по туберкулезу.
10) Критерии ликвидации туберкулеза. Роль Всемирной организации здравоохранения в совершенствовании противотуберкулезной борьбы в России.
11) Основные законодательные актаы по туберкулезу, Федеральная программа по борьбе с туберкулезом в России.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. ТУБЕРКУЛЁЗ – ЭТО
1) гранулематоз*
2) антропозооноз*
3) социальное заболевание
4) инфекционно-аллергическое*
5) инфекционное заболевание

2. ВИДЫ МИКОБАКТЕРИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА
1) M.avium-intracellulare
2) M. bovis*
3) M. kansassi
4) M. tuberculosis*
5) M. smegmatis
6) M. africanum*

3. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ЗАРАЖЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧЕЛОВЕКА
1) больной туберкулезом человек*
2) домашние кошки, собаки
3) крупный рогатый скот*
4) кролики
5) свиньи
6) домашняя птица

4. ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ
1) генерализацией туберкулезного процесса*
2) относительно высокой специфической сенсибилизацией органов и тканей*
3) поражением многих органов*
4) образованием казеоза в пораженной ткани*
5) выработкой иммунитета после излечения*

5. ВТОРИЧНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА
1) инфильтративный туберкулез легких*
2) первичный туберкулезный комплекс
3) туберкулема легких*
4) туберкулез внутригрудных лимфоузлов
5) очаговый туберкулез легких*

4) Проверить свои знания с использованием задачи-теста.

Больной Г., 38 лет, состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза в течение нескольких лет. Последнее обострение 6 месяцев назад с прогрессированием процесса, с массивным бактериовыделением и вторичной лекарственной устойчивостью возбудителя, в связи с чем получает стационарное лечение. 2 месяца назад отметил затруднение носового дыхания, першение в горле, болезненность при глотании. Лечился самостоятельно, без эффекта. Затем появились дисфагия, поперхивание. Консультирован отоларингологом, выявлены гиперемия задней стенки глотки, увеличение миндалин справа без отделяемого в криптах; миндалины мягко- эластической консистенции. Получал неспецифическое лечение, вновь без эффекта. При повторном осмотре отоларингологом носовые раковины набухшие, дыхание стенотическое, слизистая глотки утолщена, фолликулы гипертрофированы, ограниченные участки с изъязвлениями, покрытые серо-розовыми грануляциями, увеличены и болезненны лимфатические узлы шеи.

1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
    1) туберкулез слизистой оболочки рта
    2) туберкулез миндалин
    3) туберкулез миндалин, глотки*
    4) тонзиллит
    5) дифтерия
2. ДООБСЛЕДОВАНИЕ
    1) гистологическое исследование*
    2) биохимическое исследование
    3) исследование отделяемого язвы или мазка отпечатка язвы по Цилю-Нельсену на МБТ трехкратно*
    4) контрастная сиалография
    5) проба Коха
3. ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА
    1) инфильтративная
    2) индуративная
    3) язвенная
    4) инфильтративно-язвенная*
    5) туморозная
4. Факторы, способствующие развитию данного туберкулезного процесса
    1) массивное бактериовыделение*
    2) скудное бактериовыделение
    3) прогрессирующее течение *
    4) фиброзно-кавернозный туберкулез*
    5) лекарственная устойчивость*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br><br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br><br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

**Основные нормативные акты, регламентирующие противотуберкулезную работу**

1. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Приказ МЗ России от 15.11.2012 № 932н
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
4. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
5. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
8. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
9. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 2. Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области**

**Тема 2.1: Методы диагностики туберкулеза**

**Цель:** способствовать формированию умений по диагностике туберкулеза в практической деятельности врача-стоматолога

**Задачи:**

1. Изучить основные симптомы, особенности сбора анамнеза жизни, эпидемиологического анамнеза у больного с подозрением на туберкулез органов дыхания, поражения полости рта и челюстно-лицевой области.
2. Изучить иммунологическую диагностику туберкулеза (туберкулиновые пробы, диаскин-тест).
3. Изучить микробиологические, молекулярно-генетические методы обследования больных и лиц с подозрением на туберкулез в современных эпидемиологических условиях.
4. Изучить методы лучевой диагностики, основные рентгенологические синдромы при туберкулезе.
5. Изучить эндоскопические методы диагностики, виды биопсий, и их микробиологическое, цитологическое, гистологическое исследование.

**Обучающийся должен знать:**

1. Алгоритм обследования больного на туберкулез в учреждениях общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждениях.
2. Методы верификации диагноза туберкулеза: бактериологические, морфологические, иммунологические, молекулярно-генетические.
3. Порядок описания нормальной рентгенограммы, сегментарного строения легких.
4. Основные рентгенологические симптомы при патологии органов дыхания, схему построения клинико-лучевого заключения.
5. Алгоритм постановки предварительного диагноза и показания для направления на дополнительное обследование в учреждения противотуберкулезной службы.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Составить план обследования больного для диагностики туберкулеза и проведения внутрисиндромной дифференциальной диагностики с другими заболеваниями легких.
2. Проводить объективное обследование легких и полости рта.
3. Проводить забор материала для бактериологического, цитологического исследований с анализом полученных результатов исследований.
4. Установить основной рентгенологический синдром поражения легких и средостения.
5. Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза согласно современной классификации.
6. Определить необходимость направления больного на консультацию к фтизиатру по результатам клинико-лабораторного и рентгенологического обследования.
7. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности больного туберкулезом.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методами общего клинического обследования детей и взрослых.
2. Клиническими методами обследованиями челюстно-лицевой области.
3. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста.
4. Методикой чтения различных видов рентгенограмм.
5. Техникой антропометрии, термометрии, транспортировки больных, кормления больных, измерения АД, подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС) и частоты дыхательных движений (ЧДД), измерения суточного диуреза, введения лекарств, сбора биологического материала для лабораторных исследований.
6. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- ✓ группы методов обследования больных с туберкулезом органов дыхания;
- ✓ обязательный, дополнительный, факультативный методы обследования больных;
- ✓ основной метод рентгенологического обследования больного при туберкулезе легких;
- ✓ рентгенологические синдромы при заболеваниях органов дыхания;
- ✓ микробиологическая диагностика туберкулеза, виды, сроки получения результатов, массивность бактериовыделения;
- ✓ виды биопсий их значение в диагностике туберкулеза;
- ✓ показания к торакоскопии, медиастиноскопии, бронхоскопии;
- ✓ обоснование диагностических методов обследования больных, с подозрением на конкретную клиническую форму туберкулеза у детей и взрослых.

**2. Написание вводного тестового контроля, его перекрестная проверка.**

1. Туберкулез — это хроническое инфекционное заболевание, возбудитель которого……
2. Назовите 3 типа возбудителя туберкулеза по степени убывающей эпидемиологической значимости:

1.
2.
3.

3. Определение понятия «Инфицированность туберкулезом».
4. По современной классификации различают 14 клинических форм туберкулеза органов дыхания. Назовите 3 наиболее часто встречающихся у взрослых, впервые заболевших:

1.
2.
3.

5. В каких сегментах легких чаще всего возникает туберкулёз у взрослых (назовите правильный ответ).

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

**3. Написание текущего тестового контроля, его перекрестная проверка.**

1. Обязательный диагностический минимум при исследовании больного во фтизиатрической клинике включает

а) изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни
б) клинический анализ крови
в) микроскопию мокроты по Цилю-Нильсену
г) рентгенографию органов грудной клетки
д) УЗИ плевральной полости

2. По представленным результатам пробы Манту с 2 те у подростков за последние 2 года вы направите на консультацию к фтизиатру

а) папула 14 - 7мм
б) отр. – папула 8 мм
в) папула 5-6 мм с везикулой
г) папула 14-15 мм с лимфангоитом
д) папула 10-18 мм

3. Рентгенологический синдром при

| | |
|---|---|
| 1) инфильтративном туберкулезе | а) синдром уплотнения легочной ткани |
| 2) очаговом туберкулезе легких | б) синдром диссеминации |
| 3) милиарном туберкулезе | в) синдром очаговой тени |
| 4) туберкулеме | г) синдром округлой тени |
| 5) кавернозном туберкулезе легких | д) синдром полости |
| 6) туберкулезе внутригрудных лимфоузлов | е) синдром патологии корня легких |

| | |
|---|---|
| 7) туберкулезном плеврите | ж) синдром патологии плевры |

4. Основной метод выявления туберкулеза

| | |
|---|---|
| 1) у детей | а) ФЛГ |
| 2) у подростков | б) туберкулинодиагностика по пробе Манту 2ТЕ |
| 3) у взрослых | в) компьютерная томография |
| 4) у нетранспортабельных | г) ФЛГ и туберкулинодиагностика |
| | д) исследование мокроты на МБТ |

5. Результат реакции Манту с 2ТЕ

| | |
|---|---|
| 1) положительный | а) след от укола или инфильтрат 1-2 мм |
| 2) отрицательный | б) инфильтрат 2-4 мм или гиперемия любого размера |
| 3) сомнительный | в) инфильтрат >5мм |
| 4) гиперергический | г) инфильтрат 21мм и более или визикуло – некротическая реакция |

Эталоны ответов:
1) а,б,в,г
2) б,в,г,д
3) 1а; 2в; 3б; 4г; 5д; 6е; 7ж
4) 1б; 2г; 3а; 4д
5) 1в; 2а; 3б; 4г

**4. Выступление с подготовленными рефератами** «Субфебрилитет неясной этиологии», «Маски туберкулеза».

**5. Практическая подготовка.**
-Работа с рентгенограммами. Просмотр и описание нормальной рентгенограммы органов грудной клетки; основных рентгенологических синдромов при туберкулезе легких.
-Работа с основными нормативными документами во фтизиатрии по диагностике туберкулеза.
- Клинический разбор больного по теме занятия.
- Работа в стоматологическом кабинете диспансера.
- Решение ситуационных задач.
- Просмотр видеофильма по теме занятия «Микроскопия кислотоустойчивых микобактерий».
-Решение ситуационных задач

*Пример решения задачи с разбором по алгоритму*

Больной И., 42 лет, грузчик продовольственного магазина. Заболел постепенно после переохлаждения. Появилась субфебрильная температура, слабость, ночная потливость, сильный кашель с небольшим количеством мокроты и с прожилками крови, боли в подключичной области справа. Обратился к терапевту по месту жительства. После осмотра госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на верхнедолевую правостороннюю пневмонию.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Гиперемия лица. Перкуторный звук укорочен справа под ключицей, здесь же выслушиваются среднепузырчатые влажные и единичные сухие хрипы. ЧД - 18 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-90 в/мин, АД-90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

На обзорной рентгенограмме лёгких справа во 2-м межреберье негомогенное затемнение с просветлением до 2 см, ниже множественные слабоконтурированные тени до 1 см в диаметре. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения не изменена. Синусы свободные.

При бронхоскопии слизистая верхнедолевого бронха справа гиперемирована, отечная, кровоточивая. В смыве из верхнедолевого бронха обнаружены кислотоустойчивые палочки.

В анализе мокроты при люминесцентной микроскопии 3-х кратно микобактерии

туберкулёза не обнаружены.

Общий анализ крови: Эр-3,31 х $10^{12}$/л, Hb-107 г/л, Ц.п. - 0,97, Лейк- 8,0 х $10^{9}$/л, п/я-3%, с/я-75%, л-18%, м-4%, СОЭ- 38 мм/час. Общий анализ мочи в пределах нормы.

Задания:

1. Оцените результаты проведенного обследования.
2. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Назначьте комплексное лечение в случае подтверждения туберкулеза.
5. Укажите ориентировочные сроки лечения по больничному листу, прогноз трудоспособности.

Эталон ответа к ситуационной задаче.

1. Оценка данных проведенного обследования:
   - ОАК – анемия легкой степени, лимфопения, повышение СОЭ до 38 $^{мм}/_{час}$;
   - ОАМ в пределах нормы;
   - обзорная рентгенограмма – синдром ограниченного уплотнения ткани;
   - бронхоскопия – поражение правого верхнедолевого бронха;
   - анализ смывов из верхнедолевого бронха методом микроскопии – обнаружены кислотоустойчивые палочки;
   - анализ мокроты 3-х кратно методом люминесцентной микроскопии микобактерий туберкулеза не обнаружены;
2. Инфильтративный туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе распада, МБТ (+). Туберкулез правого верхнедолевого бронха.
3. Дополнительные методы обследования:
   - биохимический анализ крови (трансаминазы, белки крови);
   - проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
   - анализ мокроты 3-х кратно люминесцентной микроскопии, посевом и ПЦР;
   - анализ смывов из бронхов методом люминесцентной микроскопии и посева;
   - томография верхушки правого легкого;
   - КТ;
   - бронхоскопия с биопсией по показаниям.
4. Лечение:
   - II режим;
   - $ВБД_{(т)}$ высокобелковая туберкулезная диета;
   - химиотерапия по I режиму, назначено 4 противотуберкулезных препарата из основной группы (изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин), в расчете на кг массы тела и с учетом лекарственной устойчивости возбудителя;
   - патогенетическая терапия:
     а) гепатопротекторы-эссенциале;
     б) витамин $B_6$;
     в) антиоксидантная терапия – аевит; тиосульфат натрия.
     г) иммунокоррекция – тималин;
     д) рассасывающая терапия – алоэ, лидаза;
   - терапия на пораженный орган – внутритканевой электрофорез, ингаляции с изониазидом, в последующем электрофорез с лидазой;
   - симптоматическое лечение (гемостатики);
   - дезинтоксикационая терапия.
5. Минимальные сроки лечения по больничному листу до 6 месяцев, максимальные – 10-12 месяцев. Сроки лечения зависят от эффективности провидимого лечения.

Трудовой прогноз: после окончания лечения грузчиком продовольственного магазина работать не может. Допуск к работе осуществляется не ранее чем через 2 года после окончания эффективного курса химиотерапии, позволяющего перевод в III группу

диспансерного учете только при полном рассасывании или наличием минимальных остаточных изменений в виде ограниченного участка пневмосклероза или спустя 2 года после эффективного оперативного вмешательства.

Вопрос о допуске к работе решает комиссия по трудоустройству.

*Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

**Задача 1**

Больной Т., 73 лет, пенсионер. Рос в большой семье - 2 сестры, 4 брата. 2 брата умерли от туберкулеза (один в возрасте 40 лет, другой в 55 лет). Родители туберкулезом не болели. Вредных привычек не имел. Условия жизни относительно удовлетворительные. Одинокий. Жена умерла от рака печени 5 лет назад. Болел туберкулезом легких в возрасте 23 лет, пролечен эффективно. В 27 - летнем возрасте обострение туберкулеза. Лечился в условиях стационара. Принимал много антибактериальных препаратов. Работал на целлюлозно-бумажном комбинате. Последние 6 лет частые приступы стенокардии. ФГ обследование проходил 3 года назад.

Обратился к терапевту с жалобами на одышку при подъеме по лестнице, хрипы при дыхании, которые слышит сам, общую слабость, кашель по утрам с мокротой, боли тупые за грудиной.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, соответствует возрасту. Рост – 177 см, вес – 78 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка ассиметрична: правое плечо ниже, подключичная область западает, уменьшена в объеме. Перкуторный звук укорочен под ключицей справа, ниже II межреберья с коробочным оттенком, частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные. PS=90 в минуту, АД=150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание частое. Тремор пальцев рук. На вопросы отвечает правильно. Снижена память.

На флюорограмме – верхняя доля справа уменьшена в размере, корень подтянут вверх, в средне-нижних отделах легких повышена прозрачность. Слева без патологии. Купол диафрагмы справа уплощен. Аорта уплотнена. На томограмме легких срезы 6-7см в зоне фиброза овальное просветление 2х1см.

Общий анализ крови: Эр- 4,0 х $10^{12}$/л, Hb-146 г/л, Ле- 12,9 х $10^{9}$/л, э- 2%, п/я-6%, с/я-57%, л-30%, м- 5%, СОЭ-56 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1013, лейкоциты -1-3 в/п.зр., белка, сахара – нет.

Биохимический анализ крови: белок – 65г/л, А – 40%, Г – 60%, альфа1- 1,9%, альфа2- 11%, бета-15%., гамма-22%, $^{А}/_{Г} = 0,67$

Реакция Манту с 2 ТЕ – р7мм.

Анализ мокроты по Циль – Нильсену – КУМ трехкратно обнаружено (3+), посев >100 колоний МБТ.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте характеристику течения заболевания.
2. Оцените данные объективного осмотра, туберкулинодиагностики.
3. Укажите отклонения от возрастных норм в лабораторных анализах.
4. Оцените характер бактериовыделения, разрешающую способность метода посева и сроки получения результата.
5. Отразите особенности лечения туберкулеза в пожилом возрасте с учетом данных обследования.

**Задача 2**

Больной Д., 47 лет, обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на повышение температуры тела до 38,5˚С, выраженную слабость, плохой аппетит, снижение массы тела до 6 кг, потливость по ночам, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку при небольшой физической нагрузке. Объективно: общее состояние средней тяжести, подкожно-жировой слой выражен слабо, бледен, при аускультации в верхушках левого легкого дыхание ослабленное, выслушиваются множественные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Рентгенологически: в верхней доле левого легкого определяется гигантская полость с секвестрами, в нижней доле на фоне инфильтрации и многочисленных очагов в $S_6$ и $S_{10}$ несколько полостей средних размеров с нечеткими контурами. Анализ мокроты методом люм-микроскопии и посевом МБТ+, 100 колоний,

устойчивых к изониазиду, рифампицину и этамбутолу.

А. Основной рентгенологический синдром
1) очаговой тени
2) уплотнения легочной ткани
3) патологии плевры
4) диссеминации
5) полости

Б. Массивность бактериовыделения у больного
1) скудное
2) умеренное
3) обильное

В. Степень опасности больного для окружающих
1) не опасен
2) наименее опасен
3) умеренно опасен
4) наиболее опасен

Г. Вид лекарственной устойчивости
1) вторичная
2) монорезистентность
3) полирезистентность
4) множественная
5) широкая

**Ответы к задаче 1**

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого I Б ГДУ (поздний рецидив).

2. Уменьшение размера грудной клетки, опущение плеча справа свидетельствует о хроническом процессе с фиброзом в легочной ткани. Тремор рук, снижение памяти, боли за грудиной – проявления общего атеросклероза. Проба Манту с 2 ТЕ – положительная.

3. В анализе крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз. Белковые фракции крови: снижение $^{А}/_{Г}$ коэффициента за счет увеличения глобулинов (альфа2, гамма фракций).

4. Бактериовыделение обильное методом Циль – Нильсена; посев мокроты >100 колоний, разрешающая способность посевом 50-100 КУМ; срок получения результата посева 3-12 недель.

5. Перед назначением антибактериальных препаратов – осмотр терапевта, ЛОР, окулиста. Интенсивная фаза по режиму I; 4 АБП (изониазид, рифадин, пиразинамид, этамбутол). Снижение дозы антибактериальных препаратов на 1/3. Ежедневный или интермитирующий индивидуальный прием. Коррекция нарушений ЦНС, сердечно-сосудистой системы. Активный двигательный режим. Рациональное питание (увеличение белка, витаминов группы С, В)

**Ответы к задаче 2**

А-2; Б-3; В-4; Г-4

**6. Задания для групповой работы**

Просмотр набора рентгенограмм, и группировка их по клиническим формам туберкулеза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

**Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:**

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия «Методы диагностики туберкулеза» с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

- ✓ Группы методов обследования больных с туберкулёзом органов дыхания.
- ✓ Основной метод рентгенологического обследования больного с туберкулёзом лёгких.
- ✓ Рентгенологическая картина нормальной грудной клетки в прямой проекции.
- ✓ Основные рентгенологические синдромы при заболеваниях органов дыхания.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Наиболее информативным методом в ДМИ, который позволяет морфологически установить диагноз туберкулеза легких, является:
   а) функциональное исследование легких;
   б) биохимическое исследование крови;
   в) ЭКГ;
   г) КТ органов грудной клетки;
   д) гистологическое исследование биоптата

2. Обязательный диагностический минимум при обследовании больного с подозрением на туберкулез
   а) изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни
   б) клинический анализ крови
   в) микроскопию мокроты по Цилю-Нельсену
   г) рентгенографию органов грудной клетки
   д) УЗИ плевральной полости

3. Методы микробиологической диагностики туберкулеза
   а) неактивные
   б) бактериоскопические
   в) бактериологические
   г) селективные
   д) молекулярно-генетические

4. Рентгенанатомический анализ обзорной рентгенограммы грудной клетки в прямой проекции позволяет оценить
   а) состояние мягких тканей
   б) состояние костного скелета
   в) состояние корней легких, легочного рисунка, легочных полей
   г) состояние клапанов сердца
   д) состояние средостения, диафрагмы, костно-диафрагмальных синусов

5. Разрешающая способность метода в зависимости от количества возбудителя

| | |
|---|---|
| 1. посев на плотную питательную среду | А. 5-100 микробных тел/мл |
| 2. прямая бактериоскопия | Б. 5-100 000 микробных тел/мл |
| 3. люминесцентная микроскопия | В.100 000-500 000 микробных тел/мл |

Эталоны ответов:
1) д
2) а.б.в.г
3) б,в,д
4) а,б,в,д
5) 1а, 2в, 3б

*4) Подготовить реферат* по выбранной теме «Субфебрилитет неясной этиологии», «Маски туберкулеза».

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br><br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br><br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.- 108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

**Основные нормативные акты, регламентирующие противотуберкулезную работу**

1. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Приказ МЗ России от 15.11.2012 № 932н
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
4. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
5. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
8. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/

9. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 2. Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области.**

**Тема 2.2: Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Современная классификация туберкулеза**.

**Цель:** способствовать формированию умений по клиническому обследованию больных туберкулезом, диагностике клинических форм туберкулеза органов дыхания.

**Задачи:**

1. Изучить особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания, физикальных методов у больных туберкулезом органов дыхания;
2. Изучить принципы построения современной классификации туберкулеза и ее основные разделы;
3. Изучить основные клинические формы туберкулеза органов дыхания.
4. Изучить правила формулировки диагноза туберкулеза.

**Обучающийся должен знать:**

1. Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у больных туберкулезом органов дыхания.
2. Особенности объективного обследования больных туберкулезом органов дыхания.
3. Разделы клинической классификации туберкулеза органов дыхания. Клинические формы первичного и вторичного туберкулеза легких, их клинику, диагностику, лечение.
4. Характеристику туберкулезного процесса, осложнения клинических форм туберкулеза (специфические и неспецифические). Остаточные изменения после излеченного туберкулеза: незначительные, умеренные, выраженные.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Целенаправленно расспросить о болезни пациента.
2. Провести объективное обследование (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) при подозрении и заболевании больного туберкулезом легких.
3. Пальпировать и оценивать состояние периферических лимфоузлов.
4. Оценить данные рентгенологического обследования при туберкулезе.
5. Установить клиническую форму и фазу туберкулезного процесса, наличие и характер осложнений туберкулеза.
6. Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза органов дыхания на основании данных клинико-рентгенологического обследования.
7. Оказать неотложную помощь при осложнениях туберкулеза органов дыхания.
8. Оформить направление к фтизиатру.

9. Пользоваться международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, раздел Туберкулез, МКБ10

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методами общего клинического обследования детей и взрослых с туберкулезом органов дыхания.
2. Методами объективного обследования больных с поражением органов дыхания.
3. Понятием «активный», «клинически излеченный туберкулез», больной «бактериовыделитель».

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- ✓ Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания больного туберкулезом.
- ✓ Особенности объективного обследования больного туберкулезом легких.
- ✓ Принципы построения клинической классификации туберкулеза, ее разделы, клинические формы.
- ✓ Специфические и неспецифические осложнения туберкулеза органов дыхания.
- ✓ Классификация остаточных изменений после перенесенного туберкулеза легких.
- ✓ Принцип построения клинического диагноза туберкулеза.

**2. Написание текущего тестового контроля знаний.**

1. Для туберкулеза легких характерны интоксикационные жалобы на
   а) повышение температуры тела
   б) потливость
   в) слабость
   г) потерю массы тела
   д) боли в грудной клетке

2. Для туберкулеза легких характерны бронхолегочные жалобы на
   а) кашель
   б) кровохарканье
   в) боль в грудной клетке
   г) одышку
   д) повышение температуры

3. При подозрении на туберкулёз в анамнезе вы не забудете спросить у взрослых
   а) вакцинация БЦЖ
   б) наследственность
   в) контакт с больным туберкулёзом
   г) отягощающие факторы
   д) предыдущее ФГ-обследование

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ЧАСТОТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ

| | |
|---|---|
| 1) инфильтративный | а) I |
| 2) очаговый | б) II |
| 3) диссеминированный | в) III |

5. ОТНОСИТСЯ К

| | |
|---|---|
| 1) первичным формам туберкулеза | а) первичный туберкулезный комплекс |
| 2) вторичным формам туберкулеза | б) туберкулема |
| | в) инфильтративный туберкулез легких |
| | г) диссеминированный туберкулез легких |
| | д) очаговый туберкулез легких |
| | е) туберкулез ВГЛУ |
| | ж) фиброзно-кавернозный туберкулез |

Эталоны ответов:

1) а, б, в, г
2) а, б, в, г
3) б, в, г, д
4) 1- а; 2 – б; 3 - в
5) 1- а, е; 2 - б, в, г, д, ж

**3. Выступление с подготовленными рефератами** «Особенности клинического течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста», «Туберкулезный менингит».

**4. Практическая подготовка.**

- Чтение рентгенограмм по клиническим формам туберкулеза.
- Решение ситуационных задач.
- Клинический разбор больного по теме занятия.
- Решение ситуационных задач

*Пример задачи с разбором по алгоритму*

У больного П., 25 лет, при устройстве на работу в продовольственный магазин грузчиком, на цифровой флюорограмме выявлены изменения в легких. Считает себя здоровым. Редкий утренний кашель со слизистой мокротой связывает с курением.

Контакт с больным туберкулезом отрицает. В подростковом возрасте наблюдался в противотуберкулезном диспансере по динамике туберкулиновых проб (была папула 21мм). В анамнезе - гепатит в детстве, хронический бронхит курильщика (курит с 13 лет). Дважды был в местах лишения свободы, последний раз освобожден год назад, тогда же проходил ФГ – обследование.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост – 170 см, вес – 65 кг. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, PS 80 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень не увеличена.

Цифровая флюорография: на уровне 1 ребра справа единичные очаговые тени, связанные «дорожкой» с корнем. Корни легких не изменены. Диафрагма, тень средостения без изменений.

Общий анализ крови: Эр- 4,6 х $10^{12}$/л, Hb-146 г/л, цв. показатель – 0,96, Ле- 9,0 х $10^{9}$/л, э-2%, п/я-4%, с/я-57%, л- 32%, м- 5%, СОЭ-12 мм/час.

Анализ мокроты по Циль – Нильсену 3-х кратно КУМ не обнаружены.

Направлен терапевтом на консультацию к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

Задания:

1. Предварительный диагноз терапевта при направлении на консультацию к фтизиатру. Какие данные в выписке должен указать терапевт для консультации.
2. Относится ли профессия грузчика к обязательному контингенту, краткость ФГ – обследования.
3. Оцените полноценность клинического минимума обследования, укажите причины развития заболевания.
4. Назначьте дополнительные методы обследования больного.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. Диагноз: Очаговый туберкулез верхней доли справа, МБТ-. В выписке должен указать: жалобы, анамнез заболевания, жизни, объективный осмотр, лабораторные данные, предположительный диагноз, цель направления.
2. Да, продовольственный магазин. ФГ – обследование обязательного контингента 1 раз в год. Дважды был в местах лишения свободы, последний раз освобожден год назад, в связи с освобождением из мест лишения свободы ФГ-обследование 2 раза в год в течение 2 лет.
3. Нет данных анализа мочи, пробы Манту с 2 ТЕ. Причины заболевания: инфицирован с подросткового возраста с гиперергической пробой на туберкулин, эндогенное развитие

заболевания; нахождение в МЛС, где возможен контакт с больными туберкулезом; хронический бронхит; вредные привычки.

4. ТГ легких; исследование мокроты методом люм-микроскопии, ПЦР и посевом с определением лекарственной чувствительности; общий анализ мочи; проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест.
5. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.

*Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

**Задача №1**

Больная с подчелюстным и шейным лимфаденитом получала антибиотики широкого спектра действия и физиотерапевтическое лечение, после чего состояние ухудшилось, увеличились размеры лимфатических узлов, усилились симптомы интоксикации, появился кашель с небольшим количеством мокроты, лимфатические узлы подвижны, плотноэластичной консистенции, безболезненные. Общий анализ крови: Нв-140, Л-9,8, п-я 7%, с-я 40%, л- 41%, м-12%, СОЭ 27 мм/час.

Задание:

1. Оцените данные проведенного обследования.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Наметьте план дополнительного обследования.
4. Сформулируйте клинический диагноз
5. Тактика ведения больной.

**Задача №2**

Подросток А.,16 лет, направлен к педиатру в связи с выявленными изменениями в верхней доле правого лёгкого при прохождении флюорографии на призывной комиссии. Жалоб нет. Последняя туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ проводилась 2 года назад, р.9мм. Ранее рентгенологически не обследовался. В течении 2-х лет состоит на учёте с язвенной болезнью желудка.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, со стороны лёгких, сердечно-сосудистой системы, органов брюшной полости патологии не выявлено. Кожа чистая, периферические лимфатические узлы не увеличены.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в S1 справа определяются немногочисленные тени до 1 см в диаметре, слабой интенсивности, с нечеткими наружными контурами. Слева без особенностей. Корень и тень средостения не изменены. Правый реберно-диафрагмальный синус пониженной прозрачности.

Общий анализ крови: Эр-4,08х 10 $^{12}$/л, Hb- 125 г/л, цв.п.- 0,9, Ле- 5,0 х 10 $^{9}$/л, э- 1%, п/я - 5%, с/я - 70%, лимф.- 20%, м- 4%, СОЭ- 15 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ в 14лет- р.9мм, в настоящее время-р.20 мм.

В мокроте 3-х кратно методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Задание

1. Оцените результаты лабораторного обследования, туберкулинодиагностики, рентгенограммы лёгких.
2. Укажите необходимые дополнительные сведения из анамнеза жизни.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Отразите тактику ведения данного подростка, необходимость в госпитализации.

**5. Задания для групповой работы**

Просмотр набора рентгенограмм, и группировка их по клиническим формам туберкулеза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия «Особенности клинического обследования больных туберкулезом легких. Современная классификация туберкулеза» с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля:*

- ✓ Особенности клинического обследования больного туберкулёзом лёгких.
- ✓ Принцип построения клинической классификации туберкулёза.
- ✓ Специфические и неспецифические осложнения туберкулёза органов дыхания.
- ✓ Классификация остаточных изменений после перенесенного туберкулёза органов дыхания.
- ✓ Принцип построения клинического диагноза туберкулёза лёгких.
- ✓ Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. «Зоны тревоги», в которых чаще всего выслушиваются катаральные явления в лёгких при туберкулёзе
   а) над ключицами
   б) под ключицами
   в) подмышечная область
   г) межлопаточная область
   д) подлопаточная область

2. Группы периферических лимфатических узлов, наиболее часто поражающиеся при туберкулезе
   а) затылочные
   б) паховые
   в) шейные
   г) межреберные
   д) подчелюстные

3. Характеристика туберкулезного процесса
   а) локализация
   б) осложнения
   в) фаза
   г) бактериовыделение
   д) остаточные изменения

4. Бактериовыделитель - это
   а) больной активным туберкулезом, у которого МБТ были обнаружены хотя бы 1 раз любым методом
   б) больной с экссудативным плевритом туберкулезной этиологии, МБТ+ в плевральной жидкости
   в) больной туберкулезом, выделяющий МБТ не менее 2 раз
   г) больной, у которого МБТ обнаружены однократно методом люминесцентной микроскопии при отсутствии рентгенологических изменений в легких и патологии верхних дыхательных путей при бронхоскопии
   д) больной туберкулезом, выделяющий МБТ, выявляемые всеми лабораторными методами исследования

5. ЧАЩЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

| | |
|---|---|
| 1. влажные хрипы | А. абсцедирующая пневмония |
| 2. сухие хрипы | Б. бронхиальная астма |
| | В. абсцесс легких |
| | Г. распадающийся рак легких |
| | Д. казеозная пневмония |

Эталоны ответов:

1 – а, б, в, г

2 – а, в, д
3 – а, в, г
4 – а, в, д
5 – 1а,в,г,д; 2б

*4) Подготовить реферат* по теме «Особенности клинического течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста», «Туберкулезный менингит»

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br>4 эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.- 108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
3. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf

4. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec6.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. http://roftb.ru/structure/
9. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
10. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 2. Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области.**

**Тема 2.3: Клинические формы туберкулеза органов дыхания. Диагностика и лечение осложнений туберкулеза, требующих неотложной врачебной помощи**.

**Цель:** способствовать формированию умений по диагностике клинических форм туберкулеза органов дыхания и лечения осложнений.

**Задачи:**

1. Изучить основные клинические формы туберкулеза органов дыхания, их диагностику.
2. Изучить наиболее часто встречающиеся осложнения органов дыхания, требующие неотложной помощи, их диагностику и лечение.

**Обучающийся должен знать:**

1. Особенности клинического обследования больного туберкулезом органов дыхания. Правила забора патологического материала.
2. Клинические формы туберкулеза органов дыхания. Основные клинические формы первичного и вторичного туберкулеза. Наиболее часто встречающиеся формы туберкулеза органов дыхания среди детей, подростков, взрослых и лиц пожилого возраста, их клинику, диагностику, лечение.
3. Понятие «активный», «клинически излеченный» туберкулез, больной «бактериовыделитель».
4. Осложнения туберкулеза: понятие, виды (специфические, не специфические, легочные, внелегочные, критерии специфичности осложнений).
5. Диагностику и лечение осложнений, требующих неотложной врачебной помощи.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Провести физикальное обследование больных различных возрастных групп.

2. Оценить данные рентгенологического обследования при туберкулезе органов дыхания, выделять основной рентгенологический синдром.
3. Установить клиническую форму, фазу туберкулезного процесса, наличие и характер осложнений туберкулеза.
4. Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза легких на основании данных клинико-рентгенологического обследования.
5. Оказать неотложную помощь при осложнениях туберкулеза органов дыхания.
6. Оформить направление к фтизиатру.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методами общего клинического обследования детей и взрослых с туберкулезом органов дыхания.
2. Интерпретацией результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов разных возрастных групп.
3. Методикой чтения рентгенограмм с различными клиническими формами туберкулеза органов дыхания.
4. Постановкой предварительного диагноза туберкулеза на основании клинико-рентгенологического обследования.
5. Навыками диагностики неотложных состояний и оказания неотложной и первой врачебной помощи при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, легочно-сердечной недостаточности.
6. Оформлением медицинской документации для направления в специализированное туберкулезное учреждение.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- ✓ Принципы построения клинической классификации туберкулеза органов дыхания, ее разделы, клинические формы.
- ✓ Перечень первичных и вторичных форм туберкулеза органов дыхания. Частота их встречаемости.
- ✓ Клинические формы туберкулеза с хроническим течением заболевания, клиника, диагностика, особенности лечения.
- ✓ Характеристика осложнений при туберкулезе органов дыхания.
- ✓ Лечение осложнений, требующих неотложной врачебной помощи.

**2. Написание текущего тестового контроля знаний.**

1. Форма туберкулеза, наиболее часто встречающаяся в структуре заболевания у детей
   а) первичный туберкулезный комплекс
   б) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
   в) туберкулезный плеврит
   г) туберкулезная интоксикация
   д) диссеминированный туберкулез

2. Клинические формы туберкулеза по частоте выявления

| | |
|---|---|
| 1) инфильтративный | а) I |
| 2) очаговый | б) II |
| 3) диссеминированный | в) III |

3. Рентгенологическая картина мягкоочагового туберкулеза легких характеризуется
   а) наличием очагов повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений в области верхушки легкого
   б) наличием очагов слабой интенсивности с нечеткими, расплывчатыми контурами и наклонностью к слиянию в области верхушки легкого

в) наличием фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до 3-го ребра
г) наличием очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям
д) наличием фокусной тени средней интенсивности размером 2,5 см в диаметре на уровне 4-го ребра

4. Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза проводят с
а) хронической туберкулезной интоксикацией
б) хроническим бронхитом
в) болезнью Верльгофа
г) брюшным тифом
д) аспергиллезом

5. Кавернозный туберкулез легких может сформироваться из
а) первичного туберкулезного комплекса с распадом
б) прогрессирующей туберкулемы
в) инфильтративного туберкулеза легких с распадом
г) туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов
д) диссеминированного туберкулеза легких с распадом

Эталоны ответов:
1) б
2) 1а, 2б, 3в
3) б
4) г
5) а,б,в,д

**3. Выступление с подготовленными рефератами** «Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких», «Легочное кровотечение и кровохарканье», «Спонтанный пневмоторакс».

**4. Практическая подготовка.**
- Чтение рентгенограмм с различными клиническими формами туберкулеза органов дыхания.
- Клинический разбор больного с инфильтративным туберкулезом легких
- Решение ситуационных задач
- Решение ситуационных задач

*Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной Х., 34 года поступил в следственный изолятор с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, кашель с мокротой слизистого характера без запаха и примеси крови. 2 недели назад простыл в изоляторе временного содержания. Появились насморк, недомогание, головная боль, постепенно присоединился кашель. Температуру не измерял. За медицинской помощью не обращался, так как не имеет медицинского полиса.

Из анамнеза: ФГ проходил 5 лет назад. Не работает. Туб. контакт отрицает. Проживает с бабушкой, свой дом сгорел 2 года назад.

Объективно: общее состояние при осмотре средней тяжести. Температура -37,6$^0$ С. Рост – 171 см, вес – 58 кг. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторный звук укорочен справа по подмышечным линиям с 4 ребра. Дыхание везикулярное, ослаблено, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, PS=98 в минуту, АД=90/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно болезненный в эпигастрии, печень по краю реберной дуги.

Диагноз после осмотра больного был неясен. Установлен предварительный диагноз: ОРВИ, осложненное течение. Правосторонняя пневмония? Назначено лечение в день поступления: жаропонижающие, десенсибилизирующие, сердечные средства, бронхолитики, ципрофлоксацин

0,5 х 2 раза внутрь, гентамицин 80 мл х 2раза в день в/м.

Проведено обследование: цифровая флюорография - по всем легочным полям, больше в верхних долях, рассеянные очаговые тени, широкие «дорожки» к корням легких.

Общий анализ крови: Эр- 5,2 х $10^{12}$/л, Hb-156 г/л, цв. показатель – 1,0, Ле- 10,4 х $10^{9}$/л, э- 2%, п/я-7%, с/я-60%, л- 29%, м- 4%, СОЭ-58 мм/час,

RW отрицательная, антитела к ВИЧ не обнаружены.

Общий анализ мочи без патологии.

Анализ мокроты методом люм-микроскопии - КУМ + трехкратно (2+, 3+, 3+).

Задания:

1. Оцените данные лабораторных, инструментальных методов обследования, выделите основной рентгенологический синдром.
2. Сформулируйте клинический диагноз, укажите метод выявления больного.
3. Перечислите факторы, способствующие развитию заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте специфическое лечение больному.

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. Повышение температуры – синдром интоксикации. Укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание указывает на наличие патологии в легких, белый налет на языке – исключить вторичную грибковую флору, болезненность в эпигастрии- исключить поражение желудочно-кишечного тракта (гастрит). Основной рентгенологический синдром - синдром диссеминации. В анализе крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг. В анализе мокроты методом люм- микроскопии КУМ + трехкратно – массивное бактериовыделение. Разрешающая способность метода люм- микроскопии 1000 КУМ/мл.
2. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ, + IA. заболевание выявлено при профилактическом осмотре по ЦФГ.
3. Развитию заболевания способствовали следующие факторы: безработный, одинокий; стрессовые факторы; низкий социальный уровень; отсутствие внимания к своему здоровью.
4. Дифференциальную диагностику проводить с пневмонией, раком, туберкулезом.
5. Интенсивная фаза. Режим I. 4 АБП (H – 0,6 + R – 0,6 + Z – 1,5 E – 1,2) ежедневно внутрь. В условиях стационара H – в/в капельно. Длительность интенсивной фазы 2 месяца. Сердечные препараты, иммунокоррекция, симптоматическое лечение.

*Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

**Задача № 1**

Больная М., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого, МБТ (-).

Пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 2 года после заболевания родила доношенного здорового ребёнка, Роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39 С с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт.ст. Живот без особенностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены слабоконтурированные тени до 3 мм б диаметре, лёгочный рисунок обеднен. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. - 4,59 х $10^{12}$/л, Hb - 139 г/л, цв.п, -0,9, L - 10,2 х $10^{9}$/л, п/я – 14%, с/я – 78%, л – 6%, м- 2%, СОЭ-30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Решите вопрос о вакцинации ребёнка, возможности грудного вскармливания.
4. Укажите мероприятия в очаге, которые необходимо провести перед выпиской ребёнка.
5. Тактика дальнейшего ведения больной.

**Задача № 2**

Больной К., 30 лет. Состоит на диспансерном учёте в туб. диспансере на протяжении 2 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких в/доли справа, МБТ+, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину. От оперативного лечения отказывается. Проживает в частном доме. В семье: жена, воспитатель детского сада, дети: 3 и 9 лет. В личном хозяйстве имеется крупный рогатый скот.

За последний месяц состояние больного ухудшилось: появилось повышение температуры тела до 38 С, кашель со значительным количеством слизисто-гнойной мокроты, пропал аппетит. В последующем на фоне сильного кашля внезапно появилась острая боль в груди справа, одышка, резковыраженная слабость. Машиной скорой помощи доставлен в туб. диспансер.

Объективно: состояние больного тяжелое, возбужден. Кожа бледная, холодный пот. Дыхание поверхностное. При аускультации справа под ключицей немногочисленные влажные и сухие хрипы. Слева дыхание не прослушивается. Частота дыханий 24 в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 в/мин., АД - 90/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови при поступлении: Эр. 3,2 х $10^{12}$/л, Hb - 98г/л, цв. п.-0.9, Лейк-12,0 х $10^{9}$/л, п/я- 12%, с/я- 72%., л- 11%, м-5%, С0Э-37мм/час.

В мокроте при микроскопии МБТ обнаружены.

На обзорном снимке органов грудной клетки по всем лёгочным полям неоднородные разной величины слабоконтурированные очаги, сливающиеся в фокусы, множественные крупные полости распада. Левое лёгкое несколько поджато к корню. Тень средостения смещена вправо. На 5 сутки от момента госпитализации наступил летальный исход.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите причины ухудшения состояния больного.
3. Определите категорию туберкулёзного очага, контактных, сроки их обследования,
4. Перечислите объём профилактических мероприятий, сроки наблюдения очага после смерти больного.
5. Оцените необходимость обследования на туберкулёз домашнего скота.

**5. Задания для групповой работы**

Работа с набором рентгенограмм по клиническим формам туберкулеза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

- ✓ Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания у взрослых (клиника, диагностика, лечение).
- ✓ Клинические формы первичного туберкулеза (клиника, диагностика, лечение).
- ✓ Осложнения туберкулеза, понятия, виды.
- ✓ Легочное кровотечение (клиника, диагностика, лечение).
- ✓ Спонтанный пневмоторакс, клиника, диагностика. Врачебная, доврачебная помощь.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Относится к

| | |
|---|---|
| 1) первичным формам туберкулеза | а) первичный туберкулезный комплекс |
| 2) вторичным формам туберкулеза | б) туберкулема |
| | в) инфильтративный туберкулез легких |

г) диссеминированный туберкулез легких
д) очаговый туберкулез легких
е) туберкулез ВГЛУ
ж) фиброзно-кавернозный туберкулез

2. Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать с:
   а) крупозной пневмонией;
   б) инфильтративным туберкулезом легких;
   в) экссудативным плевритом;
   г) первичным туберкулезным комплексом;
   д) туберкулезным бронхоаденитом.

3. Форма туберкулеза легких, для которой характерно наличие изолированного полостного образования:
   а) диссеминированный туберкулез легких в фазе распада;
   б) инфильтративный туберкулез легких в фазе распада;
   в) кавернозный туберкулез легких;
   г) очаговый туберкулез легких в фазе распада;
   д) фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

4. Легочное кровотечение характеризуется:
   а) внезапным возникновением;
   б) связано с рвотой;
   в) темной кровью со сгустками;
   г) сопровождается кашлем;
   д) появлением алой (ярко-красной, пенистой) или темной крови в мокроте или в чистом виде, часто после кашля.

5. Симптомами спонтанного пневмоторакса являются все, кроме:
   а) резкой боли в грудной клетке;
   б) снижения АД;
   в) тахикардии;
   г) одышки;
   д) повышения температуры тела.

Эталоны ответов:
1) 1- а, е; 2 - б, в, г, д, ж
2) а
3) в
4) д
5) д

*4) Подготовить реферат* по теме «Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких», «Легочное кровотечение и кровохарканье», «Спонтанный пневмоторакс».

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br><br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br><br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.-431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
3. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
4. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec6.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. http://roftb.ru/structure/
9. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
10. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 4: Раннее и своевременное выявление туберкулеза и его профилактика**
**Тема 4.1. Профилактика туберкулеза**

**Цель:** способствовать формированию умений по профилактике туберкулеза в практической деятельности врача-стоматолога.

**Задачи:**

1. Научить студентов соблюдать санитарно-эпидемиологический режим при работе врачом-стоматологом с целью профилактики туберкулеза.
2. Изучить виды и методы профилактики туберкулеза.
3. Изучить особенности профилактики туберкулеза в эпидемиологическом очаге туберкулезной инфекции.

**Обучающийся должен знать:**

1. Санитарно-эпидемиологический режим в клинике туберкулеза, при работе врачом-стоматологом.
2. Организацию и основные задачи работы противотуберкулезной службы.
3. Основные разделы работы в очаге туберкулезной инфекции, правила поведения в быту больного открытой формой туберкулеза.
4. Показания, противопоказания к вакцинации и ревакцинации БЦЖ, химиопрофилактике, санитарной профилактике, санитарно-просветительной работе. Методику проведения, оценку их эффективности.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Провести отбор лиц для вакцинации и ревакцинации БЦЖ с учетом результатов массовой туберкулинодиагностики.
2. Оценить характер местной прививочной реакции после вакцинации, ревакцинации БЦЖ.
3. Определить наличие осложнений после вакцинации, ревакцинации БЦЖ.
4. Составить план проведения профилактических мероприятий в «очаге» туберкулезной инфекции.
5. Обследовать очаг туберкулезной инфекции, определить степень опасности очага для окружающих.
6. Назначить химиопрофилактику, оценить ее эффективность.
7. Овладеть методикой санитарно-просветительной работы по туберкулезу.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Чтением результатов туберкулинодиагностики и диаскинтеста.
2. Отбором лиц для вакцинации и ревакцинации по результатам массовой туберкулинодиагностики.
3. Обследованием очага туберкулезной инфекции, определением степени его опасности.
4. Составлением плана проведения профилактических мероприятий в «очаге» туберкулезной инфекции.
5. Отбором лиц для химиопрофилактики, оценке ее эффективности.
6. Проведением санитарно-просветительной работы по туберкулезу.
7. Мерами противоинфекционной защиты врача-стоматолога.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- ✓ Методы, виды профилактики туберкулёза.
- ✓ Специфическая профилактика туберкулёза /вакцина БЦЖ, сроки вакцинации и ревакцинации БЦЖ, показания и противопоказания, осложнения/.
- ✓ Химиопрофилактика /первичная и вторичная, показания и методика проведения/.
- ✓ Санитарная профилактика /текущая и заключительная дезинфекция, показания, правила поведения больного туберкулёзом в быту/.
- ✓ Очаг туберкулёзной инфекции, виды очагов, критерии подразделения.

**2. Написание текущего тестового контроля знаний по теме занятия**

1. Мероприятия
   1) специфической профилактики
   2) санитарной профилактики
   3) химиопрофилактики

   а) назначение противотуберкулезных препаратов детям с виражом туб.проб
   б) назначение противотуберкулезных препаратов на 6 мес. в условиях стационара
   в) заключительная дезинфекция
   г) изоляция больного
   д) вакцинация вакциной БЦЖ

2. Эффективность ревакцинации вакциной бцж ребенка в возрасте 7лет
   1) эффективна
   2) неэффективна

   а) проба Манту с 2ТЕ папула 6мм, поствакц. рубчик 6 мм
   б) проба Манту с 2ТЕ отрицательная, рубчик отсутствует
   в) проба Манту с 2ТЕ папула 3мм, поствакц. рубчик 2мм
   г) проба Манту с 2ТЕ отрицат., поствакц. рубчик 5мм
   д) проба Манту с 2ТЕ папула 8мм, поствакц. рубчик 5мм

3. Лица, проводящие дезинфекцию в очаге туберкулезной инфекции
   1) текущую дезинфекцию
   2) заключительную дезинфекцию

   а) взрослые больные
   б) взрослые члены семьи
   в) больные дети
   г) больные подростки
   д) центр сан.эпид.надзора

4. Критерии, определяющие степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции
   а) жилищно-бытовые условия семьи
   б) материальная обеспеченность семьи
   в) санитарный и культурный уровень семьи
   г) возраст
   д) массивность бактериовыделения у больных туберкулезом

5. Химиопрофилактика для предупреждения заболевания туберкулезом показана
   а) лицам из постоянного контакта с бактериовыделителем
   б) лицам с виражом туберкулиновой реакции
   в) лицам с гиперергическими реакциями на туберкулин
   г) больным сахарным диабетом со следами ранее перенесенного туберкулеза
   д) пациентам с туберкулезом сомнительной активности

Эталоны ответов:

1) 1д; 2в, г; 3а
2) 1а, д; 2в, б, г
3) 1а, б; 2д
4) а, б, в д
5) а, б, в, г

**3. Выступление с подготовленным рефератом** «Внелегочные формы туберкулеза (кожи, периферических лимфатических узлов)».

**4. Практическая подготовка**

- Работа с рентгенограммами.
- Клинический разбор больного по теме занятия.
-Решение ситуационных задач

*Пример решения задачи с разбором по алгоритму*

Больной Г., 54 лет, страдающий хронической обструктивной болезнью легких, прошел ФГ-обследование для работы вахтовым методом в г. Москва, выявили изменения в легких в виде множественных очаговых теней малой, средней и высокой интенсивности по всем легочным полям, преимущественно в верхних и средних отделах, местами сливающиеся в фокусы, инфильтраты, с признаками распада, правый корень подтянут кверху до уровня 1-го ребра.

При активном расспросе установлено, что больного несколько лет беспокоит кашель со скудным количеством мокроты слизисто-гнойного характера, периодически одышка при физической нагрузке, потливость по ночам, часто болел простудными заболеваниями. К врачам обращался редко. ФГ- обследование не проходил 5 лет. Официально последние 3 года нигде не работал, в центре занятости не состоял. Материально-бытовые условия неудовлетворительные, живет в частном доме с женой и семьей сына, внуку 5 лет. Курит по пачке в день, злоупотребляет алкоголем. Наследственность по туберкулезу не отягощена, имел контакт с больным туберкулезом другом.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес - 65 кг, рост-178 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 24 в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 в минуту, АД- 110/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Эр-3,8х $10^{12}$/л, Hb- 130 г/л, цв.п.- 0,92, Ле- 11,5 х $10^{9}$/л, эоз.- 2%, п/я - 8%, с/я - 60%, лимф.- 19%, мон.- 11%, СОЭ- 30 мм/час.

При исследовании мокроты однократно люм-методом МБТ+.

Диаскинтест папула 21 мм.

Задания:

1. Оцените результаты проведенного обследования, определите основной рентгенологический синдром, путь выявления, факторы, способствующие развитию заболевания.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Назначьте комплексное лечение, укажите группу диспансерного учета.
5. Определите категорию очага туберкулезной инфекции, составьте план профилактических мероприятий в очаге.

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. Имеются длительно сохраняющиеся симптомы интоксикации и локальные грудные симптомы. Основной рентгенологический синдром - синдром диссеминации. В анализе крови - ускорение СОЭ, лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг. В анализе мокроты методом люм-микроскопии КУМ+. Диаскинтест гиперэргический. Развитию заболевания способствовали следующие факторы: ФГ- обследование не проходил 5 лет, официально последние 3 года нигде не работал, в центре занятости не состоял; материально-бытовые условия неудовлетворительные; страдает хронической обструктивной болезнью; курит по пачке в день, злоупотребляет алкоголем; имел контакт с больным туберкулезом другом. Заболевание выявлено при профилактическом осмотре по ЦФГ.

2. Общий анализ мочи, анализ мокроты на МБТ методом люм-микроскопии трехкратно, ПЦР и посевом с определением лекарственной чувствительности. Исследование крови на биохимические анализы, белковые фракции, HbS – антиген, билирубин и трансаминазы; ТГ верхних долей,

бронхоскопия, ЭКГ, ФВД, консультации ЛОР, окулиста.

3. Хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ, + I гр. ДУ. Хроническая обструктивная болезнь легких.

4. Диета ВБД туберкулезная, двигательный режим 2. Интенсивная фаза. Режим I. 4-5 АБП (H – 0,6 + R – 0,6 + . Z – 1,5 E – 1,2) ежедневно внутрь. В условиях стационара H – в/в капельно. Длительность интенсивной фазы 2-3месяца-. Сердечные препараты, иммунокоррекция, симптоматическое лечение.

5. Очаг I категории (МБТ+, неблагоустроенная квартира, внуку 6 лет) – очаг социально-отягощенный. В очаге: заключительная дезинфекция, ФГ всем членам семьи, детям-туберкулинодиагностика, химиопрофилактика, санитарно-просветительная работа.

*Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

**Задача № 1**

Больная М., 23 лет, студентка. Состоит на учёте в противотуберкулёзном диспансере с диагнозом инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого, МБТ (-).

Пролечена в стационаре 8 месяцев. Лечение эффективно: достигнуто частичное рассасывание инфильтрата, прекратилось бактериовыделение. Через 2 года после заболевания родила доношенного здорового ребёнка, Роды протекали без осложнений. На 4-й день после родов появилось ухудшение самочувствия: слабость, потливость по ночам, повышение температуры до 39 С с ознобами, сухой кашель, выраженная одышка.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Цианоз губ. Периферические л/узлы не увеличены. Дыхание в лёгких ослаблено, единичные сухие хрипы. Частота дыхания 30 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс 110 в/мин., АД- 100/60 мм рт.ст. Живот без особенностей.

На обзорной рентгенограмме легких по всем лёгочным полям выявлены слабоконтурированные тени до 3 мм б диаметре, лёгочный рисунок обеднен. Корень структурный, не увеличен. Тень средостения в норме. Синусы свободные, диафрагма ровная.

Общий анализ крови; Эр. - 4,59 х $10^{12}$/л, Hb - 139 г/л, цв.п, -0,9, L - 10,2 х $10^{9}$/л, п/я – 14%, с/я – 78%, л – 6%, м- 2%., СОЭ-30 мм/час.

Однократно в общей сети методом бактериоскопии микобактерии туберкулёза не обнаружены.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Решите вопрос о вакцинации ребёнка, возможности грудного вскармливания.
4. Укажите мероприятия в очаге, которые необходимо провести перед выпиской ребёнка.
5. Тактика дальнейшего ведения больной.

**Задача № 2**

Больной К., 30 лет. Состоит на диспансерном учёте в туб. диспансере на протяжении 2 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких в/доли справа, МБТ+, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину. От оперативного лечения отказывается. Проживает в частном доме. В семье: жена, воспитатель детского сада, дети: 3 и 9 лет. В личном хозяйстве имеется крупный рогатый скот.

За последний месяц состояние больного ухудшилось: появилось повышение температуры тела до 38 С, кашель со значительным количеством слизисто-гнойной мокроты, пропал аппетит. В последующем на фоне сильного кашля внезапно появилась острая боль в груди справа, одышка, резковыраженная слабость. Машиной скорой помощи доставлен в туб. диспансер.

Объективно: состояние больного тяжелое, возбужден. Кожа бледная, холодный пот. Дыхание поверхностное. При аускультации справа под ключицей немногочисленные влажные и сухие хрипы. Слева дыхание не прослушивается. Частота дыханий 24 в/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 в/мин., АД - 90/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови при поступлении: Эр. 3,2 х $10^{12}$/л, Hb - 98г/л, цв. п.-0.9, Лейк-12,0 х $10^{9}$/л, п/я- 12%, с/я- 72%., л- 11%, м-5%, С0Э-37мм/час.

В мокроте при микроскопии МБТ обнаружены.

На обзорном снимке органов грудной клетки по всем лёгочным полям неоднородные разной величины слабоконтурированные очаги, сливающиеся в фокусы, множественные крупные полости распада. Левое лёгкое несколько поджато к корню. Тень средостения смещена вправо. На 5 сутки от момента госпитализации наступил летальный исход.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите причины ухудшения состояния больного.
3. Определите категорию туберкулёзного очага, контактных, сроки их обследования,
4. Перечислите объём профилактических мероприятий, сроки наблюдения очага после смерти больного.
5. Оцените необходимость обследования на туберкулёз домашнего скота.

**5. Задания для групповой работы**

Просмотр набора рентгенограмм, и группировка их по клиническим формам туберкулеза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

**Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:**

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

- ✓ Методы, виды профилактики туберкулёза.
- ✓ Специфическая профилактика туберкулёза /вакцина БЦЖ, сроки вакцинации и ревакцинации БЦЖ, показания и противопоказания, осложнения/.
- ✓ Химиопрофилактика /первичная и вторичная, показания и методика проведения/.
- ✓ Санитарная профилактика /текущая и заключительная дезинфекция, показания, правила поведения больного туберкулёзом в быту/.
- ✓ Очаг туберкулёзной инфекции, виды очагов, критерии подразделения.
- ✓ Группы методов обследования больных с туберкулёзом органов дыхания.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Основные виды профилактики туберкулёза
   а) санитарная профилактика
   б) санация очагов хронической инфекции
   в) химиопрофилактика
   г) вакцинация, ревакцинация БЦЖ
   д) диспозиционная профилактика туберкулёза
2. Текущую дезинфекцию в очагах туберкулезной инфекции выполняют
   а) участковый врач-терапевт с медицинской сестрой
   б) участковый врач-фтизиатр с медицинской сестрой
   в) противоэпидемический отдел центра здоровья и гигиены
   г) взрослые члены семьи больного туберкулезом
   д) взрослый больной туберкулезом при удовлетворительном самочувствии
3. Заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции включает
   а) дезинфекционную обработку квартиры больного сотрудниками службы санэпиднадзора
   б) камерную обработку постельных принадлежностей
   в) косметический ремонт помещения
   г) ежедневную уборку помещения с применением хлорсодержащих препаратов
   д) использование больным отдельной посуды, одежды, постельных принадлежностей, их отдельную обработку и хранение
4. Критерии, определяющие степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции
   а) жилищно-бытовые условия семьи
   б) материальная обеспеченность семьи

в) санитарный и культурный уровень семьи
г) возраст
д) массивность бактериовыделения у больных туберкулезом

5. Вакцина БЦЖ является
а) неспецифичной
б) безвредной
в) специфичной
г) аллергенной
д) иммуногенной

Эталоны ответов:
1 – а, в, г, д
2 – г, д
3 – а, б, в,
4 – а, б, в, д
5 – б, в, г, д

*4) Подготовить реферат по теме* «Внелегочные формы туберкулеза (кожи, периферических лимфатических узлов)»

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br>4 эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

1. Федеральный закон № 77 от 18.06.2001г. «О предупреждении, распространении туберкулеза в РФ».
2. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60 (ред. от 06.02.2015) "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза" (вместе с "СП 3.1.2.3114-13...")
4. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
5. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей. http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 2. Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области.**

**Тема 2.4: Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика.**

**Цель:** способствовать формированию умений по диагностике клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области, неотложной терапии.

**Задачи:**

1. Изучить особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания, физикальных методов у больных туберкулезом челюстно-лицевой области.
2. Изучить принципы построения современной классификации туберкулеза челюстно-лицевой области.
3. Изучить основные клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области.
4. Изучить основные осложнения, требующие неотложной помощи.

**Обучающийся должен знать:**

1. Особенности клинического обследования больного туберкулезом челюстно-лицевой области.
2. Клиническую классификацию туберкулеза челюстно-лицевой области.
3. Характеристику основных клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области: клинику, диагностику, особенности лечения, исходы.
4. Принцип построения клинического диагноза туберкулеза челюстно-лицевой области.
5. Меры социальной защиты медицинских работников от туберкулеза.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Целенаправленно расспросить о болезни пациента.
2. Проводить исследование (осмотр) полости рта.
3. Пальпировать и оценивать состояние периферических лимфоузлов.

4. Оценить данные рентгенологического обследования при туберкулезе челюстно-лицевой области.
5. Установить клиническую форму и фазу туберкулезного процесса, наличие и характер осложнений туберкулеза челюстно-лицевой области.
6. Сформулировать предварительный диагноз туберкулеза челюстно-лицевой области на основании данных клинико-рентгенологического обследования.
7. Оказать неотложную помощь при осложнениях туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области.
8. Оформить направление к фтизиатру.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методами обследования челюстно-лицевой области.
2. Интерпретацией результатов лабораторного, инструментального и рентгенологического обследования пациентов разных возрастных групп с челюстно-лицевой патологией.
3. Методикой забора биологического материала для исследования на туберкулез.
4. Методами ведения медицинской документации и оформлением направления в специализированное туберкулезное учреждение на консультацию к фтизиатру.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- ✓ Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания и объективного обследования больного туберкулезом челюстно-лицевой области.
- ✓ Принципы построения клинической классификации туберкулеза челюстно-лицевой области.
- ✓ Клинические формы туберкулеза и челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение.
- ✓ Остаточные изменения после излеченного туберкулеза челюстно-лицевой области.
- ✓ Принципы оказания неотложной помощи при осложнениях туберкулеза челюстно-лицевой области (кровотечение).

**2. Написание текущего тестового контроля знаний**

1. Из проявлений на слизистой оболочке в полости рта чаще наблюдается
   а) язва;
   б) очаги;
   в) туберкулема;
   г) каверна;
   д) эрозии.

2. Общепринятым методом диагностики туберкулеза слизистой оболочки полости рта является:
   а) взятие мазков на МБТ;
   б) флюорография легких;
   в) консультация фтизиатра;
   г) бронхоскопия;
   д) компьютерная томография.

3. Внешние проявления язвенной формы туберкулезного поражения полости рта:
   а) неглубокая язва неправильной формы с изъеденными краями, бугристое дно, покрытое сочными грануляциями; имеется гнойное отделяемое. Окружающая поверхность усеяна по периферии и вокруг бледно-розовыми и сероватыми изъязвленными грануляциями;
   б) ограниченный некроз пленчатого характера, кратерообразные язвы, окруженные ободком с резким неприятным запахом, слюнотечением;
   в) глубокие язвы на языке и в костном остове полости рта — покрыты салоподобным налетом, цвет медно-красный;
   г) неглубокие кровоточивые язвы, неровные подрытые плотные края, болезненная

инфильтрация регионарных лимфоузлов;
д) мягкий ограниченный инфильтрат красного цвета с размягчением в центре.

4. Быстро диагностировать туберкулез костей черепа позволяет:
а) бактериоскопия;
б) рентгенография;
в) биопсия;
г) радиоизотопные методы;
д) эхо-томография.

5. Классификация клинических форм туберкулеза челюстно-лицевой области

| | |
|---|---|
| 1) туберкулез других органов дыхания | а) туберкулез костей и суставов лицевого черепа |
| 2) туберкулез других органов и систем | б) туберкулез слизистой оболочки рта |
| | в) туберкулез периферических лимфатических узлов |
| | г) туберкулез кожи и подкожной клетчатки |
| | д) туберкулез миндалин |
| | е) туберкулез глотки |
| | ж) туберкулез слюнных желез |

Эталоны ответов:
1) а
2) а
3) а
4) б
5) 1- б, д, е 2-а, в, г, ж

**3. Выступление с подготовленным рефератом** «Саркоидоз органов дыхания».

**4. Практическая подготовка.**
- Клинический разбор больного по теме занятия.
- Работа с рентгенограммами.
- Решение ситуационных задач

*Решение ситуационных задач по алгоритму*

Больная С., 55 лет. 2 года назад в связи с новообразованием проведена радикальная мастэктомия с курсом химиотерапии.

Год назад имела кратковременный контакт с больным туберкулёзом лёгких. Последние 3 недели отмечает ухудшение общего состояния: слабость, плохой аппетит, повышение температуры до 37,8 С, сухой кашель, одышка. Лечилась самостоятельно отварами трав, противокашлевыми средствами. На фоне лечения справа под лопаткой появились тупые боли, усиливающиеся при кашле. Обратилась к терапевту.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,0 С, рост- 160 см, вес- 52 кг. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Справа от IV ребра и ниже притупление перкуторного звука, здесь же резко ослабленное дыхание. Частота дыханий - 20 в/мин. Тоны сердца ритмичные, пульс-100 в/мин, АД-100/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

Общ. ан. крови: Эр- 3,7 х $10^{12}$/л, НЬ- 102 г/л, цв.п. - 0,95, Лейк-10,0х $10^{9}$/л, э-2, п/я-12, с/я-68, л-12, м-6, СОЭ-38 мм/час. Сахар крови- 5,55 ммоль/л.

Обзорная рентгенограмма лёгких: справа от диафрагмы до IV ребра интенсивное гомогенное затемнение. Корни структурны. Органы средостения несколько смещены влево.

Госпитализирована в терапевтическое отделение, где проведена плевральная пункция - получено 400 мл прозрачной опалесцирующей жидкости: уд.вес-1030, белок 49,5 г/л, сахар-3,1, нейтрофилы- 32%, лимф- 68%. МВТ, АК, Флора не обнаружены. R. Манту с 2 ТЕ - р. 4 мм.

В теч. 1 мес. пролечена пенициллином, стрептомицином, проведены 2 повторные плевральные пункции. В цитограмме плеврального выпота количество лимфоцитов увеличилось до

82%. Общее состояние больной несколько улучшилось, но на рентгенограмме сохранялся уровень жидкости до 5 ребра.

Задания:

1. Проведите анализ лабораторных данных, пробы Манту с 2 ТЕ.
2. Укажите предварительный диагноз, проведите дифференциальную диагностику экссудативного плеврита.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Оцените эффективность лечения в терапевтическом отделении.
5. Определите тактику дальнейшего ведения больной.

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. ОАК: умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ. Сахар крови в норме. Проба Манту с 2 ТЕ - сомнительная. Плевральная жидкость - экссудат. За туб. этиологию опалесценция экссудата, снижение сахара, лимфоцитарный цитоз, его увеличение на фоне неспецифической терапии.
2. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. Исключить экссудативный плеврит онкоэтиологии.
3. Рентгенологическое обследование лёгких сразу после удаления экссудата с целью уточнения поражения лёгких. Торакоскопия с биопсией плевры и гистологическим исследованием биоптата. Исследование экссудата биохимическое и бактериологическое. Мокрота на ВК, АК. ОАМ.
4. Лечение в терапевтическом отделении не эффективно.
5. Консультация фтизиатра, перевод в диагностическое отделение противотуберкулёзного диспансера.

*Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

**Задача №1**

Больной И., 37 лет, предъявляет жалобы на боль при глотании, сухость во рту, повышение температуры до 37,5°С. 2 месяца назад отметил появление безболезненного гиперемированного опухолевидного образования справа около ушной раковины, которое постепенно увеличивалось в размерах, затем появились очаги размягчения и гнойное отделяемое. При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Увеличены подчелюстные и шейные лимфатические узлы справа. Отмечается припухлость и уплотнение мягких тканей нижней челюсти и околоушной области, неприятные ощущения и нерезкая боль в области околоушных слюнных желез, здесь же прослеживается свищевой канал с отделяемым сероватого цвета без запаха. Расстройств жевания не выявляется. Полость рта санирована.

1. Предварительный диагноз
   а) туберкулез околоушных, подчелюстных, подъязычных слюнных желез справа, свищевая форма
   б) холодный абсцесс справа, свищевая форма
   в) регионарный лимфаденит
   г) туберкулез нижней челюсти

2. План дообследования
   а) цитологическое исследование гнойного отделяемого свища
   б) бактериологическое исследование гнойного отделяемого свища
   в) паротидэктомия с гистологическим исследованием пораженной ткани
   г) трахеобронхоскопия
   д) контрастная сиалография
   е) сбор анамнеза

3. Показания к применению контрастной сиалографии

а) удовлетворительное состояние
б) неприятные ощущения, нерезкая боль в области расположения слюнных желез
в) периферические лимфатические узлы не увеличены
г) припухлость и уплотнение мягких тканей нижней челюсти
д) увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов
е) наличие свищей
ж) необъяснимая длительная субфебрильная температура тела

4. Признаки туберкулезного сиалоаденита
   а) кавернозное поражение слюнных желез - участки деструкции слюнных
   б) желез в виде полостей различной величины и формы
   в) отсутствие обызвествлений
   г) дольки желез одинаковых размеров
   д) наличие обызвествлений
   е) неравномерные дольки желез из-за атрофии и запустевания
   ж) части их вследствие развития соединительной ткани
   з) формирование свищей

**Задача №2**

Больной Р, 36 лет, неработающий, поступил в противотуберкулезный диспансер с распространенным инфильтративным туберкулезом легких с массивным бактериовыделением. В детстве лечился по поводу туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, в результате лечения сформировались большие остаточные изменения. Имеет отягощенную наследственность - туберкулезом болели отец и брат. При поступлении предъявлял жалобы на умеренно-выраженные симптомы общей интоксикации и локальные (грудные) симптомы, а также отметил, что несколько месяцев назад на языке у него появилась трещина, а затем язвочка, по поводу чего обращался к отоларингологу, проведенная неспецифическая антибактериальная терапия эффекта не дала. При осмотре на боковой поверхности языка справа имеется небольшая малоболезненная язвочка, дно которой выполнено грануляциями. Периферические лимфоузлы не увеличены. Имеются кариозные зубы.

1. Предварительный диагноз
   а) туберкулез боковой поверхности языка справа
   б) туберкулезная волчанка языка
   в) милиарно-язвенный туберкулез
   г) туберкулема слизистой оболочки рта
   д) хейлит

2. План дообследования
   а) удаление язвы с грануляциями
   б) пробный курс местного лечения противотуберкулезными препаратами
   в) диагностическая биопсия края язвы для гистологического и бактериологического исследования
   г) трехкратное микроскопическое исследование мазков – отпечатков по Цилю-Нельсену на МБТ
   д) рентгенологическое исследование легких

3. Форма туберкузного процесса
   а) инфильтративная
   б) язвенная
   в) индуративная
   г) продуктивная
   д) экссудативная

4. Тип воспалительной реакции
   а) преимущественно некротический
   б) преимущественно экссудативный
   в) преимущественно продуктивный
   г) преимущественно язвенный
   д) индуративный

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

**Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:**

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

- ✓ Особенности клинического обследования больного туберкулёзом челюстно-лицевой области.
- ✓ Принцип построения клинической классификации туберкулёза челюстно-лицевой области.
- ✓ Основные клинические формы челюстно-лицевой области.
- ✓ Основные осложнения туберкулёза органов челюстно-лицевой области.
- ✓ Остаточные изменения после перенесенного туберкулёза челюстно-лицевой области.
- ✓ Принцип построения клинического диагноза туберкулёза челюстно-лицевой области.
- ✓ Неотложная помощь при кровотечении у больных с патологией челюстно-лицевой области.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Путь развития туберкулезной инфекции при альвеолярной локализации поражения челюстных костей
   а) гематогенный
   б) лимфогенный
   в) травматический
   г) аллергический
   д) одонтогенный

2. Туберкулез слизистой оболочки полости рта может являться единственной локализацией туберкулеза, если:
   а) заболевание вызвано микобактериями мышиного типа
   б) поражение слизистой является первичным аффектом
   в) после вакцинации БЦЖ прошло более 7 лет
   г) после вакцинации БЦЖ прошло менее 3 лет
   д) вакцинация БЦЖ не производилась

3. Клинические формы

| | |
|---|---|
| 1) туберкулеза слизистой оболочки рта | а) туберкулез языка |
| 2) туберкулез костей и суставов лицевого черепа | б) туберкулез десен |
| | в) туберкулез скуловой кости |
| | г) туберкулезная волчанка |
| | д) туберкулез лобной кости |
| | е) туберкулез слизистой оболочки губ и щек |
| | ж) туберкулез верхней и нижней челюсти |
| | з) туберкулез твердого и мягкого неба |
| | и) туберкулез височно-нижнечелюстного сустава |
| | к) альвеолярные формы туберкулеза челюстей |
| | л) милиарно-язвенный туберкулез |

4. Местное лечение

| | |
|---|---|
| 1) туберкулеза слизистой | а) тщательная гигиена полости рта |

| | |
|---|---|
| оболочки рта | |
| 2) туберкулез костей и суставов | б) применение растворимых форм рифампицина и изониазида |
| | в) устранение травмирующих факторов и очагов хронической одонтогенной инфекции |
| | г) консервативное лечение противотуберкулезными препаратами |
| | д) хирургическое вмешательство |

5. Диагностика туберкулеза челюстно-лицевой области

| | |
|---|---|
| 1) туберкулеза слизистой оболочки рта | а) сбор анамнеза |
| 2) туберкулез миндалин, глотки | б) рентгенологическое исследование легких |
| 3) туберкулез костей и суставов | в) проба Манту с 2 Т.Е |
| 4) туберкулез слюнных желез | г) исследование гнойного отделяемого язвы, свища или мазка отпечатка язвы по Цилю-Нельсену на МБТ трехкратно |
| | д) контрастная сиалография |
| | е) пункция пораженного участка с последующим цитологическим, бактериологическим исследованием материала |
| | ж) пробные курсы лечения противотуберкулезными препаратами |
| | з) гистологическое исследование |
| | и) рентгенологическое исследование пораженного органа или его части |

Эталоны ответов:
1) д
2) б
3) 1а, б, г, е, з, л 2 в, д, ж, и, к
4) 1а, б, в, 2г, д
5) 1а, б, в, г, ж, з 2а, б, в, г, ж, з 3а, б, в, г, з, и 4а, б, в, д, е, ж, з

*4) Подготовить реферат* по теме «Саркоидоз легких».

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, | 1 | ЭБС Консультант |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2015 г.– 520 стр | | студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.- 108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

1. Федеральный закон № 77 от 18.06.2001г. «О предупреждении, распространении туберкулеза в РФ».
2. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60 (ред. от 06.02.2015) "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза" (вместе с "СП 3.1.2.3114-13...")
4. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Приказ МЗ России от 15.11.2012 № 932н
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
7. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
8. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec6.pdf
10. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec7.pdf
11. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
12. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. http://roftb.ru/structure/
14. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
15. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/
16. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей. http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

**Раздел 2. Методы диагностики туберкулеза. Клинические формы туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области.**

**Тема 2.5. Зачетное занятие**

Цель: оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

1. Тестирование – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
2. Устное собеседование по вопросам к зачету - примерные вопросы к зачету представлены в приложении Б к рабочей программе.
3. Работа с рентгенограммами – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
4. Решение ситуационных задач – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.
5. Прием практических навыков – примерные задания представлены в приложении Б к рабочей программе.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Подготовка к зачетному занятию

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов медицинских институтов. | Перельман М.И. с соавт. | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г., 2015.- 446 с.: | 27<br><br>4<br>эл. опт. диск (CD-ROM ) | -ЭБС "Консультант студента, издание 2010г, 2013, 2015 г<br><br>-ЭБС «Консультант врача» издание 2015 г |
| 2 | Фтизиопульмонология. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Браженко Н.А | Санкт-Петербург, Спец.Лит, 2014 г.- 431с | 20 | - |

**Дополнительная литература**

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров в библиотеке | Наличие в ЭБС |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Кошечкин В.А. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2018г. – 304 стр. | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 2 | Фтизиатрия. Учебник для студентов мед. ВУЗов | Мишин В.Ю. и др. | М.: ГЕОТАР – Медиа, 2015 г.– 520 стр | 1 | ЭБС Консультант студента |
| 3 | Оценка рентгенограммы органов грудной клетки в норме и при туберкулезе легких: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г. - 76 с. | 75 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 4 | Современные методы диагностики туберкулеза легких: Учебное пособие для студентов медицинских вузов | Фесюк Е.Г. | Киров: Кировская ГМА, 2013 г.- 108с. | 78 | ЭБС Кировского ГМУ |
| 5 | Тестовые задания по инфекционным болезням, эпидемиологии, фтизиопульмонологии, детским инфекционным болезням для студентов 4 – 5 курса стоматологического факультета. | Бондаренко А.Л., Фесюк Е.Г., Барамзина С.В., Савиных М.В., Зыкова И.В., Егорова Т.В., Аббасова С.В. | 2012 Киров | 25 | ЭБС Кировского ГМУ |

**Нормативная база**

1. Федеральный закон № 77 от 18.06.2001г. «О предупреждении, распространении туберкулеза в РФ».
2. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ».
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60 (ред. от 06.02.2015) "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза" (вместе с "СП 3.1.2.3114-13...")
4. Порядки оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Приказ МЗ России от 15.11.2012 № 932н
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec2018.pdf
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec3.pdf
7. Федеральные клинические рекомендации по организации и проведению микробиологической и молекулярно-генетической диагностики туберкулеза, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec8.pdf
8. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией, Москва 2016 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2016/rec2016.pdf
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита, Москва 2014 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec6.pdf
10. Федеральные клинические рекомендации по использованию метода клапанной бронхоблокации в лечении туберкулеза легких и его осложнений, Москва 2015 - http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec7.pdf
11. Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез органов дыхания у взрослых», Москва 2020 год
12. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. http://roftb.ru/structure/
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного менингита у детей. http://roftb.ru/structure/
14. Клинические рекомендации "Туберкулез органов дыхания у детей".http://roftb.ru/structure/
15. Клинические рекомендации "Выявление и диагностика туберкулеза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях".http://roftb.ru/structure/

16. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике туберкулеза у детей. http://roftb.ru/structure/

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Академии. Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.
2. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
3. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
4. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
5. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
6. Univadis.ru – ведущий интернет - ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).
7. Сайт Российского общества фтизиатров (http://roftb.ru/ )
8. Сайт Национальной ассоциации фтизиатров (http://nasph.ru/ )
9. Сайт Министерства здравоохранения РФ - https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend

Составитель: Фесюк Е.Г.

Зав. кафедрой Чичерина Е.Н.

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

Кафедра внутренних болезней

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины**

# ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**
**«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ»**

## РАЗДЕЛ «ФТИЗИАТРИЯ»

**Специальность 31.05.03. Стоматология**
**Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология**
**Форма обучения очная**

### 1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

| Показатели оценивания | Критерии и шкалы оценивания | | | | Оценочное средство | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | не зачтено | зачтено | зачтено | зачтено | для текущего контроля | для промежуточной аттестации |
| *ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач* | | | | | | |
| *ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного фтизиатрического профиля.<br>- по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области,<br>-по основным профилактическим и противоэпидемич | Общие, но не структурированные знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного фтизиатрического профиля.<br>-по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области,<br>-по основным профилактическим и | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного фтизиатрического профиля.<br>-по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области,<br>-по основным профилактически | Сформированные систематические знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного фтизиатрического профиля.<br>-по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области,<br>-по основным профилактическим и | тест устный опрос подготовка реферата | тест собеседование |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | еским мероприятиям при туберкулезе, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | противоэпидемическим мероприятиям при туберкулезе, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | м и противоэпидемическим мероприятиям при туберкулезе, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | противоэпидемическим мероприятиям при туберкулезе, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | | |
| Уметь | Частично освоенное умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на туберкулез. | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на туберкулез | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на туберкулез. | Сформированное умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на туберкулез. | устный опрос подготовка реферата клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач. | рентгенограммы решение ситуационных задач |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | В целом успешное, но не систематическое применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | Успешное и систематическое применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач | прием практических навыков работа с рентгенограммами решение ситуационных задач |
| *ИД ОПК 5.2. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания -по методам физикального обследования и клиническим проявлениям при туберкулезе органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Общие, но не структурированные знания -по методам физикального обследования и клиническим проявлениям при туберкулезе органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания -по методам физикального обследования и клиническим проявлениям при туберкулезе органов дыхания и челюстно-лицевой области. | Сформированные систематические знания -по методам физикального обследования и клиническим проявлениям при туберкулезе органов дыхания и челюстно-лицевой области. | тест устный опрос подготовка реферата | тест собеседование |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Уметь | Частично освоенное умение проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов | Сформированное умение проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов | устный опрос подготовка реферата клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач. | рентгенограммы решение ситуационных задач |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков владения - методикой физикального обследования, проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов. | В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения - методикой физикального обследования, проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов. | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения - методикой физикального обследования, проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов. | Успешное и систематическое применение навыков владения - методикой физикального обследования, проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов. | клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач | прием практических навыков работа с рентгенограммами решение ситуационных задач |
| *ИД ОПК 5.3. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания -по принципам формулировки диагноза при туберкулезе. - по современным методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных фтизиатрического профиля. | Общие, но не структурированные знания -по принципам формулировки диагноза при туберкулезе. - по современным методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных фтизиатрического профиля. | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания -по принципам формулировки диагноза при туберкулезе. - по современным методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных фтизиатрического профиля. | Сформированные систематические знания -по принципам формулировки диагноза при туберкулезе. - по современным методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных фтизиатрического профиля. | тест устный опрос подготовка реферата | тест собеседование |
| Уметь | Частично освоенное умение -по формулировке предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента -по проведению общего | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение -по формулировке предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение -по формулировке предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований | Сформированное умение -по формулировке предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента -по проведению общего | устный опрос подготовка реферата клинический разбор работа с рентгенограмма | рентгенограммы решение ситуационных задач |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | клинического обследования детей и взрослых с подозрением на туберкулез.<br>-по обоснованию необходимости направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам<br>-по определению состояний, требующих неотложной медицинской помощи | пациента<br>-по проведению общего клинического обследования детей и взрослых с подозрением на туберкулез.<br>-по обоснованию необходимости направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам<br>-по определению состояний, требующих неотложной медицинской помощи | пациента<br>-по проведению общего клинического обследования детей и взрослых с подозрением на туберкулез.<br>-по обоснованию необходимости направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам<br>-по определению состояний, требующих неотложной медицинской помощи | клинического обследования детей и взрослых с подозрением на туберкулез.<br>-по обоснованию необходимости направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам<br>-по определению состояний, требующих неотложной медицинской помощи | ми решение ситуационных задач. | |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков<br>-установления предварительного диагноза.<br>-направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретации полученных результатов. | В целом успешное, но не систематическое применение навыков<br>-установления предварительного диагноза.<br>-направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретации полученных результатов. | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков<br>-установления предварительного диагноза.<br>-направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретации полученных результатов. | Успешное и систематическое применение навыков<br>-установления предварительного диагноза.<br>-направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретации полученных результатов | клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач | прием практических навыков работа с рентгенограммами решение ситуационных задач |
| *ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач* | | | | | | |
| *ИД ОПК 6.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания<br>-по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по порядкам оказания | Общие, но не структурированные знания<br>-по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по порядкам | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания<br>-по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля | Сформированные систематические знания<br>-по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по порядкам | тест устный опрос подготовка реферата | тест собеседование |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным фтизиатрического профиля. | оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным фтизиатрического профиля. | -по порядкам оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным фтизиатрического профиля. | оказания медицинской помощи больным фтизиатрического профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным фтизиатрического профиля. | | |
| Уметь | Частично освоенное умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых.<br>фтизиатрического профиля | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и | Сформированное умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых.<br>фтизиатрического профиля | устный опрос подготовка реферата клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач. | рентгенограммы решение ситуационных задач |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | -по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | взрослых. фтизиатрического профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | взрослых. фтизиатрического профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | -по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | | |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения. | В целом успешное, но не систематическое применение навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | Успешное и систематическое применение навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | клинический разбор работа с рентгенограммами решение ситуационных задач | прием практических навыков работа с рентгенограммами решение ситуационных задач |

## 2. Типовые контрольные задания и иные материалы

### 2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

| ***Код компетенции*** | ***Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*** |
|---|---|
| ***ОПК-5*** | **Примерные вопросы к зачету по разделу «Фтизиатрия» (с № 1 по № 9; №15 по № 40, № 42 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** |

| | |
|---|---|
| | 1. Этиология туберкулеза: виды микобактерий туберкулеза, строение, свойства. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.<br>2. Патогенез туберкулеза: источники, пути заражения МБТ, распространения в организме, факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, факторы риска внутрибольничного инфицирования туберкулезом.<br>3. Патоморфология туберкулеза. Туберкулезное воспаление и морфологические реакции при туберкулезном воспалении. Параспецифические реакции при туберкулезе. Химиотерапия и туберкулезное воспаление. Понятие «первичного» и «вторичного» туберкулеза легких.<br>4. Эпидемиология современного туберкулеза: факторы, способствующие распространению туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу, методика их расчета, их значение. Причины увеличения заболеваемости туберкулезом в последние годы.<br>5. Туберкулез челюстно-лицевой области: классификация, клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области.<br>6. Туберкулез слизистой оболочки рта: языка, десен, губ, щек, твердого и мягкого неба, туберкулезная волчанка, милиарно -язвенный туберкулез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>7. Туберкулез костей и суставов лицевого черепа: патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>8. Туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи и подкожной клетчатки; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>9. Туберкулез слюнных желез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>10. Определение понятия «своевременное», «несвоевременное» выявление туберкулеза легких, «запущенные» формы туберкулеза. Основные методы выявления туберкулеза в разных возрастных группах.<br>11. Флюорография, как обязательный метод обследования на туберкулез, поступающих на работу, декретированного контингента, групп повышенного риска, студентов. Понятие «туб. архив», «рентген-положительные». Формы вызова на рентгенологическое дообследование, порядок дообследования, сроки.<br>12. Туберкулинодиагностика, как метод раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей и подростков. Диаскинтест в диагностике туберкулеза.<br>13. Организация и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции.<br>14. Специфическая профилактика: определение понятия, виды вакцин, их характеристика, показания, противопоказания к вакцинации и ревакцинации, методика проведения, учетные формы, осложнения, тактика при осложненном течении вакцинации, ревакцинации.<br>15. Химиопрофилактика туберкулеза: определение понятия, виды, показания, противопоказания, методика проведения, критерии эффективности.<br>16. Санитарная профилактика: определение понятия «санитарная профилактика», «очаг туб. инфекции», группа очагов по степени опасности, критерии их подразделения, мероприятия в очаге туберкулезной инфекции, текущая и заключительная дезинфекция, показания.<br>17. Сан. -просветительская работа: виды, контингенты, тематика, регламентируемые часы.<br>18. Классификация методов диагностики туберкулеза.<br>19. Обязательный диагностический минимум, дополнительные, факультативные методы диагностики туберкулеза.<br>20. Методы лучевой диагностики туберкулеза, их преимущества и недостатки. Основные рентгенологические синдромы во фтизиатрии. |

| | |
|---|---|
| | 21. Микробиологический метод в диагностике туберкулеза: виды, материал для исследования, правила забора, значение для диагностики туберкулеза. Лекарственная устойчивость: виды, методы определения, ее значение в клинике туберкулеза.<br>22. Инструментальные методы исследования (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия).<br>23. Общеклинические, лабораторные, иммунологические исследования в клинике туберкулеза.<br>24. Особенности клинического обследования больного туберкулезом: основные жалобы больного туберкулезом, их характеристика.<br>25. Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного туберкулезом.<br>26. Особенности физикальных данных при туберкулезе легких (осмотр, пальпацию, перкуссия, аускультация – зоны тревоги, методика выслушивания, клиническая интерпретация выявленных изменений).<br>27. Принципы построения отечественной классификации туберкулеза. Разделы классификации, их характеристика.<br>28. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания: наиболее частые у взрослых, детей и подростков, их классификация. Понятие «активный», «клинически излеченный» туберкулез, больной «бактериовыделитель».<br>29. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания (клиника, диагностика, лечение).<br>30. Осложнения туберкулеза: понятия, виды (специфические, неспецифические, легочные, внелегочные, критерии специфичности осложнений).<br>31. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Их клиническое значение.<br>32. Правила формулировки диагноза туберкулеза органов дыхания.<br>33. Лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика, лечение.<br>34. Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика. Врачебная и доврачебная помощь.<br>35. Деонтология во фтизиатрии. Права, обязанности и социальные льготы больного туберкулёзом.<br>36. Противотуберкулезная работа врача-стоматолога среди поликлинических больных.<br><br>**Примерные вопросы к устному опросу текущего контроля**<br>**(с № 1 по № 4 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>Тема: Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение..<br>1) Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания и объективного обследования больного туберкулезом челюстно-лицевой области.<br>2) Принципы построения клинической классификации туберкулеза челюстно-лицевой области.<br>3) Клинические формы туберкулеза и челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение.<br>4) Остаточные изменения после излеченного туберкулеза челюстно-лицевой области. |
| | ***Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации***<br>***1 уровень:***<br>1. ВИДЫ МИКОБАКТЕРИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА<br>1) M. avium-intracellulare<br>2) M. bovis*<br>3) M. kansassi<br>4) M. tuberculosis*<br>5) M. smegmatis<br>6) M. africanum*<br>2. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ ВКЛЮЧАЕТ |

1) изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни*
2) клинический анализ крови*
3) микроскопию мокроты по Цилю-Нильсену*
4) рентгенографию органов грудной клетки*
5) УЗИ плевральной полости

3. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
1) клинические формы туберкулеза*
2) туберкулез органов дыхания
3) характеристика туберкулезного процесса*
4) остаточные изменения после излеченного туберкулеза*
5) осложнения туберкулеза*

4. ОБЩЕПРИНЯТЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
1) взятие мазков на МБТ*
2) флюорография легких
3) консультация фтизиатра
4) бронхоскопия
5) компьютерная томография

5. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) каверна до 1 см
2) туберкулема до 2 см
3) язва от 0,5 до 1 см
4) люпома 1—3 мм*
5) келлоидный рубец

***2 уровень:***

1.ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВОЛЧАНКИ

| | |
|---|---|
| 1) симптом яблочного желе | а) надавливание на бугорок предметным стеклом приводит к временному устранению окраски, обусловленной перифокальным расширением сосудов и становятся видимыми первичные элементы желтовато-красного вида |
| 2) симптом Поспелова | б) пуговчатый зонд при надавливании на люпому легко проваливается внутрь |

Правильные ответы: 1-а, 2-б

2.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ

| | |
|---|---|
| 1) инфильтративном туберкулезе | а) синдром уплотнения легочной ткани |
| 2) очаговом туберкулезе легких | б) синдром диссеминации |
| 3) милиарном туберкулезе | в) синдром очаговой тени |
| 4) туберкулеме | г) синдром округлой тени |
| 5) кавернозном туберкулезе легких | д) синдром полости |
| 6) туберкулезе внутригрудных лимфоузлов | е) синдром патологии корня легких |
| 7) туберкулезном плеврите | ж) синдром патологии плевры |

Правильные ответы: 1-а, 2-в, 3-б, 4-г, 5-д, 6-е, 7-ж

***3 уровень:***

Решите задачу-тест

Больной К., 36 лет, предъявляет жалобы на боль при глотании, сухость во рту, повышение температуры до 37,5°С. 2 месяца назад отметил появление безболезненного гиперемированного опухолевидного образования справа около ушной раковины, которое постепенно увеличивалось в размерах, затем появились очаги размягчения и гнойное отделяемое.

| | |
|---|---|
| | При объективном обследовании общее состояние удовлетворительное. Увеличены подчелюстные и шейные лимфатические узлы справа. Отмечается припухлость и уплотнение мягких тканей нижней челюсти и околоушной области, неприятные ощущения и нерезкая боль в области окулоушных слюнных желез, здесь же прослеживается свищевой канал с отделяемым сероватого цвета без запаха. Расстройств жевания не выявляется. Полость рта санирована.<br>1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ<br>1) туберкулез околоушных, подчелюстных, подъязычных слюнных желез справа, свищевая форма*<br>2) холодный абсцесс справа, свищевая форма<br>3) регинарный лимфаденит<br>4) туберкулез нижней челюсти<br>2. ПЛАН ДООБСЛЕДОВАНИЯ<br>1) цитологическое исследование гнойного отделяемого свища*<br>2) бактериологическое исследование гнойного отделяемого свища*<br>3) пародэктомия с гистологическим исследование пораженной ткани*<br>4) трахеобронхоскопия<br>5) контрастная сиалография*<br>6) сбор анамнеза*<br>3. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ КОНТРАСТНОЙ СИАЛОГРАФИИ<br>1) удовлетворительное состояние<br>2) неприятные ощущения, нерезкая боль в области расположения слюнных желез*<br>3) периферические лимфатические узлы не увеличены<br>4) припухлость и уплотнение мягких тканей нижней челюсти*<br>5) увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узло*в<br>6) наличие свищей*<br>7) необъяснимая длительная субфебрильная температура тела*<br>4. СИАЛОГРАФИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ПРОЕКЦИЯХ<br>1) околоушная железа а) аксиальной<br>2) подчелюстная железа б) прямая проекция<br>3) подъязычная железа в) боковая проекция<br>Правильные ответы: 1-б, в 2- а 3- а<br>5. ПРИЗНАКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА<br>1) кавернозное поражение слюнных желез - участки деструкции слюнных желез в виде полостей различной величины и формы *<br>2) отсутствие обызвествлений<br>3) дольки желез одинаковых размеров<br>4) наличие обызвествлений*<br>5) неравномерные дольки желез из-за атрофии и запустевания части их вследствие развития соединительной ткани *<br>6) формирование свищей * |
| | **Примерные ситуационные задачи**<br>**Задача 1**<br>Больная Г., 38 лет, ветеринар, поступила в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера с жалобами на тупые боли в нижних отделах грудной клетки, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру по вечерам.<br>Анамнез заболевания: находилась на лечении в гинекологическом отделении по поводу бесплодия. При флюорографическом исследовании выявлена жидкость в плевральной полости. Имела контакт с больными туберкулезом животными. Предыдущее ФГ – обследование год назад. Материально-бытовые условия удовлетворительные, живут вдвоем с мужем в 2-х комнатной благоустроенной квартире. Не курит, алкоголь не употребляет. |

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес-53 кг, рост-156 см. В легких дыхание справа в нижних отделах ослабленное, хрипов нет, при перкуссии здесь же притупление перкуторного звука. Тоны сердца ясные, ритмичные, ч.с.с. 92 в минуту, АД 120/60 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ОАК: Нв-130 г/л Эр-4,0 ×10 12/л, ц.п.-0,94, Ле-9,4×10 9/л, э-2, п—6, с-61, л-21, м-10, СОЭ-28 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции справа в нижних отделах грудной клетки до уровня 5 ребра выявляется затемнение гомогенной структуры средней интенсивности с косой верхней границей, затемнение сливается с тенью диафрагмы и контурами сердца. Имеется небольшое смещение органов средостения влево.

Проведена плевральная пункция: удельный вес -1020, белок - 46 г/л, проба Ривальта положительная, лейкоциты-30, нейтрофилы—7, лимфоциты—75, мон.-4, клетки мезетелия-3, макрофаги-4, эритроциты+ АК, МБТ, и другая микрофлора не обнаружена, глюкоза- 3,2 ммоль/л.

По данным торакоскопии на плевре белесоватого цвета бугорки величиной с горчичное зерно. В плевральной полости небольшое количество жидкости. Гистологически: в препарате участка плевры выявляются эпителиоидно-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса с признаками казеозного распада. Плевра фиброзирована.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1) Оцените данные проведенного обследования, определите основной путь выявления заболевания, факторы, способствующие его возникновению, основной рентгенологический синдром.
2) Составьте план дальнейшего обследования больной.
3) Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
4) Назначьте комплексное лечение. Рассчитайте дозу противотуберкулезных препаратов на кг массы тела больной, выпишите рецепты.
5) Определите категорию очага по степени опасности. Составьте план профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции.

Эталон ответа:

1. ОАК: умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, умеренное ускорение СОЭ. Рентгенологически - синдром патологии плевры. Плевральная жидкость - экссудат, преобладают лимфоциты. Гистологически: в препарате участка плевры выявляются эпителиоидно-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса с признаками казеозного распада. Факторы, способствующие возникновению заболевания: работает ветеринаром, имела контакт с больными туберкулезом животными. Основной путь выявления -по обращаемости.
2. Рентгенологическое обследование лёгких сразу после удаления экссудата с целью уточнения поражения лёгких. Мокрота на МБТ, АК. ОАМ, БАК Проба Манту с 2 Т.Е., диаскинтест.
3. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. МБТ- Дифференциальная диагностика проводится по синдрому патологии плевры: туберкулезный плеврит, пара-мета пневмонические плевриты, раковые плевриты.
4. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Дезинтоксикационная терапия. Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.
5. Категория очага – III. План профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции:

- госпитализация больной в стационар для проведения основного курса лечения,

- заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции,
- обследование контактных (мужа),
- химиопрофилактика контактным,
- сан.просвет.работа

**Задача 2**

Больная К., 45 лет, инвалид 2 группы по психическому заболеванию, страдает шизофренией, непрерывное течение с нарастающим дефектом.

Поступила в туберкулезное отделение областной психиатрической больницы с жалобами на кашель с мокротой, ознобы, выраженную слабость, похудание за 3 месяца на 20 кг, повышение температуры тела до 37,8˚С.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы сухие в расчесах, на спинке носа псориатические бляшки. Дыхание в легких ослаблено, множество влажных хрипов, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100 мм рт. ст, PS=ЧСС=100 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, периферических отёков нет.

ОАК: Эр. - 4,3 х $10^{12}$/л, Hb - 114 г/л, цв. п. -0,8, Ле - 12,2 х $10^{9}$/л, п/я – 33%, с/я – 56%, л – 16%, м- 4%, эоз – 1%, СОЭ-56 мм/час, токсигенная зернистость ++.

ОАМ: плотность 1010, цвет соломенный, реакция нейтральная, белок 0,099г/л, глюкоза не обнаружена, лейкоциты- 2-3 в п/зр., Эр 30-35 в п/зр.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 13,8 ЕД, АСТ - 8,7 ЕД, общий билирубин - 6,4 мкмоль/л, мочевина - 8,7 мкмоль/л, креатинин - 56,6 мкмоль/л, ЩФ - 783нмоль/л, общий белок - 70,4 г/л, альбумины - 47,9; глобулины - 62%, альфа- 1 – 9,3%, альфа-2 – 10,0%, бета -9,3%, гамма – 19,3%, индекс А/Г 1,09.

В анализах мокроты методом люминисцентной микроскопии при поступлении обнаружены «КУБ» 2+ и 3+. В посевах выделено >100 колоний МБТ, устойчивых к S, H, R, K, чувствительных к E, Ea, Cap, Ofl, ПАСК.

В анализах мочи на ацетиллирование ГИНК – быстрый ацетиллятор.

Рентгенологически: верхняя доля правого легкого разрушена, представлена множественными полостями распада, в S1,S2 на фоне воспалительно - деформированного легочного рисунка определяются сгруппированные бронхолобулярные фокусы с распадом, очаги. Видна широкая воспалительная дорожка к правому корню. Корни фиброзны, диафрагма ровная, синусы свободны, сердце обычной топики.

Соскоб на яица чесоточного клеща – обнаружены яица паразита.

В результате лечения в течение 2-х лет сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез, не абациллирована, достигнута только олигобациллярность. Консультирован хирургом - показано оперативное лечение.

Проведено оперативное лечение – комбинированная резекция верхней доли и части S6 правого легкого с 4-х реберной торакопластикой. Гистологическое заключение по препарату легких – фиброзно-кавернозный туберкулез.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Проведите анализ данных лабораторных исследований, определите основной рентгенологический синдром, вид лекарственной устойчивости, массивность бактериовыделения.
2. Сформулируйте предварительный диагноз на момент поступления в туберкулезный диспансер.
3. Укажите отягощающие факторы, способствующие развитию заболевания.
4. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику.
5. Оцените эффективность лечения и побочные проявления у больной с быстрым типом ацетиллирования.

Эталон ответа:

1. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, анемия, лимфоцитопения. В ОАМ - протеинурия, гематурия. БАК- диспротеинемия, увеличение альфа-1 и альфа-2 фракций глобулинов. Ведущий рентген.синдром – синдром

| | |
|---|---|
| | субтотального уплотнения легочной ткани. Массивное бактериовыделение, первичная множественная лекарственная устойчивость.<br>2. Верхнедолевая казеозная пневмония справа 1А МБТ+<br>3. Наличие психического заболевания, псориаз.<br>4. Двусторонняя неспецифическая пневмония.<br>5. Низкая эффективность лечения, гепатотоксические побочные проявления. |
| | **Примерный перечень практических навыков (с № 1 по №4; №7 по № 9; полный перечень вопросов – см. п. 2.2)**<br>1) Уметь заподозрить туберкулез у пациента.<br>2) Назначать обследование для диагностики туберкулеза.<br>3) Диагностировать неотложные состояния у больных туберкулезом.<br>4) Оценивать тяжесть течения туберкулеза.<br>5) Владеть методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических симптомов при туберкулезе.<br>6) Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования больного.<br>7) Уметь формировать у населения мотивацию на сохранение и повышение уровня здоровья, обучать пациентов и их окружение основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья, устранению вредных привычек и других факторов, способствующих распространению туберкулеза. |
| | **Примерные задания для написания (и защиты) рефератов (с № 1 по 15; полный перечень)**<br>**Темы рефератов**<br>1. Исторические сведения о туберкулезе.<br>2. Туберкулезный менингит.<br>3. Туберкулез и беременность.<br>4. Особенности клинического течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста.<br>5. Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов.<br>6. Микобактериозы органов дыхания.<br>7. Неотложная помощь при анафилактическом шоке и отравлении изониазидом.<br>8. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких.<br>9. Саркоидоз органов дыхания.<br>10. Внелегочные формы туберкулеза (туберкулез кожи, туберкулез периферических лимфатических узлов).<br>11. Легочное кровотечение, кровохарканье.<br>12. Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов в легких.<br>13. Спонтанный пневмоторакс.<br>14. «Маски» туберкулеза.<br>15. Субфебрилитет неясной этиологии |
| | **Примерные задания по работе с рентгенограммами**<br>1) Диагностика основных клинических форм туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области, а также их осложнений с применением методов лучевой диагностики.<br>2) Раннее и своевременное выявление туберкулеза по данным рентгенологического обследования.<br>3) Диагностика поствакцинальных осложнений (БЦЖ-ститы) по данным рентгенологического обследования.<br>4) Оценка эффективности химиопрофилактики по данным рентгенологического обследования. |

Работа студентов проводится с банком рентгенограмм на практических занятиях и зачете в индивидуальной и групповой форме обучения по следующим клиническим формам туберкулеза легких и челюстно-лицевой области:

1. Первичный туберкулезный комплекс
2. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
3. Диссеминированный туберкулез легких
4. Милиарный туберкулез легких
5. Очаговый туберкулез легких
6. Туберкулема легких
7. Инфильтративный туберкулез легких
8. Казеозная пневмония
9. Кавернозный туберкулез легких
10. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких
11. Цирротический туберкулез легких
12. Туберкулез бронха
13. Осложнения туберкулеза (спонтанный пневмоторакс, плеврит, ателектаз и др.)
14. БЦЖ-ститы, как поствакциальное осложнение
15. Рентгенограммы органов грудной клетки в норме.
16. Рентгенограммы при туберкулезе костей челюстно-лицевой области.

**Задание по оценке рентгенограмм на практических занятиях и зачете**

1) Определить методику, вид рентгенологического исследования.
2) Описать рентгенограмму.
3) Выделить основной рентгенологический синдром (при туберкулезе органов дыхания).
4) Сформулировать клинико-лучевое заключение.

**Схема описания рентгенограмм**
**(при туберкулезе органов дыхания)**

Пациент _____
фамилия, инициалы, возраст
Дата исследования_____
Методика исследования: рентгеноскопия, рентгенография, в том числе цифровая (обзорные снимки, прицельные снимки, снимки с увеличением, бронхография, ангиопульмонография, томография (глубина среза), рентгенокимография, флюорография).
Проекция исследования: прямая, боковая, косая.
Описание рентгенологической картины:

- Патологических изменений не обнаружено
- Выявлены следующие синдромы патологии:
  -тотальное затемнение
  -субтотальное затемнение
  -ограниченное затемнение
  -круглая тень
  -очаговые тени
  -диссеминация
  -патология легочного рисунка
  -патология корня легкого
  -обширное просветление полости
  -нарушение проходимости бронхов

- Характеристика затемнения (просветления)
  - Локализация процесса:
    внутрилегочная (указать локализацию – легкое, доля, сегмент):
    внелегочная (плевральная полость, грудная стенка, средостение, диафрагма);
  - Число образований: одиночные, немногочисленные, множественные.
  - Форма: округлая, овальная, треугольная, линейная, неправильная.
  - Размеры: (в см)
  - Интенсивность тени: малая, средняя, интенсивная, тень кальцината, тень металлического тела.
  - Структура: однородная, неоднородная.
  - Контуры: четкие, нечеткие, ровные, неровные, выпуклые, вогнутые, полициклические.
  - Смещаемость: наблюдается, не наблюдается, направление.
  - Наличие горизонтального уровня жидкости: есть, нет.
  - При наличии полости: толщина стенок, (в см).

    Характер внутренней стенки: ровная, неровная, неравномерной толщины.
- Патологоанатомический субстрат рентгенологической картины: (воспалительный инфильтрат, опухолевый инфильтрат, ателектаз, эмфизема, склероз легочной ткани, гиперплазия лимфатических узлов, пневмоторакс и т.д.).
- Состояние сердца и органов средостения, диафрагмы:

  _____
  _____
  _____
- Клинико-лучевое заключение:

  _____
  _____
  _____
- Оценка работы _____

Подпись студента
Подпись преподавателя

**Примерные задания по клиническому разбору больного (полный перечень)**

1) Диагностка основных клинических форм туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области, а также их осложнений с применением клинико-лабораторных, инструментальных, функциональных и методов иммунодиагностики.
2) Раннее и своевременное выявление основных клинических форм туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области методами ФГ-обследования, иммунодиагностики и микробиологического обследования.
3) Диагностика поствакцинальных осложнений.
4) Оценка эффективности вакцинации, ревакцинации, химиопрофилактики туберкулеза.

Схема клинического разбора взрослого больного туберкулезом на практическом занятии

**Паспортные данные:**
Ф.И.О. больного
Возраст
Место жительства
Место работы

**Место госпитализации**

**Дата поступления в стационар**
**Цель госпитализации**
**Диагноз при поступлении**

**Дата выписки из стационара**
**Количество койко-дней**

**Жалобы больного при поступлении:**

- связанные с основным заболеванием (подразделить на симптомы интоксикации и локальные грудные)
- связанные с сопутствующими заболеваниями (выделить отдельно)

**Анамнез жизни**

Обратить особое внимание на данные:

- наследственность по туберкулезу;
- контакт с больным туберкулезом человеком или животным;
- отягощающие факторы:
  - неблагоприятные условия труда и быта;
  - сопутствующие заболевания;
  - длительная гормонотерапия, прием цитостатиков, лучевая нагрузка;
  - некоторые физиологические состояния (беременность, послеродовой период).
- предыдущее флюорографическое обследование;
- вредные привычки и другие факторы

**Анамнез заболевания**

Развитие заболевания (время появления начальных признаков, их динамика, обследование, предварительный диагноз, лечение до поступления в клинику, эффективность, диагноз направившего учреждения, цель направления).

Оценить и интерпретировать данные жалоб, анамнеза жизни, заболевания, выделить факторы, способствующие развития заболевания у больного, острое, подострое, бессимптомное или малосимптомное начало заболевания, выделить путь и метод выявления больного, обратить внимание как выявлен больной (своевременно, несвоевременно или запущенная форма туберкулеза, причины несвоевременности выявления заболевания, впервые выявленная или хроническая форма туберкулеза, первичная по патогенезу или вторичная форма туберкулеза, рецидив или обострение установлен у больного, особенности течения заболевания в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, побочных эффектов, лекарственной устойчивости, социальных и других факторов,)

**Объективный статус при поступлении и в динамике** (оценить, интерпретировать и обосновать, выделить основные синдромы).

**Данные лабораторных и инструментальных методов обследования при поступлении и в динамике**:

- клинический анализ крови(даты, данные, заключение с интерпретацией и обоснованием);
- клинический анализ мочи(даты, данные, заключение с интерпретацией и обоснованием);
- биохимический анализ крови (даты, данные, заключение с интерпретацией и обоснованием);

- бактериоскопическое, бактериологическое, молекулярно-генетическое исследование
  промывных вод желудка, бронхов, мокроты (даты, метод, результат (МБТ+ или МБТ-), количественная характеристика бактериовыделения, лекарственная устойчивость, вид лекарственной устойчивости, степень опасности для окружающих, интерпретация и обоснование всех данных);
- Анализ рентгенограмм , МСКТ, томограмм больного в динамике (даты, вид исследования, описание, рентген. синдром, клинико-лучевое заключение, интерпретация и обоснование всех данных);
- Проба Манту с 2 ТЕ, Диаскинтест (дата, результат, оценка, интерпретация и обоснование всех данных);
- Данные бронхоскопии (дата, заключение, интерпретация и обоснование всех данных);
- Другие дополнительные методы исследования (ФВД, ЭКГи др.) и консультации смежных специалистов (по показаниям, даты, заключение, интерпретация и обоснование всех данных).

**Клинический диагноз (**основное заболевание, осложнения его, сопутствующие заболевания**).** Формулировка в соответствии с МКБ-10. Подробное обоснование с учетом жалоб, анамнеза жизни, заболевания, объективного обследования, данных иммунодиагностики, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.
**Группа диспансерного учета** (обоснование)

**Дифференциальная диагностика** (с 3-мя заболеваниями в рамках одного рентгенологического синдрома)

**Лечение** (по разделам комплексной терапии - диета, двигательный режим, режим химиотерапии, фаза, рецепты на противотуберкулезные препараты с расчетом дозы на кг массы тела, (если не указан вес тела больного, его берем произвольно с учетом физического развития); патогенетическое, симптоматическое лечение, на пораженный орган, дезинтоксикационная терапия; особенности оперативных вмешательств, побочные эффекты, эффективность лечения в целом, причины неэффективного лечения). Интерпретация данных и обоснование лечения обязательно.

**Возможные исходы** для данной клинической формы и конкретно для данного больного с обоснованием (указать какие благоприятные, менее благоприятные, неблагоприятные и обосновать)
**Прогноз** (для жизни, трудоспособности, выздоровления, обосновать)

**Экспертиза трудоспособности** (временная утрата трудоспособности, стойкая утрата трудоспособности, обосновать**).**

**Диагноз при выписке.** Формулировка в соответствии с МКБ-10.
**Рекомендации при выписке** с обоснованием.

**План мероприятий по профилактике туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции на момент выявления больного и при выписке (или летальном исходе)** - составьте развернутый план мероприятий исходя из конкретной ситуации.

**Список литературы, использованный для подготовки клинического разбора** (не менее 3-х источников не старше 5 лет).

**Студент, подготовивший клинический разбор:** ФИО студента, группа, дата.

| | |
|---|---|
| | |
| *ОПК-6* | **Примерные вопросы к зачету по разделу «Фтизиатрия», (с № 6 по № 14; № 34; 38; 39; 41 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>1. Туберкулез слизистой оболочки рта: языка, десен, губ, щек, твердого и мягкого неба, туберкулезная волчанка, милиарно -язвенный туберкулез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>2. Туберкулез костей и суставов лицевого черепа: патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>3. Туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи и подкожной клетчатки; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>4. Туберкулез слюнных желез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение.<br>5. Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области, общее и местное лечение, принципы лечения.<br>6. Определение понятия «комплексное лечение больного туберкулезом», его разделы, основной метод лечения, основа лечения больного туберкулезом.<br>7. Принципы, режимы, фазы химиотерапии, пути и методы введения противотуберкулезных препаратов.<br>8. Побочное действие противотуберкулезных препаратов, их предупреждение и устранение.<br>9. Этапы лечения, контроль за лечением. Критерии эффективности лечения. Факторы, снижающие эффективность лечения.<br>10. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания (клиника, диагностика, лечение).<br>11. Лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика, лечение.<br>12. Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика. Врачебная и доврачебная помощь.<br>13. Особенности стоматологической помощи больным туберкулезом.<br><br>**Примерные вопросы к устному опросу текущего контроля**<br>**(№ 3; № 5 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>Тема: Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение..<br>1) Клинические формы туберкулеза и челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение.<br>2) Принципы оказания неотложной помощи при осложнениях туберкулеза челюстно-лицевой области (кровотечение). |
| | ***Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации***<br>***1 уровень:***<br>1. СОСТАВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ<br>1) химиотерапия*<br>2) патогенетическая терапия*<br>3) химиопрофилактика<br>4) симптоматическая терапия*<br>5) хирургическое лечение*<br>2. ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА<br>1) бронхолитики*<br>2) иммунокоррегирующие<br>3) жаропонижающие*<br>4) гемостатики*<br>5) противотуберкулезные препараты<br>3. ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ |

1) стрептомицин*
2) изониазид *
3) ПАСК
4) пиразинамид (тизамид) *
5) рифампицин *
6) этамбутол*

4. ПЯТЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ ПОКАЗАН

1) пациентам при установлении широкой лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к изониазиду и рифампицину, фторхинолонам и одному из аминогликозидов или полипептидов одновременно*
2) больным с бактериовыделением, подтвержденным любым методом (бактериоскопия, посев на жидкие или твердые среды) при установленной чувствительности возбудителя к изониазиду и рифампицину
3) пациентам при выявленной лекарственной устойчивости молекулярно-генетическими методами к изониазиду, фторхинолонам, аминогликозидам
4) пациентам при лекарственной устойчивости к изониазиду и рифампицину, фторхинолонам, установленной молекулярно-генетическими методами и при отсутствии данных о лекарственной устойчивости к другим препаратам до получения результатов определения лекарственной устойчивости культуральными методами
5) пациентам при выявленной лекарственной устойчивости молекулярно-генетическими методами к изониазиду и рифампицину одновременно

5. ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ, РАНЕЕ НЕ ЛЕЧИВШИХСЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1) нормализация гемограммы*
2) закрытие полостей распада*
3) уменьшение бактериовыделения
4) рассасывание инфильтративных и очаговых изменений в легких*
5) прекращение бактериовыделения*

***2 уровень:***

1. РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНОГО

| | |
|---|---|
| 1. с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада с лекарственно-чувствительной культурой | А. I |
| 2. фиброзно-кавернозный туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью | Б. II |
| 3. с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов, неосложненное течение, МБТ+, устойчивость к изониазиду | В. IV |
| 4. очаговый туберкулез в фазе инфильтрации, МБТ- | Г. III |
| 5. казеозная пневмония, МБТ+, с широкой лекарственной устойчивостью | Д. V |

2. ОСНОВНОЕ ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

| | |
|---|---|
| 1. изониазид | А. на периферическую нервную систему |
| 2. рифампицин | Б. на органы зрения |
| 3. стрептомицин | В. гепатотропное |
| 4. этамбутол | Г. на слуховой нерв |

***3 уровень:***

Решите задачу-тест.

У больного М., 48 лет, жителя села, выявлена двухсторонняя верхнедолевая казеозная пневмония МБТ+, множественная лекарственная устойчивость. Имел контакт с больной

| | |
|---|---|
| | туберкулезом женой. 7 лет назад вернулся из мест лишения свободы. Из перенесенных заболеваний отмечает язвенную болезнь желудка, бронхит. Курит, злоупотребляет алкоголем. Предъявляет жалобы на умеренно выраженную постоянную боль в зубе, усиливающуюся при надкусывании, недомогание, повышение температуры до фебрильных цифр, головные боли, появление отечности слизистой оболочки по переходной складке, увеличение регионарных лимфоузлов. При осмотре слизистой оболочки в области проекции верхушки корня зуба определяется выпячивание с синюшным оттенком и свищем. Зуб подвижен. При пальпации мягких тканей, окружающих пораженный зуб, на десне остается ямка от надавливания. У стоматолога не был 6 лет, страдает распространенным кариесом.<br>1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ<br>1) туберкулез слизистой оболочки рта<br>2) хронический апикальный периодонтит, осложнившийся одонтогенным абсцессом<br>3) туберкулез челюстей<br>4) хронический деструктивный артрит<br>5) туберкулезная волчанка<br>2. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ<br>1) тяжелая форма туберкулеза легких<br>2) ограниченная форма туберкулеза легких<br>3) наличие лекарственной устойчивости МБТ<br>4) распространенный кариес<br>5) отягощающие факторы<br>3. ПЛАН ДООБСЛЕДОВАНИЯ<br>1) рентгенологическое исследование<br>2) биохимическое исследование крови<br>3) исследование гноя на МБТ люм-методом и посевом трехкратно<br>4) проба Пирке<br>5) гистологическое исследование околозубной гранулемы<br>4. ЛЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА<br>1) эндодонтическое лечение зубов при проходимых корневых каналах<br>2) консервативное лечение противотуберкулезными препаратами<br>3) удаление зуба с пораженным туберкулезом периодонтом<br>4) вскрытие абсцесса и выскабливание его стенки, местное применение противотуберкулезных препаратов<br>5) кварцевые процедуры |
| | **Примерные ситуационные задачи**<br>**Задача 1**<br>Учащаяся кулинарного техникума М, 18 лет, имела на протяжении последних 3 лет отрицательные туберкулиновые пробы, в 17 лет - контакт с подругой, больной открытой формой туберкулеза. ФГ-обследование проходила 3 года назад. В анамнезе отмечен гепатит В.<br>Заболевание началось остро, с повышения температуры до $38^0$ С, сильного надсадного сухого кашля после переохлаждения. Обратилась за медицинской помощью в поликлинику.<br>При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы влажные. На левом плече 2 рубчика – 6 и 4 мм. Слева в подчелюстной области пальпируется безболезненный лимфоузел до 1 см в диаметре. Перкуторно - легочный звук. Слева в подключичной области влажные и сухие локальные хрипы, не исчезающие после покашливания. PS – 90 в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом Пастернацкого – отрицательный, периферических отеков нет.<br>Обзорный снимок органов грудной клетки: левый корень расширен, в верхней доле слева до 2 ребра очаговые тени, в 1-м межреберье тонкостенная полость. |

Общий анализ крови: Эр- 3,8 х $10^{12}$/л, Hb-128 г/л, цв. показатель – 0,96, Ле- 9,6 х $10^{9}$/л, э- 4%, п/я-8%, с/я-58%, л- 18%, м- 12%, СОЭ-42 мм/час.
Общий анализ мочи: в пределах нормы.
Анализ мокроты по Циль – Нильсену в лаборатории общей сети 2-х кратно – КУМ+.
Проба Манту с 2 ТЕ – р14 мм с везикулами.
Трахеобронхоскопия: слизистая главного бронха слева гиперемирована, отечна, просвет бронха сужен, деформирован. В мазке со слизистой бронха - КУМ +.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные лабораторных, инструментальных методов обследования, результаты туберкулинодиагностики. Выделите основной Rg-синдром.
2. О чем свидетельствует наличие катаральных явлений в легких, увеличение подчелюстных лимфоузлов.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Перечислите дополнительные методы обследования.
5. Назначьте комплексное лечение. Оцените прогноз в отношении дальнейшей работы по обучаемой профессии.

Эталон ответа

1. Анализ мокроты КУМ + 2-х кратно при наличии рентгенологических изменений в легких свидетельствует о наличии активного туберкулезного процесса. Разрешающая способность метода Циль – Нельсона 5000-10000 КУМ/мл. Анализ крови: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, увеличение СОЭ, лимфопения, моноцитоз. Проба Манту с 2 ТЕ – гиперергическая. Основной синдром – патологии корня. С учетом 2 - го рубчика после БЦЖ (4 мм) и отрицательных туберкулиновых проб – угасание поствакцинального иммунитета.
2. Катаральные явления: влажные хрипы свидетельствуют о наличии полости в верхушке легких слева, сухие хрипы - о нарушении бронхиальной проходимости. Увеличение подчелюстного л/узла – не характерная локализация для туберкулезного поражения (исключить кариес).
3. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов бронхопульмональной группы слева, осложненный диссеминацией и туберкулезом главного бронха слева, МБТ+
4. Анализ мокроты на МБТ методом люм-микроскопии, ПЦР и посевом с определением лекарственной чувствительности, диаскинтест. Исследование крови на биохимические анализы, белковые фракции, HbS – антиген, билирубин и трансаминазы; ТГ средостения и верхней доли слева. Осмотр стоматолога, ЛОР, окулиста. Контрольная бронхоскопия через 2 месяца лечения.
5. Лечение режим I – 60 доз интенсивная фаза 4 АБП (H, R, Z, E) ежедневно; фаза продолжения 4 месяца 2 АБП (H+R). Гепатопротекторы, антиоксиданты, бронхолитики, отхаркивающие, ингаляции с изониазидом, стрептомицином, физиолечение. Работать поваром, кулинаром не может после окончания основного курса химиотерапии. Пациентку следует направить на комиссию по трудоустройству. При переводе в III группу ДУ имеется возможность работы по профессии при наличии малых остаточных изменений после перенесенного туберкулеза.

**Задача 2**

Больной В., 34 лет, рабочий на стройке, прошел флюорографическое обследование в связи с рождением сына. Выявлен округлый фокус в верхней доле правого легкого, $S_1$, негомогенной структуры с нечеткими контурами, с единичными очагами малой интенсивности по периферии. Консультирован фтизиатром. Госпитализирован в диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера.

Предъявляет жалобы на небольшую слабость, сухой кашель, связывает их с физической нагрузкой, курением.

Анамнез жизни: имел контакт с больными туберкулезом в местах лишения свободы. ФГ обследование проходил 2 года назад при возращении из заключения, патологии не выявлялось, на дообследование не вызывали. При ретроспективной оценке

данной флюорограммы выявлен инфильтрат в верхней доле правого легкого с нечеткими контурами. Курит с 17 лет по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. Живет в неблагоустроенной квартире с женой и дочкой 6 лет. Жена до рождения сына работала помощником воспитателя в детском садике. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, трахеобронхит, панкреатит. 5 лет назад было ножевое ранение грудной клетки справа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно-жировой слой выражен умеренно, вес-66 кг, рост-170 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ч.д. 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичны, ч.с.с. 84 в минуту, АД 130/70 мм. рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ОАК: Нв-136 г/л Эр-4,2×10/12/л, Ле-8,5×10/9/л, э-3, п—6, с-53, л-26, м-12, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ мокроты на МБТ трехкратно люм- методом и ПЦР – МБТ не обнаружены.

Проба Манту с 2 Т.Е. папула 23 мм, диаскинтест- папула 14 мм с лимфангаитом.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Оцените данные проведенного обследования, выделите основной рентгенологический синдром, факторы, способствующие развитию заболевания, основной путь выявления процесса в легких.
2. Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
3. Составьте план дальнейшего обследования больного.
4. Назначьте комплексное лечение, рассчитайте дозу противотуберкулезных препаратов на кг массы тела.
5. Определите категорию очага туберкулезной инфекции. Составьте план профилактических мероприятий в очаге.

Эталон ответа

1. Проба Манту с 2 Т.Е. – гиперергическая, в совокупности с результатами других методов исследования свидетельствует о постинфекционной аллергии.

Диаскинтест – гиперергический, свидетельствует о наличии в организме активно размножающейся культуры микобактерий туберкулеза, о наличии постинфекционной аллергии.

Общий анализ крови - незначительное увеличение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме.

Анализ мокроты на МБТ трехкратно люм - методом и ПЦР - КУБ не обнаружены, больной не является бактериовыделителем, посевы в работе.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции – синдром округлой тени.

Основной путь выявления заболевания – при проф. осмотре, так как больной выявлен при профилактическом флюорографическом обследовании на туберкулез.

Факторы, способствующие развитию заболевания: имел контакт с больными туберкулезом в местах лишения свободы; ФГ обследование проходил 2 года назад при возращении из заключения, патологии не выявлялось, на дообследование не вызывали; при ретроспективной оценке данной флюорограммы выявлен инфильтрат в верхней доле правого легкого с нечеткими контурами (пропуск патологии); курит с 17 лет по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем; живет в неблагоустроенной квартире с женой и дочкой 6 лет; из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, трахеобронхит, 5 лет назад было ножевое ранение грудной клетки справа.

2. Туберкулема в верхней доле правого легкого ($S_1$) в фазе инфильтрации, МБТ -.

3. Анализ мокроты методом посева, боковые снимки и томограммы правого легкого для уточнения локализации процесса, биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, сахар, тимоловая проба, креатинин для уточнения характера процесса и назначения противотуберкулезных препаратов. Консультация ЛОР - врача, окулиста для назначения

| | |
|---|---|
| | противотуберкулезных препаратов. Дифференциальная диагностика туберкулемы легких с пневмонией (анамнез, начало заболевания, особенности клинического течения, рентгенологических проявлений, данных лабораторного обследования, эффективности проводимых лечебных мероприятий).<br>4. Режим химиотерапии III. Интенсивная фаза 2 мес. 4 АБП (H+R+Z+E) ежедневно. Симптоматическое лечение. Лечение, направленное на больной орган (физиолечение). Фаза продолжения 2 АБП (H+R) – 4 месяца, возможно в условиях санатория.<br>5. План профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции:<br>- госпитализация больного в стационар для проведения основного курса лечения,<br>- заключительная дезинфекция в очаге туберкулезной инфекции,<br>- обследование контактных (жены, дочки),<br>- химиопрофилактика контактным,<br>- сан. просвет. работа. |
| | **Примерный перечень практических навыков (№ 5,6; полный перечень см. ОПК-5)**<br>1) Уметь диагностировать неотложные состояния и оказывать неотложную (экстренную) и первую врачебную помощь больным туберкулезом при неотложных и угрожающих жизни состояниях.<br>2) Назначать и осуществлять контролируемое лечение больных туберкулезом на основе тесного взаимодействия со специалистами-фтизиатрами. |
| | **Примерные задания для написания (и защиты) рефератов по лечению туберкулеза и его осложнений (с № 2 по №7; № 9 по № 11; № 13» полный перечень заданий– см. ОПК-5).**<br>**Темы рефератов**<br>1) Туберкулезный менингит.<br>2) Туберкулез и беременность.<br>3) Особенности клинического течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста.<br>4) Туберкулез верхних дыхательных путей, полости рта, трахеи, бронхов.<br>5) Микобактериозы органов дыхания.<br>6) Неотложная помощь при анафилактическом шоке и отравлении изониазидом.<br>7) Саркоидоз органов дыхания.<br>8) Внелегочные формы туберкулеза (туберкулез кожи, туберкулез периферических лимфатических узлов).<br>9) Легочное кровотечение, кровохарканье.<br>10) Спонтанный пневмоторакс. |
| | **Примерные задания по работе с рентгенограммами**<br>Оценить эффективность лечения по данным рентгенологического обследования.<br>Схема описания рентгенограмм (см. ОПК-5) |
| | **Примерные задания по клиническому разбору больного**<br>Составить план лечения, назначить комплексное лечение, режим химиотерапии, рассчитать дозу противотуберкулезных препаратов на кг массы тела, выписать рецепты на основные противотуберкулезные препараты. Оценить эффективность лечения основных клинических форм туберкулеза органов дыхания и челюстно-лицевой области, а так же их осложнений.<br>Схема клинического разбора взрослого больного туберкулезом на практическом занятии (см. ОПК-5). |

**Критерии оценки зачетного собеседования, устного опроса текущего контроля:**

Оценка **«зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет

необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка **«не зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

**Критерии оценки тестовых заданий для промежуточной аттестации***:*
**«зачтено»** - не менее 71% правильных ответов;
**«не зачтено»** - 70% и менее правильных ответов.

**Критерии оценки тестовых заданий для текущего контроля:**
Оценка вводного письменного тестового контроля (25 тестовых заданий)
Подсчитывается процент правильных ответов к общему количеству поставленных вопросов. С учетом полученного результата выставляется коэффициент успешности, по которому определяется степень выживаемости знаний по смежным дисциплинам.

- ✓ менее 70% – коэффициент успешности менее 0,70;
- ✓ от 71 до 80% - коэффициент успешности 0,71-0,80;
- ✓ от 81 до 90% - коэффициент успешности 0,81-0,90;
- ✓ от 91 до 100 % - коэффициент успешности 0,91-1,0.

Оценка ежедневного тестового контроля (5 тестовых заданий)

| № п/п | Кол-во правильных ответов | Оценка |
|---|---|---|
| 1 | 5 | 5 |
| 2 | 4 | 4 |
| 3 | 3 | 3 |
| 4 | 1-2 | 2 |

**Критерии оценки ситуационных задач для промежуточной аттестации**

**- «зачтено»** - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

**- «не зачтено»** - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

**Критерии оценки ситуационных задач для текущего контроля:**

**«отлично»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

**«хорошо»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на ⅔ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать

симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

**«удовлетворительно» -** диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на ⅔ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

**«неудовлетворительно» -** диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на ½ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

**Критерии оценки практических навыков**:

***«зачтено»*** - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

***«не зачтено»*** - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

**Критерии оценки написания (и защиты) рефератов:**

***Оценка «отлично»*** – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного подхода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

***Оценка «хорошо»*** – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются некритичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

***Оценка «удовлетворительно»*** – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме реферата. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

***Оценка «неудовлетворительно»*** – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией и понятийным аппаратом проблемы. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

**Критерии оценки работы с рентгенограммами:**

Оценка «**отлично**» выставляется студенту, если он свободно применяя теоретические знания учебного материала, предусмотренного программой по дисциплине, правильно указывает вид проведенного рентгенологического исследования; выделяет основной рентген синдром, дает описание имеющихся рентген изменений, правильно формулирует клинико-лучевое заключение, выделяет основные фазы, формы, варианты течения туберкулезного процесса; усвоивший содержание основной и знакомый с дополнительной учебной литературой по рентген. диагностике туберкулеза, умеющий выделять взаимосвязи ее основных понятий, их значение для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза, проявляющий творческие способности в понимании, изложении и применении изученного материала.

Оценка *«***хорошо***»* выставляется студенту, если он продемонстрировал знание учебного материала по рентген. диагностике туберкулеза, успешно выполнил предусмотренные программой задания (выделил основной рентген синдром, дал описание имеющихся рентген изменений, правильно сформулировал клинико-лучевое заключение, выделил основные фазы, формы, варианты течения туберкулезного процесса), при этом допустил, как правило, одну значимую погрешность в ответе по рентген. снимку, усвоил содержание основной литературы, рекомендованной в программе по данному разделу, как правило, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности;

Оценка *«***удовлетворительно***»* выставляется студенту, если он продемонстрировал знание учебного материала по рентген. диагностике туберкулеза в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справившийся в целом с выполнением задания, предусмотренной программой, но допустивший, как правило, не более 2–х значимых погрешностей в ответе по рентген. снимку, но обладающий при этом необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

Оценка *«***неудовлетворительно***»* выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебного материала по рентген. диагностике туберкулеза, допустившему три и более значимых, принципиальных ошибки при ответе по рентген. снимку, таким, как правило, обучающимся, требуются дополнительные занятия по соответствующей теме для продолжения обучения в вузе.

**Критерии оценки клинического разбора больного:**

Оценка *«***отлично***»* выставляется студенту, если он продемонстрировал всесторонние, систематические и глубокие знания учебного материала, предусмотренного учебной программой дисциплины в ходе клинического разбора; умение свободно анализировать сопоставлять, обобщать имеющиеся данные, правильно оценивать и интерпретировать их, делать соответствующие выводы; правильно формулировать диагноз, определять тактику ведения, лечения, наблюдения пациента, предвидеть возможные исходы и прогноз заболевания для конкретного больного, проводить экспертизу трудоспособности; умение успешно выступать перед аудиторией; усвоивший содержание основной и знакомый с дополнительной учебной литературой, рекомендованной программой по теме клинического разбора; умеющий выделять взаимосвязи основных понятий дисциплины по данной теме, их значение для постановки диагноза и дифференциальной диагностики туберкулеза; проявляющий творческие способности в понимании, изложении и использовании изученного материала при клиническом разборе.

Оценка *«***хорошо***»* выставляется студенту, если он продемонстрировал знание учебного материала в ходе клинического разбора; умение успешно анализировать сопоставлять, обобщать имеющиеся данные, правильно оценивать и интерпретировать их, делать соответствующие выводы; правильно формулировать диагноз, определять тактику ведения, лечения, наблюдения пациента, предвидеть возможные исходы и прогноз заболевания для конкретного больного; умение выступать перед аудиторией, но при этом допустил, как правило, одну значимую погрешность (две менее значимые) при клиническом разборе больного; усвоивший содержание основной литературы, рекомендованной программой по теме клинического разбора, как правило, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению

и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценка *«***удовлетворительно***»* выставляется студенту, если он продемонстрировал в ходе клинического разбора знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии; справился, в целом, с выполнением задания по клиническому разбору, предусмотренного программой, но допустил, как правило, две значимые погрешности (три менее значимые) при клиническом разборе, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

Оценка *«***неудовлетворительно***»* выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебного материала по теме клинического разбора, допустившему принципиальные ошибки (три и более значимые и четыре и более менее значимые) в выполнении предусмотренных программой задания клинического разбора, таким, как правило, обучающимся, требуются дополнительные занятия по соответствующей теме для продолжения обучения в вузе.

### 2.2. Примерные вопросы к зачету

1. Этиология туберкулеза: виды микобактерий туберкулеза, строение, свойства. Клиническое и эпидемиологическое значение различных видов и форм микобактерий.
2. Патогенез туберкулеза: источники, пути заражения МБТ, распространения в организме, факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, факторы риска внутрибольничного инфицирования туберкулезом.
3. Патоморфология туберкулеза. Туберкулезное воспаление и морфологические реакции при туберкулезном воспалении. Параспецифические реакции при туберкулезе. Химиотерапия и туберкулезное воспаление. Понятие «первичного» и «вторичного» туберкулеза легких.
4. Эпидемиология современного туберкулеза: факторы, способствующие распространению туберкулеза. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу, методика их расчета, их значение. Причины увеличения заболеваемости туберкулезом в последние годы.
5. Туберкулез челюстно-лицевой области: классификация, клинические формы туберкулеза челюстно-лицевой области.
6. Туберкулез слизистой оболочки рта: языка, десен, губ, щек, твердого и мягкого неба, туберкулезная волчанка, милиарно -язвенный туберкулез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.
7. Туберкулез костей и суставов лицевого черепа: патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.
8. Туберкулез периферических лимфатических узлов, кожи и подкожной клетчатки; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.
9. Туберкулез слюнных желез; патогенез, патоморфология, клиника, диагностика.
10. Лечение туберкулеза челюстно-лицевой области, общее и местное лечение, принципы лечения.
11. Определение понятия «комплексное лечение больного туберкулезом», его разделы, основной метод лечения, основа лечения больного туберкулезом.
12. Принципы, режимы, фазы химиотерапии, пути и методы введения противотуберкулезных препаратов.
13. Побочное действие противотуберкулезных препаратов, их предупреждение и устранение.
14. Этапы лечения, контроль за лечением. Критерии эффективности лечения. Факторы, снижающие эффективность лечения.
15. Определение понятия «своевременное», «несвоевременное» выявление туберкулеза легких, «запущенные» формы туберкулеза. Основные методы выявления туберкулеза в разных возрастных группах.
16. Флюорография, как обязательный метод обследования на туберкулез, поступающих на работу, декретированного контингента, групп повышенного риска, студентов. Понятие «туб. архив», «рентген-положительные». Формы вызова на рентгенологическое дообследование, порядок дообследования, сроки.
17. Туберкулинодиагностика, как метод раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей и подростков. Диаскинтест в диагностике туберкулеза.
18. Организация и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции.

19. Специфическая профилактика: определение понятия, виды вакцин, их характеристика, показания, противопоказания к вакцинации и ревакцинации, методика проведения, учетные формы, осложнения, тактика при осложненном течении вакцинации, ревакцинации.
20. Химиопрофилактика туберкулеза: определение понятия, виды, показания, противопоказания, методика проведения, критерии эффективности.
21. Санитарная профилактика: определение понятия «санитарная профилактика», «очаг туб. инфекции», группа очагов по степени опасности, критерии их подразделения, мероприятия в очаге туберкулезной инфекции, текущая и заключительная дезинфекция, показания.
22. Сан. -просветительская работа: виды, контингенты, тематика, регламентируемые часы.
23. Классификация методов диагностики туберкулеза.
24. Обязательный диагностический минимум, дополнительные, факультативные методы диагностики туберкулеза.
25. Методы лучевой диагностики туберкулеза, их преимущества и недостатки. Основные рентгенологические синдромы во фтизиатрии.
26. Микробиологический метод в диагностике туберкулеза: виды, материал для исследования, правила забора, значение для диагностики туберкулеза. Лекарственная устойчивость: виды, методы определения, ее значение в клинике туберкулеза.
27. Инструментальные методы исследования (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия).
28. Общеклинические, лабораторные, иммунологические исследования в клинике туберкулеза.
29. Особенности клинического обследования больного туберкулезом: основные жалобы больного туберкулезом, их характеристика.
30. Особенности сбора анамнеза жизни и заболевания больного туберкулезом.
31. Особенности физикальных данных при туберкулезе легких (осмотр, пальпацию, перкуссия, аускультация – зоны тревоги, методика выслушивания, клиническая интерпретация выявленных изменений).
32. Принципы построения отечественной классификации туберкулеза. Разделы классификации, их характеристика.
33. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания: наиболее частые у взрослых, детей и подростков, их классификация. Понятие «активный», «клинически излеченный» туберкулез, больной «бактериовыделитель».
34. Основные клинические формы туберкулеза органов дыхания (клиника, диагностика, лечение).
35. Осложнения туберкулеза: понятия, виды (специфические, неспецифические, легочные, внелегочные, критерии специфичности осложнений).
36. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза. Их клиническое значение.
37. Правила формулировки диагноза туберкулеза органов дыхания.
38. Лёгочное кровотечение. Клиника, диагностика, лечение.
39. Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика. Врачебная и доврачебная помощь.
40. Деонтология во фтизиатрии. Права, обязанности и социальные льготы больного туберкулёзом.
41. Особенности стоматологической помощи больным туберкулезом.
42. Противотуберкулезная работа врача-стоматолога среди поликлинических больных.

**Примерные вопросы к устному опросу текущего контроля**

Тема: Туберкулез челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение..

1) Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания и объективного обследования больного туберкулезом челюстно-лицевой области.
2) Принципы построения клинической классификации туберкулеза челюстно-лицевой области.
3) Клинические формы туберкулеза и челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение.
4) Остаточные изменения после излеченного туберкулеза челюстно-лицевой области.
5) Принципы оказания неотложной помощи при осложнениях туберкулеза челюстно-лицевой области (кровотечение).

**3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы**

**формирования компетенций**

**3.1. Методика проведения тестирования**

**Целью этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (разделу), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядками о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся,

**Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (раздел). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (раздела) на последнем занятии.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня - 18(выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня -8 (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня -4 (ситуационная задача)

**Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы**

| | Вид промежуточной аттестации |
|---|---|
| | зачет |
| Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы) | 18 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 2 |
| Всего баллов | **36** |
| Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность) | 8 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 4 |
| Всего баллов | **32** |
| Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача) | 4 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 8 |
| Всего баллов | **32** |
| Всего тестовых заданий | **30** |
| Итого баллов | **100** |
| Мин. количество баллов для аттестации | 70 |

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование проводится на компьютере либо на бумажном носителе.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

**Результаты процедуры:**

Результаты тестирования на компьютере и бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по разделу «Фтизиатрия» выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры проставляются преподавателем в ведомость посещаемости занятий по дисциплине «Инфекционные болезни, фтизиатрия», раздел «Фтизиатрия» в соответствующую графу.

**3.2. Методика проведения приема практических навыков**

**Цель этапа** промежуточной аттестации по разделу Фтизиатрия, проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (раздел). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (раздела) на последнем занятии по дисциплине (разделу), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с зачетным собеседованием по усмотрению кафедры.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

**Описание проведения процедуры:**

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (раздела).

**Результаты процедуры:**

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (разделу) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры проставляются преподавателем в ведомость посещаемости занятий по дисциплине «Инфекционные болезни, фтизиатрия», раздел Фтизиатрия в соответствующую графу.

**3.3. Методика проведения устного собеседования**

**Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине (разделу), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (раздел). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (раздела) в соответствии с расписанием учебных занятий может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (раздел), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

**Описание проведения процедуры:**

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (раздела) и других факторов.

Собеседование проводиться по вопросам к зачету по разделу «Фтизиатрия», ситуационной задаче и рентгенограмме. Результат собеседования при промежуточной аттестации в форме зачёта оцениваются - «зачтено», «не зачтено».

**Результаты процедуры:**

Результаты проведения процедуры проставляются преподавателем в ведомость посещаемости занятий по дисциплине «Инфекционные болезни, фтизиатрия», раздел Фтизиатрия в соответствующую графу.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

### 3.4. Методика проведения текущего тестирования

**Целью этапа** текущего контроля по дисциплине, проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение текущего тестирования обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится на бумажном носителе в процессе изучения дисциплины на каждом практическом занятии.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для текущего тестового контроля знаний, утверждают их на заседании кафедры. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50. –50 тестов

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом текущего контроля. Тестирование проводится на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 5 тестовых заданий разного уровня сложности по теме занятия. Время, отводимое на тестирование, составляет не более 5 минут.

**Результаты процедуры:**

Результаты тестирования на бумажном носителе оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость посещаемости занятий студентами в соответствующую графу темы практического занятия.. В случае получения оценки «неудовлетворительно» студент не допускается к сдаче

### 3.5. Методика процедуры текущего контроля в форме подготовки и защиты реферата

**Целью процедуры** текущего контроля по дисциплине, проводимой в форме подготовки реферата и его защиты, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения

умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины по определенной теме.

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение текущего контроля обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину, по которой предусмотрена подготовка реферата и его защита. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается не допущенным к зачету.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится в соответствии с расписанием учебных занятий.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя примерные темы рефератов и требованию к их оформлению и защите. Обучающийся выбирает самостоятельно тему реферата из списка предложенного преподавателем.

**Описание проведения процедуры:**

Законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном варианте, по желанию, может подготовить мультимедийную презентацию, помогающую раскрыть основные положения работы при докладе.

Реферативная работа подлежит проверке на наличие заимствований и плагиата. Затем работа проверяется ответственным преподавателем с целью выявления ошибок и недочетов в работе. Преподаватель выясняет соответствие содержания работы поставленному заданию, соответствие требованиям к качеству информации, стилю изложения, требованиям оформления (смотри ниже), определяет степень самостоятельности выполнения работы, анализирует положительные стороны в работе, выделяет недостатки и ошибки.

***Требования к оформлению реферативного сообщения***

Содержание реферативного сообщения должно быть самодостаточно и наглядно.

***Требования к качеству излагаемой информации***

- Соответствие последним достижением науки и клинической практики.
- Точность, достоверность и обоснованность приводимых сведений.
- Использование принципов доказательной медицины, стандартизации диагностических и лечебных процедур.
- Использование последних классификаций и номенклатур.
- Соответствие названий лекарственных средств Государственному реестру лекарственных средств.

***Требования к стилю изложения***

- Рубрикация;
- Системность, последовательность и простота изложения без лишних подробностей;
- Чёткость определений, доступность их для понимания;
- Однозначность употребления терминов;
- Соблюдение норм современного русского языка;
- Выделение ключевых позиции по тексту полужирным шрифтом или другим способом.

***Требования к оформлению***

- Объём рефератного сообщения должен быть не менее 5 машинописных страниц.
- Для изложения текста рекомендуется гарнитура Times New Roman.

- Текст печатается на одной стороне стандартного листа А4 через полтора интервала кеглем шрифта 14.
- Текст должен иметь поля следующих размеров: верхние – 2,0 см; нижние – 2,5 см; левое – 3,0 см; правое – 1,0 см.
- На титульном листе сверху вниз указываются: название высшего учебного заведения; наименование кафедры; учёная степень; учёное звание; Ф.И.О. (полностью) заведующего кафедрой, преподавателя; тема реферативного сообщения; Ф.И.О.; факультет; группа студента, выполнившего работу; город и год написания.
- Страницы реферативного сообщения должны быть пронумерованы.
- Реферативное сообщение должно включать план (перечень рубрик).
- Обязательными разделами реферативного сообщения должны быть:
  - «Список использованной литературы». В «Список литературы» включаются не менее 3-х литературных источников, изданные не более 5 лет назад;
  - раздел «Актуальность темы», в которой следует отразить значение изучаемой темы;
  - раздел «Выводы» с подведением итогов ранее изложенного материала.

Для защиты реферата студент заранее готовит выступление на 8-10 минут, выбирая основные моменты в работе, сохраняя при этом структуру реферата. В выступлении следует отразить актуальность темы, основное содержание, выводы, использованную литературу. Подготовить мультимедийную презентацию, помогающую раскрыть основные положения работы.

Защита реферата проводится перед группой студентов и преподавателя, ведущего группу Порядок защиты реферата:

1) Доклад студента. Регламент – 8-10 минут. Доклад рекомендуется знать наизусть и сопровождать иллюстрационным материалом, который способствует эффективности выступления докладчика. Студент в своем докладе должен раскрыть следующие вопросы: актуальность темы, содержание темы, выводы, использованная литература.

2) Обсуждение темы реферата:

- ответы докладчика на вопросы преподавателя (не менее 3-х вопросов),
- ответы докладчика на вопросы присутствующих студентов (не менее 3 вопросов),
- вопросы по теме от докладчика присутствующим студентам.

3) Заключение ответственного преподавателя по теме реферата с оценкой работы.

**Результаты процедуры:**

Защита реферата оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость посещаемости занятий студентами. В случае не сдачи (не защите) реферативного сообщения студент не допускается к сдаче зачета.

### 3.6. Методика процедуры текущего контроля в форме работы с рентгенограммами

**Целью процедуры** текущего контроля по дисциплине, проводимой в форме работы с рентгенограммами, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины по рентгендиагностике туберкулеза.

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение текущего контроля обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину, по которой предусмотрена работа с рентгенограммами. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается не допущенным к зачету, имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится в соответствии с расписанием учебных занятий.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя банк рентгенограмм по всем изучаемым клиническим формам туберкулеза органов дыхания и требования к их описанию и оценке. Обучающийся самостоятельно выбирает рентгенограмму по определенной теме занятия.

**Описание проведения процедуры:**

Работа студентов проводится с банком рентгенограмм на практических занятиях в индивидуальной и групповой форме обучения.

Применяя теоретические знания учебного материала и практические умения и навыки, предусмотренные программой по дисциплине, студент:

1) самостоятельно или в группе работает с рентгенограммой по определенной схеме и алгоритму – знакомится с представленной рентгенограммой - правильно устанавливает рентгенограмму на негатоскоп, определяет пол, возраст обследуемого (в сочетании с другой медицинской документацией), определяет вид, методику, проекцию проведенного рентгенологического исследования; различает рентгенограмму в норме и в условиях патологии, описывает имеющиеся рентген. изменения по органам грудной клетки, выделяет основной рентген синдром, формулирует клинико-лучевое заключение, выделяя основные фазы, формы, варианты течения туберкулезного процесса,

2) докладывает результаты работы с рентгенограммой перед группой ответственному преподавателю с коррекцией ошибок и недочетов в работе,

3) отвечает на дополнительные вопросы преподавателя и студентов группы.

4) получает заключение ответственного преподавателя по работе с рентгенограммой с оценкой работы.

**Результаты процедуры:**

Работа с рентгенограммой оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость посещаемости занятий студентами. В случае получения оценки «неудовлетворительно» студент должен отработать неосвоенный практический навык.

### 3.7. Методика процедуры текущего контроля в форме клинического разбора больного

**Целью процедуры** текущего контроля по дисциплине, проводимой в форме клинического разбора больного, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение текущего контроля обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину, по которой предусмотрен клинический разбор больного. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается не допущенным к зачету, имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится в соответствии с расписанием учебных занятий.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя схему клинического разбора больного и критерии оценки работы. Обучающийся самостоятельно выбирает больного для клинического разбора из предложенного списка ответственным преподавателем по основным клиническим формам туберкулеза.

**Описание проведения процедуры:**

Работа студентов в виде клинического разбора больного проводится на практических занятиях в индивидуальной и групповой форме обучения.

Для клинического разбора ответственным преподавателем подбираются больные со всеми формами туберкулеза органов дыхания, получающие лечение в условиях стационара. Самостоятельная работа студентов с медицинской документацией (амбулаторные карты, истории болезни, рентгенограммы) осуществляется в учебных комнатах кафедры, оборудованных негатоскопами.

Применяя теоретические знания учебного материала, и практические умения, и навыки, предусмотренные программой по дисциплине, студент:

1) самостоятельно или в группе работает с медицинской документацией по определенной схеме и алгоритму – знакомится с представленными данными проведенного обследования больного - жалобы, анамнез, объективное обследование, лабораторные, рентгенологические, инструментальные и другие методы обследования, пробой Манту и диаскинтестом, анализирует и оценивает их, определяет путь и методы выявления заболевания, факторы, способствующие его развитию, формулируют клинический диагноз, проводит дифференциальную диагностику, назначает комплексное лечение, определяет прогноз и исход по процессу у больного, группу диспансерного наблюдения больного на момент клинического разбора, проводит экспертизу трудоспособности и составляет план профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции.

2) докладывает результаты работы по клиническому разбору перед группой ответственному преподавателю с коррекцией ошибок и недочетов в работе.

3) отвечает на дополнительные вопросы преподавателя и студентов группы.

4) получает заключение ответственного преподавателя по клиническому разбору с его оценкой.

**Результаты процедуры:**

Работа студента по клиническому разбору больного оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость посещаемости занятий студентами. В случае получения оценки «неудовлетворительно» студент не допускается к сдаче зачета.

Составитель: Фесюк Е.Г.

Зав. кафедрой Чичерина Е.Н.

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

Кафедра инфекционных болезней

**Приложение А к рабочей программе дисциплины**

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**
**«ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ»**

**РАЗДЕЛ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»**

Специальность 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП – Стоматология

**Раздел 1. Вопросы общей патологии инфекционных болезней.**

**Тема 1. Вопросы общей патологии инфекционных болезней.**

Цель: способствовать формированию системы теоретических знаний по общей патологии инфекционных болезней.

Задачи: рассмотреть основные понятия инфекционных болезней, изучить теорию инфекционного процесса, обучить проведению первичных диагностических и профилактических мероприятий при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях.

**Обучающийся должен знать:**

1. Характеристики основных возбудителей инфекционных болезней.
2. Определение инфектологии как науки об инфекционном процессе, общие закономерности возникновения и распространения инфекционных заболеваний, механизмы развития и проявления инфекционного процесса.
3. Содержание лечебных и диагностических мероприятий

**Обучающийся должен уметь:**

1. применить учение об инфекционном процессе в целях снижения и ликвидации инфекционных заболеваний.
2. проводить диагностический поиск при подозрении на инфекционное заболевание.
3. осуществлять прогнозирование инфекционного процесса
4. проводить выбор необходимых диагностических и лечебных мероприятий

**Обучающийся должен владеть:** навыками организации и проведения первичных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий при выявлении больного с инфекционной патологией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

**Вопросы общей патологии инфекционных болезней**

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, общие сведения

**Инфекция** — от латинских слов: infectio — загрязнение, заражение - широкое понятие, характеризующее проникновение патогенного возбудителя (вирус, бактерия и др.) в

другой более высокоорганизованный растительный или животный организм и последующее их антагонистическое взаимоотношение.

**Инфекционный процесс** — это ограниченное во времени сложное взаимодействие биологических систем микро- (возбудитель) и макроорганизма, протекающее в определенных условиях внешней среды, проявляющееся на субмолекулярном, субклеточном, клеточном, тканевом, органном и организменном уровнях и закономерно заканчивающееся либо гибелью макроорганизма, либо его полным освобождением от возбудителя.

**Инфекционная болезнь** — это конкретная форма проявления инфекционного процесса, отражающая степень его развития и имеющая характерные нозологические признаки.

Инфекционные болезни — это обширная группа болезней, вызванных патогенным возбудителем.

В отличие от других заболеваний инфекционные болезни могут передаваться от зараженного человека или животного здоровому (контагиозность) и способны к массовому (эпидемическому) распространению.

**Для инфекционных болезней характерны:**

1. **специфичность этиологического агента,**
2. **контагиозность,**
3. **цикличность течения,**
4. **формирование иммунитета.**

В общей структуре заболеваний человека на инфекционные болезни приходится от 20 до 40%.

**Современная классификация**

Важным является число видов возбудителей, вызвавших инфекционный процесс. При этом инфекционные болезни, вызванные одним видом **микроорганизмов** (таких абсолютное большинство), называются **моноинфекцией,** вызванные одновременно несколькими видами, — **смешанными или микстинфекциями**.

Рассматривая экзогенные инфекции с чисто эпидемиологических позиций по такому критерию, как контагиозность, можно выделять следующие группы инфекционных болезней:

**неконтагиозные или незаразные** (псевдотуберкулез, ботулизм, отравление стафилококковым энтеротоксином, малярия и др.);

**малоконтагиозные** (инфекционный мононуклеоз, орнитоз, ГЛПС, бруцеллез);

**контагиозные** (дизентерия, грипп, брюшной тиф и др.);

**высококонтагиозные** (натуральная оспа, холера).

Можно классифицировать экзогенные инфекции по месту внедрения в организм возбудителя (входные ворота).

Входными воротами для одних возбудителей является кожа (малярия, сыпной тиф, кожный лейшманиоз), для других — слизистые оболочки дыхательных путей (грипп, корь, краснуха), пищеварительного тракта (дизентерия, брюшной тиф) или половых органов (гонорея, сифилис). Однако при некоторых инфекционных болезнях возбудитель может проникать в организм различными путями, что сказывается и на клинической картине (дифтерия: ротоглотки и раны; чума: кожно-бубонная и легочная формы; туляремия: бубонная, глазо-бубонная, ангинозно-бубонная, кишечная, легочная и генерализованная формы).

К этой классификации близка систематизация инфекций по клинико-анатомическому принципу с делением на инфекции общего и местного синдрома:

**генерализованные инфекции;**

**инфекции с преобладающей локализацией** процесса в определенных органах и системах, но с выраженными общими реакциями;

**местные (топические)** инфекции без выраженной общей реакции.

Другим вариантом такой классификации является деление инфекций в зависимости от

тропности (аффинитета) возбудителя к определенным системам, тканям и даже клеткам. Так, например, возбудитель гриппа тропен главным образом к эпителию дыхательных путей, эпидемического паротита — к железистой ткани, бешенства — к нервным клеткам аммонова рога, оспы — к клеткам эктодермального происхождения (кожи и слизистых оболочек), дизентерии — к энтероцитам, сыпного тифа — к эндотелиоцитам и т. д.

По биологическому принципу инфекции могут подразделяться на

**антропонозы (полиомиелит, менингококковая инфекция, вирусный гепатит и др.),**

**зоонозы (бешенство, бруцеллез, лептоспироз, сибирская язва, туляремия, ящур и др.),**

**сапронозы (легионеллез).**

**природно-очаговые инфекции (клещевой энцефалит, ГЛПС)**

**инвазии (протозойные болезни — малярия, амебиаз, лейшманиозы и др.; гельминтозы).**

Клинически инфекционные болезни характеризуются по проявлениям (манифестные и инаппарантные), по тяжести (легкие, средней тяжести, тяжелые и крайне тяжелые), по клиническим формам (например, менингококковая инфекция может проявляться в виде назофарингита, менингита, менингоэнцефалита, менингококцемии), по течению (типичные и атипичные; циклические и ациклические; молниеносные или фульминантные, острые, подострые или затяжные и хронические).

Инаппарантные или субклинические (менее удачное название) формы инфекционных болезней протекают бессимптомно, хотя в организме человека наблюдаются иммунологические, а также функциональные и морфологические изменения, типичные для соответствующего заболевания. Выраженные в малой степени, они не приводят к манифестации патологического процесса, и внешне человек остается здоровым. Инаппарантные формы весьма характерны для некоторых инфекций (брюшной тиф, сальмонеллезы, дизентерия, вирусный гепатит В и др.) и, напротив, несвойственны для других (натуральная оспа, скарлатина, рожа и др.). Инаппарантные формы могут протекать остро (вирусный гепатит А) и хронически (бруцеллез). Особым вариантом хронического инаппарантного процесса является латентная форма инфекции. При этом возбудитель находится в дефектной форме (вирус в виде дефектных субвирусных интерферирующих частиц, бактерии — в виде L-форм, сферопластов) и поддерживает свою жизнедеятельность за счет внутриклеточного паразитизма, не выделяясь во внешнюю среду. Под влиянием некоторых факторов (интеркуррентные болезни, травмы, стресс и др.) латентная инфекция может трансформироваться в острую манифестную с восстановлением обычных свойств возбудителя (герпетическая инфекция).

Своеобразной формой взаимодействия вирусов и организма человека является медленная инфекция. Она отличается тем, что несмотря на развитие патологического процесса, как правило, в одном органе или в одной тканевой системе (чаще в нервной) наблюдается многомесячный или даже многолетний инкубационный период, после которого медленно, но неуклонно развиваются симптомы заболевания, всегда заканчивающегося летально [Зуев В. Л., 1988]. К **медленным** инфекциям человека в настоящее время относят заболевания, вызываемые прионами (инфекционными безнуклеиновыми белками) — болезнь Куру, болезнь Крейтц-фельда—Якоба, синдром Герстманна—Шреуслера, амиотрофический лейкоспонгиоз, а также вирионами — подострый коревой склерозирующий панэнцефалит, подострый послекоревой лейкоэнцефалит, прогрессирующая врожденная краснуха и др. Число медленных инфекций, открываемых учеными, все время возрастает и в настоящее время превышает 30.

Одной из наиболее распространенных и часто цитируемых является классификация Л. В. Громашевского, построенная преимущественно по принципу учета механизма передачи инфекции. Она предусматривает деление всех инфекций на пять групп: 1) кишечные; 2) дыхательных путей; 3) «кровяные»; 4) наружных покровов; 5) с различными механизмами

передачи. При этом, например, в группу кишечных инфекций попадают дизентерия и гельминтозы, ботулизм и отравления стафилококковым энтеротоксином, амебиаз, трихенеллез; в группу «кровяных» (трансмиссивных) — малярия, риккетсиозы, туляремия. Очевидно несовершенство подобной классификации с позиции врача инфекциониста, поскольку совершенно разные по возбудителю (вирусы, бактерии, простейшие, грибы, гельминты) и по патогенезу заболевания попадают в одну группу.

В этой связи более логичной представляется классификация, построенная по этиологическому принципу. Она предусматривает выделение бактериозов (бактериальные инфекции), отравлений бактериальными токсинами, вирусных болезней, риккетсиозов, хламидиозов, микоплазмозов, протозойных болезней, микозов и гельминтозов. В каждой из этих групп болезни могут объединяться по патогенетическому принципу, по механизму передачи или по тропности возбудителя.

**Инфекционный процесс** — один из самых сложных биологических процессов в природе, а инфекционные болезни являются грозными, разрушительными факторами для человечества, наносящими ему колоссальный экономический ущерб.

Лишь одну инфекционную болезнь — натуральную оспу — можно считать условно ликвидированной на планете, поскольку, несмотря на тридцатилетний срок отсутствия ее официальной регистрации, вирус заболевания сохраняется в ряде лабораторий, а прослойка неиммунных людей весьма значительна и постоянно возрастает.

С другой стороны, увеличивается число известных науке инфекций. Достаточно напомнить, что если в 1955 г. их насчитывалось 1062 (В. М. Жданов), то в настоящее время — более 1200 [Покровский В. И. и др., 1994]. Отсюда возникновение новых проблем (СПИД и др.) как для специалистов, так и для общества в целом.

К инфекционным болезням традиционно относят также заболевания, вызываемые не живым возбудителем, а продуктами его жизнедеятельности, накопленными вне макроорганизма (например, в пищевых продуктах). При этом инфекционный процесс, как правило, не развивается, а наблюдается лишь интоксикация. В то же время наличие этиологического агента, формирование иммунитета (антитоксического) и возможность развития инфекционного процесса позволяют относить эти заболевания к инфекционным (ботулизм и др.).

Возбудитель определяет не только возникновение инфекционного процесса, но и его специфичность.

Так, возбудитель чумы вызывает чуму, холеры — холеру и т. д. Интересно, что поскольку инфекционные болезни стали известны человечеству раньше, чем микроорганизмы, их вызывающие, то их возбудитель, как правило, получал название, соответствующее заболеванию.

Но специфичность не является абсолютной.

Одно инфекционное заболевание могут вызвать разные возбудители (сепсис) и, напротив, один возбудитель (стрептококк) может вызывать разные болезни (скарлатина, рожа, ангина).

На протяжении жизни человек контактирует с огромным миром микроорганизмов, но вызывать инфекционный процесс способна лишь ничтожно малая часть этого мира (примерно 1/30000). Эта способность в значительной степени определяется патогенностью возбудителя.

**Патогенность (болезнетворность)** — видовой признак микроорганизма, закрепленный генетически и характеризующий способность вызывать заболевание. По этому признаку микроорганизмы подразделяются на сверхпатогенные, патогенные, условно-патогенные и непатогенные (сапрофиты).

Главными факторами, определяющими патогенность, являются

**-вирулентность, токсигенность, инвазивность.**

**Вирулентность** — это степень патогенности, присущая конкретному штамму патогенного возбудителя.

**Токсигенность** — это способность к выработке и выделению различных токсинов (экзо- и эндотоксины).

**Инвазивность** (агрессивность) — способность к проникновению в ткани и органы макроорганизма и распространению в них.

Считается [Смирнов Г. Б. и др., 1989], что свойства патогенности определяются генами, входящими в состав мобильных генетических элементов (плазмиды, транспозоны и др.). Преимущество мобильной организации генов заключается в возможности быстрой адаптации бактерий к условиям окружающей среды. Такой механизм изменчивости объясняет формирование новых типов возбудителей инфекционных болезней. Ген, детерминирующий синтез фактора патогенности, при попадании в другую бактерию может по-иному взаимодействовать с уже имеющимися факторами патогенности, обусловливая различную степень вирулентности и, следовательно, изменение картины инфекционного процесса.

Факторы патогенности возбудителей инфекций весьма разнообразны.

Среди них — индукция стресса, геморрагических реакций (повреждение сосудов), аллергических и иммунопатологических реакций, аутоиммунитета (вплоть до системных тяжелых поражений), прямой токсический эффект на клетки и ткани, иммунодепрессия, развитие опухолей и др.

Возбудители обладают также свойствами, препятствующими воздействию на них защитных факторов макроорганизма (наличие капсулы, продуцирование факторов угнетения фагоцитоза, экзо- и эндотоксины, внутриклеточное расположение).

**Состояние макроорганизма и его свойства определяют не только возможность возникновения и характер течения инфекционного процесса, но и вероятность проявления последнего в форме инфекционного заболевания.**

**Защитные факторы организма (резистентность) подразделяются на**

**- специфические (иммунные) и**

**- неспецифические, составляя в целом комплекс получен**ных наследственно и индивидуально приобретенных механизмов.

Кишечная микроэкологическая система является важнейшей частью системы постоянства организма (представлена более чем 400 видами микроорганизмов из них 98% — облигатные анаэробы). Она располагает многими механизмами, обеспечивающими подавление патогенной микрофлоры (стимуляция перистальтики, выработка антибиотических веществ, индукция иммунологических механизмов защиты и др.). Интегральным показателем специфических и неспецифических механизмов защиты желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является колонизационная резистентность (состояние эпителия, активного лизоцима, кислотность и ферментативная активность желудочного сока, содержание комплемента, интерферонов, макрофагов, иммуноглобулинов). Снижение ее (дисбактериоз) приводит к более частому заболеванию различными кишечными инфекциями.

Аналогично выполняет свои защитные и барьерные функции **кожа** (непроницаемость ее для большинства микробов, бактерицидные свойства) и респираторный тракт (реснички эпителия респираторного тракта, механическое удаление возбудителей из дыхательных путей при кашле, секреция иммуноглобулинов и др.).

Далее в процесс защиты включаются такие **факторы естественного иммунитета**, как фагоциты (микро- и макрофаги), предшествующие (естественные) антитела, лизоцим, интерферон и т. д.

В большинстве случаев развивается реакция приобретенного иммунитета (клеточного и гуморального), а также иммунологическая толерантность.

Взаимодействие патогенного возбудителя и восприимчивого организма происходит в течение определенного временного промежутка и характеризуется **цикличностью**, т. е. закономерной сменой фаз развития, нарастания и убывания проявлений инфекционного процесса. В этой связи при развитии инфекционной болезни принято различать несколько последовательных периодов: инкубационный , начальный, разгара и выздоровления.

**Инкубационный период** (от момента заражения до начала заболевания), как правило, не имеет клинических проявлений, лишь при некоторых заболеваниях (сыпной тиф, корь) и у немногих больных в последние дни этого периода появляются самые общие и неопределенные симптомы (предвестники, продромальные явления), на основании которых при отсутствии эпидемиологических данных трудно даже заподозрить инфекционную болезнь.

Каждому инфекционному заболеванию присуща своя длительность инкубационного периода (с небольшими вариациями в зависимости от вирулентности, дозы возбудителя и реактивности организма). Она исчисляется от нескольких часов (грипп, токсикоинфекции) до нескольких недель, месяцев (столбняк, бешенство, вирусные гепатиты) и даже лет (ВИЧ-инфекция).

**Начальный период** характеризуется большим количеством разнообразных признаков, которые в совокупности составляют клинический или клинико-лабораторный симптомокомплекс, позволяющий установить предварительный или окончательный диагноз болезни. Поэтому под ранней диагностикой инфекционных болезней понимается диагностика в начальном периоде (Н. И. Рагоза), т.е. до формирования полной клинической картины болезни с ее типичными проявлениями (например, сыпь при брюшном тифе, желтуха при вирусном гепатите, бубон при туляремии).

**Период разгара** характеризуется типичными для данной болезни симптомами, достигающими своей максимальной выраженности и определяющими все ее своеобразие.

**Периоду выздоровления** свойственны угасание клинических проявлений болезни и постепенное восстановление нарушенных функций организма. В этом периоде при некоторых инфекционных заболеваниях возможны рецидивы (возврат болезни).

Рецидивы следует отличать от обострений, которые развиваются не после болезни, а на фоне сохраняющейся клинической симптоматики. Повторное заболевание, развивающееся в результате нового заражения тем же возбудителем, называется реинфекцией.

**Алгоритм обоснования диагноза инфекционного заболевания:**

1. Диагноз базируется на основании эпид. данных, характерной клиники заболевания.
2. Результатах лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Методов этиологического подтверждения диагноза:

*1.* Микроскопическое исследование

*2.* Бактериологическое, вирусологическое исследование (определение специфических свойств возбудителя).

*3.* Заражение экспериментальных животных

*4.* Обнаружение антигенов возбудителей (ИФА, ПЦР)

*5.* Серологические методы (определение антител к определенным возбудителям - РА, РПГА, РСК и др.)

## 2. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ СТУДЕНТОВ:

1. Дайте определение понятий «инфекция», «инфекционный процесс».
2. Назовите основные отличительные особенности инфекционных болезней от заболеваний терапевтического профиля.
3. Как можно классифицировать инфекционных болезни по механизму передачи?
4. Дать определения следующим понятиям: механизм передачи, факторы передачи, пути передачи, источник инфекции, резервуар инфекции.
5. Противоэпидемические мероприятия (определение понятий, группировка противоэпидемических мероприятий, качество противоэпидемических средств
6. Дайте определение понятиям манифестная форма, субклиническая, (инаппарантная), стертая, персистентная (латентная) инфекция, медленная, реинфекция, супер-инфекция.

7. Назовите периоды в клинике инфекционных заболеваний.
8. Дать определение патогенности, вирулентности, токсигенности, инвазивности.
9. Перечислите лабораторные методы верификации диагноза.
10. Назовите алгоритм обоснования диагноза инфекционного заболевания.

**Практическая подготовка: работа в поликлинике**

**3. Вопросы тестового контроля для проверки знаний**:

1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС (1) И ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС (2)– ЭТО:
1) распространение инфекционных болезней среди животных
2) наличие возбудителей в окружающей среде
3) взаимодействие микро- и макроорганизма
4) зараженность инфекционными агентами переносчиков
5) распространение болезней среди людей
2. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
1) специфичностью возбудителя
2) наличием инкубационного периода
3) заразительностью
4) формированием иммунитета
5) ациклическим течением
3. ИЗ УКАЗАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ К САПРОНОЗАМ (1) и антропонозам (2) ОТНОСИТСЯ:
1) эшерихиоз
2) бешенство
3) вирусный гепатит В
4) легионеллез
5) бруцеллез
4. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ БОЛЬНЫЕ НЕЗАРАЗНЫ (1) и заразны (2) ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:
1) туляремия
2) бешенство
3) амебиаз
4) лептоспироз
5) бруцеллез
5. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:
1) дизентерии - бактериологическое исследование кала
2) вирусных гепатитов - иммунологическое исследование крови
3) геморрагической лихорадки с почечным синдромом - бактериологическое исследование крови
4) туляремии - внутрикожную аллергическую пробу
5) малярии - бактериоскопию мазка крови
6. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) человек
2) сельскохозяйственные животные
3) человек и животные
4) грызуны
5) кровососущие членистоногие
7. «ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ» ЗАПОЛНЯЕТ ВРАЧ:
1) заподозривший инфекционную болезнь

2) установивший границы эпидемического очага
3) после проведения дезинфекции в очаге
4) после лабораторного подтверждения диагноза у инфекционного больного
5) врач эпидемиолог
8. ВЕРТИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ВОЗБУДИТЕЛЬ ПЕРЕДАЕТСЯ:
1) через воздух
2) зараженной почвой
3) зараженными овощами
4) через пыль в жилище
5) от матери к плоду
9. ПУТЬ РЕАЛИЗАЦИИ АЭРОГЕННОГО (1) и трансмиссивного (2) МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ:
1) воздушно – пылевой
2) живые переносчики
3) нестерильный медицинский инструментарий
4) прямой, непрямой
5) факторы окружающей среды
10. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ:
1) бактериологическое исследование кала, мочи, крови
2) иммуноферментный анализ
3) реакцию непрямой гемагглютинации
4) внутрикожную аллергическую пробу
5) реакцию агглютинации

**Эталоны ответов к тесту – контролю**

**1)** 1-1; 2-5; 2)5 3) 1-4; 2-1,3; 4)3 5)3 6)1-1,4,5; 2-2,3; 7)1 8)5 9) 1-1; 2-2; 10)4

**4.** Заполните таблицу:

| Заболевание | Этиология | Механизмы передачи инфекции | Пути передачи | Диагностика | Возраст больных | Основные направления терапии |
|---|---|---|---|---|---|---|
| грипп | | | | | | |
| гепатит А | | | | | | |
| дифтерия | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Б.К., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 816 с.
2. Лекции по инфекционным болезням.

**Раздел 2. Вирусные инфекции.**

**Тема 2.1: «Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп»**

**Цель:** способствовать формированию знаний и умений по теме **"Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп"**, научить выявлению клинических особенностей, диагностике, лечению, выявлению изменений со стороны ротовой полости при ОРВИ и гриппе.

**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, патогенеза клиники течения и исходов данных ОРВИ и гриппа, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические и профилактические мероприятия.

**Обучающийся должен знать:**

1. Современные представления о возбудителях ОРВИ, их антигенных свойствах и изменчивости.
2. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения ОРВИ.
3. Патогенез, репродукция вируса. Патогенез респираторного синдрома.
4. Клиника не осложненных форм ОРВИ с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести. Острая дыхательная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Другие осложнения со стороны органов дыхания и нервной системы, современная классификация.
5. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза гриппа, ОРВИ.
6. Принципы лечения больных с гриппом, ОРВИ.
7. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика. Типы вакцин. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
9. Аденовирусная инфекция.
10. Этиология. Особенности возбудителя. Устойчивость в окружающей среде.
11. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Периодичность. Сезонность. Возрастное распространение. Восприимчивость. Иммунитет. Особенности изменений на слизистой рта.
12. Патогенез. Клиника Клиническая классификация. Осложнения. Исходы.
13. Диагно стика. Дифференциальный диагноз с другими ОРВИ. Лечение. Лечение осложнений.
14. Про филактика. Специфическая профилактика.
15. ПАРАГРИПП. Этиология. Характеристика вируса. Устойчивость во внешней среде.
16. Эпидемиолог ия. Источники инфекции. Механизм передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет. Патогене з . Внедрение возбудителя и изменения на уровне гортани. Клиника. Инкубационный период. Цикличность течения. Клинические симптомы. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Диаг но стика . Серологические методы исследования. Лечение.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез.
2. Провести полный осмотр больного, тщательный осмотр слизистой рта, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
3. Наметить план обследования (серологическое, вирусологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
4. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
5. Назначить адекватную терапию больному. Определить показания к госпитализации, программу лечения на дому. Назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с гриппом и ОРВИ, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.

2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на грипп, ОРВИ.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на грипп, ОРВИ и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики гриппа, ОРВИ.
5. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза «Грипп», «парагрипп», «аденовирусная инфекция» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии гриппа, ОРВИ. Особенностям терапии стоматита.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при гриппе, ОРВИ.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза гриппа, ОРВИ.
**1)** Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты) пациентов с гриппом, ОРВИ.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

2) Дайте определение гриппа.
3) Назовите антигенные свойства вируса гриппа и расскажите об его изменчивости.
4) Перечислите источники инфекции, механизм заражения и пути распространения гриппа.
5) С какими антигенными изменениями связано развитие эпидемий и пандемий гриппа?
6) На чем основаны критерии тяжести гриппа?
7) Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.
8) Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
9) П а р а г р и п п. На сколько стабилен вируса парагриппа?
10) Каковы источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения инфекции.
11) Какие органы и ткани поражаются при парагриппе. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.
12) Опишите типичное течение парагриппа у взрослых.
13) Дайте характеристику возбудителя аденовирусной инфекции.
14) Назовите источники инфекции, механизм передачи.
15) Назовите классификацию клинических форм аденовирусной инфекции.
16) Перечислите методы диаг но с тик и.
17) Ра сс каж ит е о про филактике аденов ирусно й инфекции.

**2. Практическая подготовка.**

**- КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОРВИ:**

**Цель работы:** в результате опроса и осмотра пациента поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки,диспансеризациииипрофилактическиемероприятия.

**Методикапроведенияработы:**

11. провести опрос и осмотр больного с гриппом, ОРВИ;
12. при сборе эпиданамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными гриппом или с ОРВИ; возможность реализации воздушно-капельного и воздушно-пылевого путей передачи инфекции;
13. при осмотре определить характерные признаки заболевания (симптомы интоксикации, поражения верхних дыхательных путей и других органов и систем; выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, координационные пробы,

аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки);

14. при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, рентгенологического исследования легких), результаты бактериологических, вирусологических и серологических методов исследования;

15. назначение режима, диеты, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения конкретному пациенту;

**16.** определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактические мероприятия в очаге.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

**Выводы:** в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. Эпид. мероприятия в очаге?
3. План обследования больного?
4. Лечение: препараты, длительность их применения?

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной А., 60 лет, поступил в инфекционную больницу на 9-й дань болезни. Заболевание началось постепенно: в течение нескольких дней отмечалась слабость, недомогание, сухой кашель, осиплость голоса, снижение аппетита. Последние 2 дня температура утром 37,0-37,5$^0$С. В контакте с инфекционными больными на был. Профилактических прививок не получал.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, сыпи нет, пульс 80 уд./мин. Ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм.рт.ст, в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Эталон решения задачи:**

**Клинический диагноз:** ***Парагрипп, острый бронхит, ларингит.***

**Диагностика.**

**5.** ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ, осмотр ЛОР- врача.

**Лечение**

1. **Полупостельный режим** (Весь лихорадочный)
2. **Стол №15**
3. **Иммуномодуляторы:** циклоферон 4 таб по схеме: 1,2,4,6,8 дни
4. **Патогенетическая терапия:**
5. **Дезинтоксикация** (обильное питье, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, вит. С 5%:-5 мл+ Эуфиллин 2,4%-10мл).
1. **Антиоксиданты:** токоферол, аевит, витамин U.

2. Таб. Бромгексин 8 мг - 3 р.с., м-ра от кашля, полоскание зева р-ом фурациллина
***3.*** Ингаляции с эвкалиптом, лазолваном № 5

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Рабочий 32 г., обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39,1ºС, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошноту, слабость, анорексию. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

За 2 дня до заболевания навещал сестру у которая ухаживала за больным ребёнком.

При объективном осмотре выявлены гиперемия лица, инъекция сосудов склер, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного.

**4. Задания для групповой работы**

*Составить перечень противовирусных средств для лечения больных ОРВИ и гриппом.*

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

**ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**Аденовирусная инфекция** - группа антропонозных острых вирусных заболеваний с поражением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и лимфоидной ткани преимущественно у детей и лиц молодого возраста.

**Этиология.** Возбудители - аденовирусы рода *Mastadenovirus* (аденовирусы млекопитающих) семейства *Adenoviridae.* В состав рода входит 80 видов (серотипов).

В семейство объединены вирусы с голым капсидом, средний диаметр вириона равен 60-90 нм. Зрелый вирус состоит из 252 капсомеров, включая 240 гексонов, которые образуют грани, и 12 пентонов. образующих вертикали. Геном представлен линейной двунитчатой ДНК. Каждый вирион имеет не менее 7 антигенных детерминант. Антигенные свойства положены в основу классификации аденовирусов. Нуклеокапсид - единый комплемент-связывающий антиген данного семейства. Именно поэтому аденовирусы выявляют в РСК с помощью группоспецифической сыворотки. Гексоны содержат реактивные детерминанты семейства и типоспецифические антигены, которые действуют при высвобождении гексонов из вириона и отвечают за проявление токсического эффекта. Антигены гексонов содержат также родо- и группоспецифичные детерминанты. Пентоны содержат малые антигены вируса и реактивный растворимый антиген семейства, обнаруживаемый в инфицированных клетках. Очищенные

нити ДНК содержат главный типоспецифический антиген. Пентоны и нити обусловливают гемагглютинирующие свойства вирусов. Поверхностные антигены структурных белков видо- и типоспецифичны. Геном представлен линейной двунитевой молекулой ДНК.
Аденовирусы чрезвычайно устойчивы в окружающей среде. Сохраняются в замороженном состоянии, адаптируются к температуре от 4 до 50 °С. В воде при 4 °С они сохраняют жизнеспособность 2 года: на стекле, одежде выживают в течение 10-45 дней. Резистентны к эфиру и другим растворителям липидов. Погибают от воздействия ультрафиолетового излучения, хлора; при температуре 56 °С погибают через 30 мин.
Для человека патогенны 49 видов аденовирусов, наибольшее значение имеют серовары типов 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 21, причём типы 1, 2, 5, 6 чаще вызывают заболевания у дошкольников; типы 3, 4, 7, 14, 21 - у взрослых.

**Эпидемиология.**

Источник инфекции - больной человек, выделяющий вирус в окружающую :реду на протяжении всей болезни, а также вирусоноситель. Выделение вирусов происходит из верхних дыхательных путей, с фекалиями, слезами. Роль «здоровых» вирусоносителей в передаче инфекции достаточна значима. Максимальные сроки вирусовыделения составляют 40-50 дней. Аденовирусные конъюнктивиты могут быть нозокомиальной инфекцией.
**Механизм передачи** - воздушно-капельный, фекально-оральный.
Пути передачи - воздушно-капельный, пищевой, контактно-бытовой. Возможно внутриутробное инфицирование плода. Восприимчивость высокая. Болеют преимущественно дети и молодые люди. Сезонность не имеет решающего значения, но в холодное время года частота заболеваний аденовирусными инфекциями возрастает, за исключением фарингоконъюнктивальной лихорадки, которая диагностируется летом. Характер эпидемического процесса во многом определяется серологическими типами аденовирусов. Эпидемии, вызванные аденовирусами типов 1, 2, 5, бывают редко, чаще встречаются типы 3, 7. После перенесённой болезни формируется видоспецифический иммунитет.

**Патогенез аденовирусной инфекции**

В патологический процесс вовлекаются различные органы и ткани: дыхательные пути, лимфоидная ткань, кишечник, мочевой пузырь, глаза, головной мозг. Аденовирусы серотипов 3, 4, 8, 19 вызывают конъюнктивит, а серотипы 40, 41 обусловливают развитие гастроэнтерита. Инфекции, вызываемые серотипами 3, 7, 11, 14. 21, протекают остро с быстрой элиминацией возбудителя. Серотипы 1, 2, 5, 6 вызывают легко протекающие заболевания, но могут длительно персистировать в лимфоидной ткани миндалин, аденоидов, мезентериальных лимфатических узлах и т.д. Аденовирусы могут проникать через плаценту, вызывая аномалии развития плода, пневмонии новорождённых. Входные ворота инфекции - верхние отделы дыхательных путей или слизистая оболочка конъюнктив.

Первичная репликация вируса происходит в эпителиальных клетках слизистой оболочки дыхательных путей и кишечника, в конъюнктиве глаз и лимфоидной ткани (миндалины, мезентериальные лимфатические узлы). Аденовирусы, циркулируя в крови, поражают эндотелий сосудов. В поражённых клетках образуются знутриядерные включения овальной или округлой формы, содержащие ДНК. Клетки увеличиваются, подвергаются деструкции, под эпителием накапливается серозная жидкость. Это приводит к экссудативному воспалению слизистых оболочек, образованию фибринозных плёнок и некрозу. Наблюдают лимфоидную инфильтрацию глубоких слоев стенок трахеи и бронхов. В просвете бронхов содержится серозный экссудат с примесью макрофагов и единичных лейкоцитов.
У детей раннего возраста вирусы могут бронхогенным путём достигать альвеол, вызывая пневмонию. Помимо местных изменений аденовирусы оказывают общее токсическое воздействие на организм, выражающееся симптомами интоксикации.

**Клиника.**

Инкубационный период длится от 5 до 14 дней.

Аденовирусная инфекция отличается полиморфизмом клинических симптомов и синдромов. В клинической картине могут преобладать симптомы, свидетельствующие о поражении дыхательных путей, глаз, кишечника, мочевого пузыря. лимфоидной ткани. Возможно развитие менингоэнцефалита. У взрослых аденовирусная инфекция протекает чаще в латентной форме, у лиц молодого возраста - в клинически выраженной. Заболевание развивается постепенно. Температура повышается с первого дня болезни, её продолжительность варьирует от 5-7 дней до 2 нед. Иногда субфебрилитет сохраняется до 4-6 нед, может быть двуволновая лихорадка, редко наблюдают три волны. В большинстве случаев симптомы интоксикации выражены умеренно даже при высокой лихорадке.

В связи с тропностью аденовирусов к лимфоидной ткани с первых дней болезни в процесс вовлекаются носоглоточные миндалины и появляются затруднённое носовое дыхание, одутловатость лица, серозный ринит с обильным отделяемым (особенно в младших возрастных группах). Характерный признак болезни - фарингит с выраженным экссудативным компонентом. Фарингит характеризуется умеренной болью или першением в горле. При осмотре выявляют гиперплазию лимфоидных фолликулов на фоне отёчной и гиперемированной слизистой оболочки задней стенки глотки. Миндалины увеличены, у некоторых больных видны белые нежные налёты, которые легко снять шпателем.

У взрослых в отличие от детей клинические признаки бронхита выявляют редко. Для детей характерен умеренный непродолжительный кашель со скудным слизистым отделяемым. Кроме того, почти у каждого пятого заболевшего ребёнка развивается острый стенозирующии ларинготрахеит, который протекает тяжело, с выраженным экссудативным компонентом. У некоторых детей возникает обструктивный синдром, имеющий отёчную или смешанную формы. Он может сохраняться до 3 нед. При этом кашель влажный, навязчивый; выдох затруднён, одышка смешанного типа. Аускультативно определяется большое количество влажных разнокалиберных и единичных сухих хрипов. У детей раннего возраста возможно развитие облитерирующего бронхита.

Нередко аденовирусная инфекция сопровождается умеренной лимфоаденопатией. Увеличиваются шейные, поднижнечелюстные, медиастинальные и мезентериальные лимфатические узлы. Мезаденит проявляется либо на фоне других проявлений аденовирусной инфекции, либо как основной синдром. Основной клинический признак - острая приступообразная боль преимущественно в нижней части живота (в правой подвздошной, околопупочной областях). Часто появляется тошнота, реже рвота, диарея. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы практически отсутствуют. У части больных имеет место гепатолиенальный синдром, иногда с повышением активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ).

Часто развивается конъюнктивит. Вначале он односторонний, позже поражается второй глаз. Различают катаральный, фолликулярный и плёнчатый конъюнктивит. Последняя форма наиболее типична. Конъюнктива век гиперемирована, зернистая, несколько набухшая; возможно небольшое выделение секрета. Через 1-3 дня на конъюнктиве появляются белые или серовато-белые плёнчатые налёты. Частый симптом - отёк век. Реже наблюдают кератоконъюнктивит, при котором образуется инфильтрат в субэпителиальном слое роговицы, возникает её помутнение, снижается острота зрения. Процесс длится до одного месяца и, как правило, обратим.

У взрослых при аденовирусной инфекции могут быть клинические признаки цистита. Описаны случаи острого энцефалита, вызываемого чаще серотипом 7 аденовирусов. В самостоятельную форму болезни выделена фарингоконъюнктивальная лихорадка, имеющая довольно чёткую клиническую картину, с высокой 4-7-дневной лихорадкой, интоксикацией, ринофарингитом, плёнчатым конъюнктивитом.

**Осложнения аденовирусной инфекции**

Частые осложнения - отит, синусит и пневмония, развивающиеся в результате присоединения вторичной инфекции. Нередко на фоне аденовирусной инфекции происходит обострение

хронического тонзиллита. Описаны случаи осложнения аденовирусного мезаденита кишечной инвагинацией.

**Диагностика аденовирусной инфекции**

Клинически аденовирусную инфекцию диагностируют по наличию конъюнктивита, фарингита, лимфаденопатии на фоне лихорадки.

Картина крови при аденовирусной инфекции неспецифична и не имеет диагностического значения. Серологическая диагностика используется для ретроспективной расшифровки этиологии ОРВИ. Широко применяют РТГА и РСК. Методы экспресс-диагностики представлены реакцией непрямой гемадсорбции, ИФА и РИФ. Они позволяют в течение 3-4 ч обнаружить антигены аденовирусов в эпителиальных клетках носовой полости. Соскоб клеток производится в первые дни инфекционного процесса. Обнаружение вирусных антигенов в ядрах эпителиальных клеток свидетельствует о латентном течении инфекционного процесса, наличие антигенов в цитоплазме позволяет диагностировать острое заболевание. Выделение вируса в культуре ткани используется для научных целей.

**Лечение аденовирусной инфекции**

Режим - постельный на период лихорадки.

В большинстве случаев при неосложнённой форме аденовирусной инфекции этиотропную терапию не назначают.

При тяжёлом течении инфекционного процесса возможно назначение арбидола, препаратов интерферона и его индукторов (циклоферон, амиксин).

*Среди препаратов интерферона лейкоцитарного человеческого используют: интерферон лейкоцитарный человеческий сухой 2 раза в сутки в оба носовых хода по 5 капель (по 0,25 л), офтальмоферон, интерлок по 1 капле 10 раз в сутки в каждый глаз (для лечения конъюнктивита),*

*лейкинферон для инъекций сухой (вводят в/м, ингаляционно) 100 тыс. МЕ.*

Антибиотики показаны при присоединении вторичной бактериальной инфекции.

1. *2) Ответить на вопросы для самоконтроля.*

1. Г р и п п.
2. Опишите этиологию и эпидемиологию гриппа.
3. Что такое антигенный шифт и дрейф?
4. Укажите особенности патогенеза гриппа, расскажите о роли вирусемии и токсемии в развитии генерализованных нарушений микроциркуляции, патогенезе респираторного синдрома.
5. Какова клиника типичного гриппа.
6. На чем основаны критерии тяжести гриппа?
7. Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.
8. Расскажите обособенностях терапии гриппа.
9. Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
10. П а р а г р и п п.
11. Этиология.
12. Каковы источники инфекции. Механизм заражения, пути пути передачи инфекции.
13. Какие органы и ткани поражаются при парагриппе. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.
14. Опишите типичное течение парагриппа у взрослых.
15. Лечение
16. Профилактика

**Аденовирусная инфекция:**

17. Дать определение аденовирусной инфекции.

18. Перечислить эпидемиологические свойства аденовирусов.
19. Укажите источник инфекции, механизм заражения аденовирусной инфекцией?
20. Эпидемиологические особенности аденовирусной инфекции.
21. Клиника заболевания.
22. Осложнения.
23. Терапия.
24. Профилактика.

**Практическая работа:**
**- Работа в поликлинике.**

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**6.** Уровень поражения верхних дыхательных путей при гриппе (1), парагриппе (2):
1) нос
2) гортань
3) трахея
4) бронхи
5) альвеолы

**7.** Аденовирусная инфекция обусловливает:
1) периваскулярные воспалительно-инфильтративные процессы во всех отделах дыхательных путей
2) тромбоз артериол и венул дыхательных путей
3) воспалительно-инфильтративные процессы в прикорневых зонах лёгкого
4) поражение средних бронхов
5) заполнение альвеол экссудатом и отёчной жидкостью

**8.** Аденовирусная инфекция (1) и парагрипп (2) сопровождаются:
1) выраженной интоксикацией
2) умеренной интоксикацией
3) явлениями назофарингита, коньюнктивита
4) ларингитом
5) полиаденопатией заднешейных и нижнечелюстных лимфатических узлов

**9.** Осложнения парагриппа (1) и гриппа (2):
1) энцефалит
2) менингоэнцефалит
2) стеноз гортани
3) вирусная пневмония
4) экссудативный плеврит
5) обострение дремлющих инфекций

**10.** Методы лабораторной диагностики гриппа:
1) выделение возбудителя из мокроты
2) выделение возбудителя из носовой слизи
3) РНГА
4) РСК
5) МИФ для выявления АГ в мазках-отпечатках со слизистой носа

**11.** Для лечения гриппа (1) и парагриппа (2) используют:
1) циклоферон
2) азитромицин
3) озельтамивир
4) доксициклин

5) 4-аминохинолины

**12.** Подозрение на аденовирусную пневмонию основывается:

1) умеренная интоксикация
2) упорный сухой кашель
3) симптомы дыхательной недостаточности
4) скудность физикальных данных
5) боли в грудной клетке при дыхании

**13.** Основной источник инфекции при парагриппе:

1) домашние животные
2) грызуны
3) больные люди
4) насекомые

9. Возбудитель аденовирусной инфекции:

1) грамотрицательная бактерия
2) пневмотропный вирус
3) особый вид риккетсий
4) токсоплазма
5) риккетсии

10. Заражение гриппом происходит:

1) при контакте с больными
2) аэрогенным путем
3) при купании в водоемах
4) при уходе за больными животными
5) пищевым и контакто-бытовым путем

11. Укажите неправильные утверждения: заражение аденовирусной инфекцией происходит при:

1) контакте с больными
2) пользовании кондиционером
3) проведении ИВЛ
4) купании в бассейне

12. Укажите неправильные утверждения: при гриппе наблюдается:

1) пневмония
2) диспепсический синдром
3) токсическое поражение почек и печени
4) гнойный менингоэнцефалит
5) катарально-респираторный синдром

**Эталоны ответов:**

1. 1) 1,3 2) 1,2
2. 4,5
3. 1) 1,2,5 2)2,4
4. 1)3 2) 1,2,4,5
5. 1,2,3,4,5
6. 1) 1 2) 3
7. 1,3,5
8. 3
9. 2
10. 1, 2
11. 2,3
12. 2,3,4

**Решите задачу.**

Больной А., 60 лет, поступил в инфекционную больницу на 9-й дань болезни. Заболевание

началось постепенно: в течение нескольких дней отмечалась слабость, недомогание, сухой кашель, осиплость голоса, снижение аппетита. Последние 2 дня температура утром 37,0-37,5$^0$С. В контакте с инфекционными больными на был. Профилактических прививок не получал.
При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, сыпи нет, пульс 80 уд./мин. Ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм.рт.ст, в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. **Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

*3) Выполните практические задания.*

1. **Составить схему патогенеза ОДН при отёке лёгких при гриппе и стенозе гортани.**

**2. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика аденовирусной инфекции, гриппа, парагриппа»**

| **заболевание** | **Возбудитель** | **Пути и факторы передачи** | **Синдромы, уровень поражения верхних дыхательных путей** | **Возраст больных** | **Диагностика** | **лечение** | **Осложнения** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Аденовирусная инфекция** | | | | | | | |
| **Грипп** | | | | | | | |
| **Парагрипп** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**
1. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник.2-е изд., испр. и доп./ Под ред. В.И. покровского, С.Г. Пака.– М.: Гэотар-Медиа, 2012. – 816 с.
2. Лекции кафедры по инфекционным болезням.

**Дополнительная:**

1. Острые респираторные вирусные инфекции: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ФГБГОУ ВО "Кировский ГМУ Минздрава России"; сост.: А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных. - Киров, 2017. - 90 с.

**Раздел 2. Вирусные инфекции.**

**Тема 2.2: «Корь, краснуха, паротитная инфекция»**

**Цель:** способствовать формированию умений по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению, противоэпидемическим мероприятиям при данных заболеваниях.

**Задачи:**

1) изучить этиологию, эпидемиологию, патогенез, патоморфологические изменения в организме, клинику, особенности лабораторных и инструментальных методов диагностики, профилактику кори, краснухи и паротита.
2) Рассмотреть дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
3) Обучить навыкам осмотра больных интерпретировать полученные данные лабораторных и инструментальных методов диагностики
6. Формулировать диагноз согласно современной классификации.
7. Научить назначать лечение, учитывая возраст больного, период заболевания, тяжесть, наличие сопутствующих заболеваний, течение моно- или микст-инфекции.

**Обучающийся должен знать:**

1. Современные достижения диагностики паротита, кори, краснухи.
2. Этиологию и свойства возбудителя рассматриваемых инфекции.
3. Эпидемиологию (источники инфекции, пути передачи, возрастная восприимчивость и заболеваемость).
4. Патогенез и патоморфологические изменения в поражаемых органах.
5. Клиническую классификацию этих заболеваний.
6. Клинику кори, краснухи и паротита.
7. Особенности поражения слизистых полости рта и ротоглотки при данных инфекциях.
8. Дифференциальный диагноз между данными инфекциями и с другими заболеваниями, сопровождающимися сыпью.
9. Принципы терапии.
10. Специфическую и неспецифическую профилактику указанных заболеваний.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Соблюдать основные правила работы с больным воздушно-капельными инфекциями.
2. Собрать анамнез заболевания с оценкой эпидемиологических данных (учесть сезонность, возникновение лихорадочных состояний, полиморфизм клинических признаков).
3. Осмотреть больного с целью выявления основных клинических признаков указанных заболеваний.
4. Наметить план обследования больного (серологическое исследование, мазок из носа на ИФА, анализ ликвора, ПЦР).
5. Дать оценку результатов лабораторных методов исследования (биохимических, серологических, вирусологических, ПЦР).
6. Обосновать клинический диагноз с указанием формы, периода заболевания, его типа,

тяжести и течения.
7. Назначить лечение с учетом возраста, преморбидного фона больного, а также тяжести болезни.
8. Выписать рецепты на основные лекарственные препараты.
9. Определить объем противоэпидемические мероприятия в очаге (выявить источник инфекции, заполнить экстренное извещение в СЭС, установить карантин, определить круг контактных лиц, провести вирусологическое обследование их).

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с экзантемами, паротитом; коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на паротит, корь, краснуху.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении паротит, корь, краснуху и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики паротита, кори, краснухи.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «корь» и «паротит» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии паротита, кори, краснухи.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при паротите, кори, краснухе.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза при паротите, кори, краснухе.
9. Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты и др.) пациентов с паротитом, корью, краснухой.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Какие эпидемиологические особенности следует выяснять при подозрении на данные инфекции.
2. Укажите клинические признаки коревой, краснушной экзантемы, проведите дифференциальный диагноз.
3. Укажите клинические признаки проведите дифференциальный диагноз.
4. Провести дифференциальный диагноз патологических изменений в полости рта и ротоглотки при данных заболеваниях.
5. . Какие методы лабораторной диагностики данных заболеваний.
6. Укажите основные принципы терапии указанных заболеваний.
7. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очагах паротитной инфекции, кори, краснухи.
8. *Какова профилактика данных инфекции.*

**2. Практическая работа.**

**«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с подозрением на краснуху, корь, паротит»**

**Цель работы:** в результате обследования пациента с подозрением на **краснуху, корь, паротит** выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимую терапию.

При сборе анамнеза необходимо уточнить эпидемическую обстановку, выяснить были ли случаи заболеваний острыми респираторными инфекциями и их проявления. Требуется подробно выяснить, как начиналось данное заболевание, обращая внимание на высоту

лихорадки, ее продолжительность, на максимальные цифры температуры, на степень выраженности симптомов общей интоксикации и, в том числе, рвоту.

При осмотре больного обратить внимание на общее состояние, высоту температуры, наличие сыпи, отёка околоушной железы. Внимательно осмотреть кожные покровы и слизистые, выявляя наличие сыпи, склерита. Если обнаружится сыпь, то требуется определить ее характер, локализацию и фон кожи.

Закончив поверхностный осмотр больного, переходите к осмотру по органам и системам, выявляя их патологические состояния. Исследуйте систему дыхания, обращая внимание на наличие одышки, кашля, симптомов дыхательной недостаточности.

Тщательно проверяйте наличие и характер воспалительных явлений в зеве и полости рта. Оценить характер и частоту стула у больного.

Оцените состояние нервной системы и проверьте менингеальные симптомы. При наличии положительных менингеальных симптомов.

При наблюдении за больным в динамике следует оценить характер температурной кривой, сочетание различных клинических симптомов, определяющих тяжесть заболевания.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

***Выводы:*** *в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.*

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

- выделить симптомы, выделить синдромы
- Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
-Где следует лечить такого больного?
-Наметьте план противоэпидемических мероприятий
- провести дифференциальный диагноз
- назначить обследование
- назначить лечение
- определить объем противоэпидемических мероприятий

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Вы – врач, на вызове у больного 30 лет. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезоточение, температура тела 38.0º-38.3ºС.

Эпид.анамнез: О проведённых прививках не помнит. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.

**Эталон ответа:**

1. Синдром интоксикации, катаральный, энантемы.

2. **Корь, катаральный период.**

*1)* Следует направить больного в инфекционный стационар, т.к. только легкие формы

заболевания лечатся на дому.

2) Дифференцировать следует с ОРЗ (аденовирусной инфекцией), но в пользу кори говорит отсутствие прививок против кори, наличие пятен Филатова на слизистой щек и энантема на мягком небе.

3) Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Карантин на контактных накладывается на 21 день, весь период карантина – контроль за температурой тела, осмотр кожи, слизистых. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Не принимать не болевших корью и не привитых. Мед. отвод от прививок против других инфекций на все время карантина. Не привитым и не болевшим корью ввести коревой гамма-глобулин в первые три дня контакта. Сан.просвет.работа с контактными.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Вы – врач, на вызове у ребенка 14-х лет. Заболел сегодня утром, повысилась температура тела до 37,8ºС, появился небольшой кашель и на всем теле красная пятнисто-папулезная сыпь на бледном фоне кожи, более густо сыпь покрывает ягодицы и наружные поверхности конечностей. В зеве – умеренная гиперемия, пальпируются болезненные затылочные и заднешейные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без изменений.

**Задания:**

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Где следует лечить такого больного?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском дошкольном учреждении.
4. Заполните экстренное извещение в ЦГСЭН.

**4. Задания для групповой работы**

*Провести дифференциальную диагностику сыпи при кори и краснухе.*

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### Вопросы дифференциального диагноза эпидемического паротита.

Диапазон дифференциально-диагностического поиска определяется вариантом течения ЭП.

Прежде всего, дифференциальный диагноз необходимо проводить у больных с односторонним поражением околоушных слюнных желез, у которых необходимо исключить иную этиологию паротита либо установить причину, имитирующую отек околоушной (или другой) слюнной железы. Увеличение околоушных слюнных желез может регистрироваться при вирусных заболеваниях, вызванных вирусами Коксаки А и лимфоцитарного хориоменингита, при бактериальном паротите, вызванном Staphylococcus aureus, сиалолитиазе, синдроме Sjogren, саркоидозе, опухолях. Особую группу составляют заболевания, при которых может выявляться псевдоувеличение околоушных слюнных желез за счет отека подкожной клетчатки или развивающегося лимфаденита: токсическая форма дифтерии, инфекционный мононуклеоз, герпесвирусная инфекция.

### Дифференциальный диагноз эпидемического паротита с абсцессом или флегмоной

**околоушной области**

**Не**обходимость дифференциальной диагностики эпидемического паротита с абсцессом или флегмоной околоушной области обусловливается рядом их сходных признаков: эти процессы сопровождаются температурной реакцией, припухлостью околоушной области, самопроизвольными болями и болями при пальпации.

Эпидемический паротит от абсцесса или флегмоны околоушной области отличается тем, что это — процесс двусторонний, а абсцесс или флегмона обычно бывают односторонними. При эпидемическом паротите отсутствует инфильтрация области околоушной слюнной железы, кожа над ней, хотя и блестящая, но нормальной окраски. Боли в области зубов не отмечается. При абсцессе или флегмоне имеются выраженная инфильтрация, напряжение и гиперемия кожных покровов. Отмечается резкая боль в области зуба, явившегося источником первичной локализации инфекционного процесса, которая усиливается при перкуссии этого зуба. Выделительная функция слюнной железы сохранена. При эпидемическом паротите слюновыделение из пораженной железы резко уменьшено, а иногда полностью отсутствует.

**Дифференциальная диагностика эпидемического** паротита

| **Заболевание** | **Общие симптомы** | **Отличия при эпидемическом паротите** |
|---|---|---|
| Гнойный паротит | Увеличение и болезненность околоушной железы | Возникает внезапно, а не на фоне бактери- альной инфекции. Нет флюктуации в центре воспалённой железы. Не характерны нейтрофильный лейкоцитоз в периферической крови, увеличение СОЭ |
| Слюннокаменная болезнь | Увеличение и болезненность околоушной железы | Повышение температуры тела, нет указаний на рецидивирующее увеличение околоушной железы в прошлом |
| Цитомегаловирусная инфекция | Увеличение околоушных и подчелюстных желёз | Увеличение желёз вначале одностороннее, а не симметричное, как при генерализованной цитомегаловирусной инфекции. Не характерны пневмония, увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия |
| Синдром Шёгрена | Увеличение околоушной железы | Нет «синдрома сухости», нет болей в суста- вах и других признаков ревматических заболеваний, нет изменений в анализе крови (за исключением лейкопении) |
| Острый панкреатит | Боли в животе, увеличение активности ами- лазы в крови и моче | Обычно картина панкреатита развивается на 2-й неделе болезни при убывающих симптомах паротита (субмаксиллита) |
| Серозный менингит при энтеровирусной инфекции | Менингеальный синдром, лимфоцитарный цитоз ликвора | Чаще возникает на 2-й неделе болезни при убывающих явлениях паротита (субмаксиллита). Отсутствуют экзантема и характерный вид больного с энтеровирусной инфекцией |

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Какие эпидемиологические особенности следует выяснять при подозрении на

корь, краснуху, паротит?

2. Какова клиника коревой, краснушной экзантемы, проведите дифференциальный диагноз.
3. Укажите клинические признаки проведите дифференциальный диагноз при поражении слизистых при кори и краснухе.
4. Провести дифференциальный диагноз патологических изменений в полости рта, слюнных железах и ротоглотки при эпидемическом паротите.
5. Какие методы лабораторной диагностики кори, краснухи, эпид.паротита вы знаете?
6. Проведите дифференциальный диагноз эпидемического и бактериального паротита.
7. Укажите основные принципы терапии данных заболеваний.
8. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очагах паротитной инфекции, кори, краснухи.
9. Какова профилактика данных инфекции.

**Практическая работа:**
**- Работа в поликлинике.**

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

8. **Симптомом типичным для катарального периода (1) и периода сыпи (2) при кори, является:**

а. пятнистая сыпь
б. лихорадка
в. назофарингит, коньюнктивит
г. пятна Бельского – Филатого – Коплика

9. **Сроки появления пятен Бельского – Филатого – Коплика:**

а. конец инкубационного периода
б. первый день катарального периода
в. конец катарального периода
г. период пигментации

10. **Наиболее типичными особенностями периода высыпания при кори являются все перечисленные, кроме:**

а. появление сыпи на фоне нормальной температуры
б. нарастание катаральных явлений и температура при появлении сыпи
в. пятнисто - папулезная сыпь с тенденцией к слиянию
г. этапность высыпания и угасания сыпи

11. **К атипичным формам кори относится все перечисленные, кроме:**

а. экстрабуккальная
б. митигированная
в. гангренозная
г. буллезная

12. **Митигированная корь наблюдается:**

а. при проведении вакцинации в декретированные сроки
б. при введении иммуноглобулина по контакту
в. при антибиотикотерапии в инкубационном периоде
г. у больного с микст-инфекцией

13. **Назовите специфические (1) и неспецифические (2) осложнения кори:**

а. пневмония
б. кератит
в. энцефалит
г. отит

**7. Для краснухи характерны все перечисленное, кроме:**

а. пигментация
б. слабая выраженность интоксикации и катаральных симптомов
в. полиадения
г. мелкопятнистая сыпь

**8. Сыпь при краснухе (1) и при кори (2):**

а. мелкопятнистая
б. везикулезная
в. геморрагическая
г. точечная

**9. Вирус краснухи тропен к следующим органам и тканям, кроме:**

а. желудочно-кишечный тракт
б. кожа
в. нервная система
г. лимфоидная ткань

**10. У больного 5 лет Т-38, конъюнктивит, заложенность носа, гиперемия слизистой ротоглотки, увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов. Сыпь появилась в 1-й день болезни, мелкопятнистая розовая на коже разгибателей рук, спине, ягодицах, единичные элементы на лице и груди. Какой диагноз наиболее вероятен:**

а. энтеровирусная экзантема
б. корь
в. краснуха
г. аллергическая сыпь

**11. Для краснухи (1) и паротита (2) наиболее характерны осложнения:**

а. пневмония
б. мастит
в. энцефалит
г. орхит

**12. К атипичным формам краснухи относятся все перечисленные, кроме:**

а. гангренозная
б. стертая
в. экстрабуккальная
г. геморрагическая

**13. Основные симптомы эпидемического паротита:**

а) увеличение околоушных, слюнных желез, боль при жевании, отечность стенонова протока;

б) увеличение затылочных, шейных лимфоузлов, налеты на небных миндалинах;

в) увеличение печени и селезенки;

г) гиперемия в зеве, афты на слизистой оболочки полости рта.

14. **Осложнениями при эпидемическом паротите (1) и кори (2) могут быть:**

а) отит, стоматит, сахарный диабет, бесплодие;

б) пневмония, кератит, энцефалит;

в) вульвовагинит, баланопостит;

г) гломерулонефрит.

**Эталоны ответов:**

5. 1) б,в,г 2) а,б,в,г
6. в
7. а
8. б
9. б
10. **1) б,в 2) а,г**
11. а
12. 1) г 2) а,в
13. а
14. б
15. 1) в 2) б,г
16. **б**
17. **а**
18. **1) а 2)б**

**4. Выполните практические задания.**

**5. Составить индивидуальную схему терапии при эпидемическом паротите.**

**6. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика кори и краснухи»**

| **заболевание** | **Возбудитель** | **Пути и факторы передачи** | **Синдромы, особенности сыпи** | **Возраст больных** | **Диагностика** | **лечение** | **Осложнения** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **корь** | | | | | | | |
| **краснуха** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп..- М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012, 816 с

**Дополнительная:**

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов/Сост. Бондаренко А.Л.. Хлебникова Н.В., Аббасова С.В., Зыкова И.В. -Киров: Кировская ГМА. - 2012 — 102 с.

**Раздел 2. Вирусные инфекции**

**Тема 2.3: «Герпетическая инфекция»**

**Цель:** Способствовать формированию умений и знаний по теме "Герпетическая инфекция". Научить диагностике различным формам герпетической инфекции тактике врача-стоматолога при обследования и ведения больных, принципам терапии.

**Задачи:** Рассмотреть особенности этиологии, патогенеза, клиники, течения и исходов герпетической инфекции (ГИ) изучить методы диагностики и лечения, обучить работе с больным герпетической инфекцией, особенностям поражения слизистой полости рта при ГИ.

**Обучающийся должен знать:**

1. История изучения ГИ.
2. Этиологическую структуру герпесвирусов, их различия, основные свойства герпесвирусов.
3. Особенности эпидемиологии различных форм ГИ (источники, пути передачи, меры профилактики, наиболее восприимчивые группы населения)
4. Современное представление о патогенезе ГИ.
5. Классификация ГИ.
6. Клиника различных форм ГИ в зависимости от этиологии, пути заражения, локализации, течения, возраста больного.
7. Исходы различных форм ГИ.
8. Лабораторные методы диагностики на современном этапе.
9. Принципы лечения ГИ. Современные препараты.
10. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать ГИ.
11. Профилактика ГИ в различных возрастных группах.
12. Особенности клиники и лечения герпетического стоматита, гингивита.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Собрать анамнез жизни и заболевания. Оценить эпидемиологические данные, выявить предрасполагающие факторы развития герпетической инфекции у данного больного.
2. Провести осмотр пациента с целью выявления характерных для каждой формы ГИ черт.
3. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.
4. Назначить план обследования больного с учетом этиологии, формы, локализации и периода процесса при ГИ.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение с учетом формы, локализации, а также сопутствующей патологии.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

8. Обосновать опасность для здоровья ГИ и информировать больного о принципах профилактики ГИ.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с ГИ, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами клинического обследования пациентов с подозрением ГИ, правильного осмотра слизистой ротовой полости.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении ГИ и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики ГИ.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «Герпетическая инфекция» и «Герпетический стоматит» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при ГИ.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза ГИ.
9. Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты) пациентов с ГИ.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1) Перечислите группы герпесвирусов.
2) Опишите их основные свойства.
3) Расскажите об эпидемиология ГИ.
4) Каковы источники инфекции, пути передачи?
5) Выделите группы риска по развитию ГИ.
6) Опишите основные звенья патогенеза различных форм ГИ.
7) Расскажите классификацию ГИ.
8) Какова клиническая характеристика герпетического поражения кожи, слизистых, ротовой полости при простом герпесе, ветряной оспе, опоясывающем герпесе?
9) Объясните причины рецидивирующего течения ГИ.
10) Какова лабораторная диагностика ГИ. Наиболее достоверные методы.
11) Проведите дифференциальную диагностику поражений кожи и слизистых при везикулёзных сыпях различной этиологии.
12) Опишите принципы лечения ГИ.
13) Особенности лечения герпетического стоматита.
14) Какие противовирусные препараты используются в терапии.
15) Принципы применения иммуномодуляторов с лечении ГИ.
16) Опишите профилактику простого и опоясывающего герпеса при проведении стоматологических вмешательств.

**2. Практическая работа. «КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с герпетической инфекцией»**

**Цель работы:** в результате обследования пациента с подозрением на ГИ выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, сопровождающимися поражением кожи и слизистых назначить необходимую

терапию.

1. Провести обследование больного с ГИ, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными ГИ, наличие провоцирующих факторов.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, головную боль. Описать кожные изменения, особенности поражения слизистой полости рта.

Проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки. Провести осмотр ротоглотки, регионарных лимфатических узлов.

4. При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования.
5. Провести дифференциальный диагноз, назначить лечение.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

***Выводы:*** *в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.*

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного.

**2) Пример задачи с разбором по алгоритму.**

Больная В., 18 лет. Заболела 3 дня назад, впервые, когда появились субъективные ощущения в виде жжения, зуда, покалывания в углу рта и на верхней губе. Заболевание связывает с сильным переохлаждением.

Одновременно почувствовала недомогание, появились головные, мышечные и суставные боли. На следующий день на фоне гиперемии появились сгруппированные пузырьки (до 5 элементов) возле угла рта, на губе. Одновременно повысилась температура до 38,5 °С.

На 3-й день болезни аналогичные пузырьковые высыпания, сопровождающиеся зудом и жжением кожи, появились на ягодицах.

При осмотре температура тела 38°С. Больная вялая, апатичная. На фоне гиперемии на левой ягодице везикулы в количестве до пятнадцати элементов.

Пальпируются подчелюстные, заушные, паховые лимфоузлы в диаметре до 0,8 см, плотные, болезненные.

**Эталон решения ситуационной клинической задачи**

**1. Клинический диагноз и его обоснование:**

**Предварительный диагноз: Герпетическая инфекция I-II типа, распространенная форма, средней тяжести, первичный эпизод.**

Диагноз выставлен на основании острого начала заболевания синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С, слабость); продрома (жжение, зуд, покалывание кожи угла рта и слизистой губы, мышечные и суставные боли, недомогание); характерных кожных изменений в разгаре заболевания (локальная гиперемия кожи; сгруппированные везикулы на лице; в последующем – на ягодицах), изменения регионарных лимфатических узлов.

1. Госпитализирована по клиническим показаниям (распространенная форма).
2. Для подтверждения диагноза необходимо назначить: ИФА с герпетическими диагностикумами I и II типов ВПГ (диагностичным является четырехкратное нарастание титра антител к ВПГ в парных сыворотках, обнаружение IgM); ПЦР для выявления ДНК герпес-вирусов; экспресс-диагностика ВПГ- инфекции (метод электронной микроскопии содержимого везикул);
3. Необходимо провести диф. диагноз с ГИ, вызванной другими герпес-вирусами, ветряной оспой, аллергическим дерматитом.

4. Лечение:

2. Валацикловир 500 мг-2 р в сутки, курс 10 дней или фамвир;
3. клафоран 2 г/сут (для профилактики присоединения бактериальной инфекции)
4. Дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)
4) местно 5 %-й крем ацикловира 5–6 раз в сутки; р-ром бриллиантовой зелени.
5) иммунокоррекция (12,5 %-2,0 р-р циклоферона №10 внутримышечно по схеме)

- антигистаминные препараты (кестин 10 мг 1 раза в день 7 дней)

5. Выписка после клинического выздоровления.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

**Ситуационная задача №1**

Больная К., 71 год, поступила в инфекционную больницу с жалобами на температуру в течении 3 дней 37,0-37,5ºС, на высыпания опоясывающего характера справа по ходу межреберных нервов Th7-10, выраженную болезненность и зуд в этой области. Заболела впервые.

Из анамнеза: заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: состояние средней степени тяжести положение активное. Температура тела 37,7ºС. В правой половине туловища имеются везикулярные высыпания по ходу межреберных нервов Th7-10, сопровождающиеся сильной болезненностью и зудом. В ротоглотке – гиперемия задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 раз в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. АД 140/80 мм рт. ст. Ps 76 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

**Вопросы:**

4. Диагноз, обоснование.
5. Существует ли опасность для контактных?
6. Дополнительные методы обследования. Как можно подтвердить диагноз?
7. Назначьте лечение.
8. Требуется ли диспансерное наблюдение?

**Ситуационная задача № 2**

Больной Д., 23 лет, доставлен скорой помощью в инфекционную больницу с жалобами на температуру до 39С, головную боль, снижение аппетита, тошноту, рвоту не связанную с приемом пищи.

На следующий день внезапно появились нарастающая головная боль, субфебрильная температура, повышенная сонливость. Лечилась жаропонижающими и анальгетиками. Вечером присоединилась рвота, не связанная с приемом пищи, снижение аппетита. Появились мелкие пузырьки на гиперемированной, отечной коже туловища, ягодиц и слизистой рта.

Объективно: состояние тяжелой степени тяжести, кожные покровы бледные повышенной влажности. Кожа туловища, ягодиц, слизистой рта гиперемированы, отечна с везикулезными элементами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 92 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул однократный, накануне вечером. Диурез в норме. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный Sp Кернига.

ОАК: Hb 148 г/л, Er 4,7x$10^{12}$/л, Лейк. 11x$10^{9}$/л, лимфоциты – 45%, СОЭ 21 мм/ч.

ОАМ: без патологии.

Ликвор: бесцветный, вытекает частыми каплями, цитоз 100 кл. в мкл., лимфоцитов 80%, белок 1 г/л, сахар 2,4 г/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
1. Эпидемиологические особенности данного возбудителя.
2. Обследование.
3. Лечение больного? современные препараты?
4. Оцените результаты анализов.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**4. Задания для групповой работы**

*Провести дифференциальную диагностику стоматита при герпетической и энетровирусной инфекции*

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### Определение. Исторические сведения

**Ящур** (aphthae epizooticae) — острое контагиозное заболевание крупного рогатого скота, овец, коз, свиней, верблюдов, буйволов, яков. К нему восприимчивы более 100 видов животных, в том числе многие дикие парнокопытные (лоси, олени, косули, сайгаки, кабаны и др.). В редких случаях ящуром могут заражаться и люди (заболевание характеризуется в основном кратковременным повышением температуры тела, образованием пузырьков (афт) в ротовой полости и на руках).

Название болезни, по-видимому, русского происхождения, заимствованное из местного говора. Один из ведущих отечественных специалистов по ящуру профессор А.Л. Скоморохов в своей монографии «Ящур» (1952 г.) сообщает, что в отечественной литературе, начиная с первой половины XIX века, это заболевание описывается под названием «ящерокопытной» или «ящурокопытной» болезни скота. В Толковом словаре В.И. Даля (1882 г.) указывается: «Ящеръ — шероховатое воспаление языка у скота, трещины по языку». И далее: «Ящеръ — шероховатая кожа, кожа, обделанная сыпью». В переводе с английского название болезни

звучит как «поражение конечностей и ротовой полости», с немецкого — как «поражение рта (морды) и копыт». В связи с этим в дореволюционной литературе нередко ящур назывался «рыльно-копытной болезнью».

**Актуальность проблемы:**

Вспышки заболевания ежегодно регистрируются во многих странах мира, особенно часто в азиатских и африканских. С февраля этого года ящур типа О получил широкое распространение в Великобритании, а к настоящему времени его очаги отмечены также во Франции, Ирландии и Нидерландах. Потенциально неблагополучными являются Турция, Иран, Индия, Пакистан. Случаи ящура разных типов периодически отмечаются в Закавказье и Центральной Азии. Ящур может наносить большой экономический ущерб. Так, при эпизоотии вируса типа О на Тайване в 1997 г. возникло более 6 тыс. ящурных очагов, пало и было уничтожено свыше 4 млн свиней, общий экономический ущерб составил около 10 млрд долларов США. При возникновении очагов ящура А22 в балканских странах в 1996 г. экономический ущерб превысил 300 млн долларов. Ликвидация очага этого заболевания в Московской области в 1995 г. обошлась в 14,6 млрд руб. в ценах того периода (около 3,2 млн долларов), в Приморском крае в 2000 г. — в 8,7 млн руб. (свыше 300 тыс. долларов).

Новая вспышка заболевания ящуром крупного рогатого скота зафиксирована в Бразилии в 2006г. Очаг опасной инфекции как и в 2005 году обнаружен в штате Мату-Гросу-ду-Сул, который обеспечивает половину бразильского экспорта говядины. Пока ситуация выглядит не столь угрожающе, как в октябре 2005 года, когда властям пришлось уничтожить более 33 тысяч коров. Однако местные власти решили перестраховаться и уничтожить все поголовье, передает (С) Associated Press. Бразилия является крупнейшим в мире производителем говядины. В 2005г. страна поставила на мировой рынок этой продукции на рекордную сумму 3 млрд долл. Однако после того, как в конце 2005г. в ряде районов страны были выявлены случаи заболевания животных ящуром, полный или частичный запрет на импорт бразильской говядины ввели 56 стран, в том числе и Россия.

**Этиология.** Возбудитель болезни – РНК-содержащий вирус, который относится к семейству Picornaviridae. Установлено 7 серологических типов и более 80 вариантов вируса ящура. Типы и варианты вируса различаются иммунологически: каждый из них может вызывать заболевание животного, иммунного к другим типам и вариантам вируса. Вирус ящура устойчив во

внешней среде: на шерстном покрове животных вирус сохраняется до 50 дней, на одежде – до 100 дней, в кормах и почве – до 150 дней. Кипячение инактивирует вирус моментально, из дезинфицирующих средств лучшими являются 2-3%-ный раствор гидроокиси натрия и 1%-ный раствор формальдегида.

**Эпизоотологические данные.** Наиболее восприимчивы к заболеванию ящуром крупный рогатый скот, затем свиньи, овцы, козы. Болеют ящуром все виды парнокопытных животных. Источник возбудителя – больные животные, которые выделяют вирус во внешнюю среду уже в инкубационный период, вирусоносителями переболевшие животные являются свыше 400 дней. Во внешнюю среду вирус выделяется со слюной, молоком, калом, мочой и др.

Особенно богата вирусом слюна.

Из факторов передачи наибольшее значение имеет перенос возбудителя с одеждой людей, средствами транспорта, кормами, строительными материалами и т. д. из очагов заболевания. Заражение животных происходит преимущественно через слизистые оболочки ротовой полости, поврежденную кожу вымени и конечностей и аэрогенно.

Ящур, как правило, проявляется в виде эпизоотий, иногда – панзоотий.

Летальность 0,2-0,5%.

**Патогенез.** Вирус проникает в организм через слизистые оболочки полости рта (реже — пищеварительного и дыхательного тракта) и поврежденную кожу. В месте внедрения возбудителя возникает первичный аффект (очаг поражения) — небольшая везикула, где вирус размножается и накапливается. Следующим этапом является вирусемия (проникновение

вируса в кровь), приводящая к интоксикации. Выраженная дерматотропность вируса обусловливает его фиксацию в эпителии слизистых оболочек (полость рта, носа и уретры) и кожи (кисти и стопы), где отмечаются вторичные везикулы. С их появлением вирус в крови не обнаруживается.

**Течение и симптомы болезни у животных.** Инкубационный период 2-7 дней, а иногда до 14-21 дня. У крупного рогатого скота температура тела повышается до 40,5-41,5 °С. Животные угнетены, удой резко снижается. На 2-3 день болезни в ротовой полости, на языке и крыльях носа, а иногда на носовом зеркальце появляются афты, которые через 1-3 дня разрываются. Афты образуются также на коже межкопытной щели и венчика, а также на вымени. На месте лопнувших афт образуются эрозии. У новорожденных телят афты, как правило, не образуются, заболевание протекает в виде гастроэнтеритов и обычно заканчивается летальным исходом. Аналогичные симптомы при ящуре отмечают у овец и коз, однако течение болезни у этого вида животных более доброкачественное. У свиней при ящуре поражаются конечности и пятачок, а у подсосных свиноматок – вымя. Поражение конечностей сопровождается хромотой и нередко спаданием копытец. Падеж поросят-сосунов достигает 60-80%.

**Течение и симптомы болезни у человека:**

Длительность инкубационного периода варьирует от 2 до 12 дней, обычно составляя 3—4 дня. Начало заболевания острое, с высокой температурой до 39—40°С, с ознобом, головными и мышечными болями. К концу первых суток возникают симптомы поражения слизистых оболочек: жжение в полости рта, обильное слюнотечение, покраснение конъюнктив, могут встречаться рези при мочеиспускании и легкая диарея. Объективно наблюдаются отечность и покраснение слизистых оболочек щёк,мягкого неба, языка, дужек и губ, на фоне которых несколько позже просматриваются мелкие пузырьки, первично заполненные прозрачным, а затем мутным содержимым. Через 1—2 суток пузырьки вскрываются, а на их месте остаются эрозии, обладающие тенденцией к слиянию и образованию обширных очагов изъязвления. При прощупывании регионарных лимфоузлов отмечаются их увеличение и болезненность. Больные не в состоянии разговаривать и глотать, что переносится ими тяжело, возникает обильное слюнотечение (до 2—4 л в сутки). Поражения слизистых оболочек носа, уретры, влагалища и конъюнктив характеризуются соответствующей симптоматикой. Характерным признаком на этом фоне являются везикулёзные высыпания в межпальцевых складках рук и ног и около ногтевых лож. При неосложненном течении заращение эрозий наступает к 5-му дню заболевания, общая продолжительность болезни составляет 5—7 дней. В ряде случаев могут встречаться затяжные формы инфекции (до нескольких месяцев) с повторными волнами высыпаний. У детей ящур характеризуется обычно тяжелым течением с явлениями гастроэнтерита. Прогноз обычно благоприятный, но при тяжёлом течении у детей — серьёзный.

**Дифференциальная диагностика.** При типичном течении диагноз не представляет трудностей. При менее четкой симптоматике следует ориентироваться на данные эпидемического анамнеза (изучение возможных путей заражения) и сведения об эпизоотии ящура.

Лабораторные данные: показатели общего анализа крови малоспецифичны — пониженный уровень лейкоцитов и эозинофилия. Вирус выделяют из крови, слюны, афтозных элементов и фекалий. Идентификация вируса осуществляется при помощи РСК и РНГА в парных сыворотках с интервалом в 6—8 дней. В целях диагностики используют биологическую пробу с втиранием содержимого афт в подушечки лапок морских свинок. При наличии вируса ящура у животных возникают типичные для инфекции высыпания. Ящур дифференцируют от афтозного, токсического и кандидозного стоматитов, герпетической инфекции, ветряной оспы, энтеровирусных заболеваний, пемфигуса.

**Лечение.** Больные ящуром подлежат госпитализации на срок не менее 14 дней. Назначается диета, в механическом и химическом отношении максимально щадящая пораженные

слизистые (полужидкая легкоусваиваемая пища 5—6 раз в день небольшими порциями, перед приемом которой больному дают 0,1 г анестезина), обильное питье. Иногда прибегают к кормлению через зонд. Первостепенное значение имеет уход за полостью рта. С первых дней начинают противовирусную терапию. Для этого применяют 0,25—0,5 %-ную оксолиновую, 0,25—0,5 %-ную флореналевую, 0,25—0,5 %-ную теброфеновую, 4 %-ную гелиомициновую, 0,25 %-ную риодоксолевую, 50 %-ноюинтерфероновую и другие мази. Используют растворы лейкоцитарного интерферона и 0,1—1 %-ный раствор РНК-азы. Нанесение препаратов на пораженные участки слизистых и кожи осуществляют 3—5 раз в день. Для ускорения процессов заживления можно применять ультрафиолетовое облучение и свет гелиево-неонового лазера, а также аэрозольные препараты «Ливиан», «Левовинизоль», пантенол, «Винизоль» и др. В тяжёлых случаях необходимы дезинтоксикационная терапия, сердечно-сосудистые, болеутоляющие, антигистаминные препараты и витамины.
Профилактика ящура заключается в соблюдении мер личной предосторожности в очаге и санитарно-ветеринарных мероприятиях. В эндемичных районах обязательны пастеризация и кипячение молока, приготовление масла из обработанных сливок, а также тщательное соблюдение мер безопасности при уходе за больными животными. Важная роль принадлежит регулярной санитарно-просветительной работе среди населения.

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

**Герпетическая инфекция**

1. Опишите этиологию и эпидемиологию ГИ.
2. Каковы источники инфекции, пути передачи?
3. Группы риска по развитию ГИ.
4. Расскажите классификацию ГИ.
5. Клиника первичного ирецидивирующего герпетического поражения кожи, слизистых, глаз, половых органов.
6. Причины рецидивирующего течения ГИ.
7. Лабораторная диагностика ГИ.
8. Проведите дифференциальную диагностику поражений кожи и слизистых при везикулёзных сыпях различной этиологии.
9. Опишите принципы лечения ГИ.
10. Какие противовирусные препараты используются в терапии. Особенности применения иммуномодуляторов с лечении ГИ.
11. Профилактика простого и опоясывающего герпеса.

**Ящур**

1. Этиология ящура. Морфологические и антигенные особенности вируса ящура.
2. Чем определяется патогенность возбудителя?
3. Эпидемический процесс при ящуре. Источник инфекции, механизмы, пути и факторы передачи инфекции.
4. Клиническая картина, патоморфологические изменения, выявление болезни у животных.
5. Какова контагиозность вируса, устойчивость его во внешней среде и способы заражения человека?
6. Степень восприимчивости человека к ящуру. Возможна ли передача инфекции от человека к человеку?
7. Каковы мероприятия в эпизоотическом очаге, меры по предотвращению распространения инфекции среди животных и заражения людей.
8. Патогенез ящура.
9. Какова суть патоморфологических изменений, возникающих у человека при ящуре?
10. Каковы клинические проявления болезни у человека? Особенности у детей.
11. Критерии тяжести инфекции.
12. Перечислите возможные осложнения.

13. С какими заболеваниями можно провести дифференциальный диагноз?
14. Назовите и охарактеризуйте методы лабораторной и специфической диагностики ящура.
15. Какой биологический материал необходимо исследовать для подтверждения диагноза ящура.
16. Принципы лечения.
17. Правила выписки.
18. Прогноз после перенесенного заболевания.
19. Диспансеризация людей, перенесших ящур.
**20.** Профилактика ящура: специфическая и неспецифическая.

**Практическая работа:**
**- Работа в поликлинике.**

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Вирусы простого герпеса (1) и ящура (2):
   1. Содержит ДНК
   2. Обладает цитопатическим действием
   1) Способен сохраняться в организме пожизненно
   2) Для своего культивирования требует специальных питательных сред
   3) Выделяется из организма с мочой и испражнениями
   4) Содержит РНК
2. В клинике герпетической инфекции:
   1. Различают врожденную и приобретенную герпетическую инфекцию
   2. Преимущественно поражается кожа и слизистые оболочки
   3. В пожилом возрасте часто наблюдается острый герпетический стоматит
   4. Наиболее тяжело протекает герпетический энцефалит
   5. У ослабленных лиц возможны генерализованные формы болезни
3. Диагностика герпетической инфекции проводится всем, кроме:
   1. Диагноз поражений кожи и слизистых оболочек устанавливается клинически
   2. Для диагностики поражений ЦНС необходимы специфические методы исследования цереброспинальной жидкости
   3. Диагноз может быть подтвержден иммунологическими методами
   4. Для диагностики активной инфекции используют ПЦР
   5. Эффективным методом диагностики является биопроба на белых мышах
4. Препаратами для лечения герпетической инфекции (1) и ящура (2) являются:

1. Виферон
2. Ацикловир
3. Ганцикловир
4. Валацикловир
5. Рибавирин
6. циклоферон

5. Вирус простого герпеса (1) и ящура (2) поражают:
   **3.** Слизистую оболочку гениталий
   **4.** Слизистую дистального отдела толстой кишки
   **5.** Слизистую оболочку ротоглотки
   **6.** Кожу
   **7.** ЦНС
   **8.** межфаланговые промежутки
6. Ящур (1) и ветряная оспа (2) вызываются:

1) энтеровирусом
2) хламидией

3) микоплазмой
4) вирусом группы герпеса
5) пикорнавирусом
7. Ящур:
1) относится к зоонозам;
2) относится к воздушно-капельным инфекциям
3) является болезнью раннего детского возраста
4) не сопровождается формированием прочного иммунитета
5) высоко контагиозен
8. Укажите неправильное утверждение. При ветряной оспе:
1) поражаются ретикуло-эндотелиальные клетки
2) поражаются В-лимфоциты
3) формируется прочный иммунитет
4) возможно длительное персистирование вируса в организме
5) нередко развивается гепатит
9. Вирус ящура поражает преимущественно:
1) макрофаги
2) Т-лимфоциты
3) В-лимфоциты
4) энтероциты
5) клетки эпителия
10. Укажите неправильное утверждение. Характерными критериями диагностики опоясывающего герпеса являются:
1) лихорадка
2) гиперплазия лимфоузлов и поражение миндалин
3) увелечение печени и селезенки
4) лейкопения с выраженным лимфо-моноцитозом
5) везикулёзная сыпь по ходу нервных стоволов

Эталоны

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 1) 1,2,3,4 2) 2,4,5,6 | 2. 1,2,4,5 | 3. 5 | 4. 1) 2,4 2) 1,6 | 5. 1) 1,3,4,5 2) 1,3,4,5,6 | 6. 1) 5 2) 4 | 7. 1,4 | 8. 1,2,5 | 9. 5 | 10. 2,3 |

*4) Решить задачу:*

Больная В., 18 лет. Заболела 3 дня назад, впервые, когда появились субъективные ощущения в виде жжения, зуда, покалывания в углу рта и на верхней губе. Заболевание связывает с сильным переохлаждением.

Одновременно почувствовала недомогание, появились головные, мышечные и суставные боли. На следующий день на фоне гиперемии появились сгруппированные пузырьки (до 5 элементов) возле угла рта, на губе. Одновременно повысилась температура до 38,5 °С.

На 3-й день болезни аналогичные пузырьковые высыпания, сопровождающиеся зудом и жжением кожи, появились на ягодицах.

При осмотре температура тела 38°С. Больная вялая, апатичная. На фоне гиперемии на левой ягодице везикулы в количестве до пятнадцати элементов.

Пальпируются подчелюстные, заушные, паховые лимфоузлы в диаметре до 0,8 см, плотные, болезненные.

1. Диагноз, обоснование.

2. Существует ли опасность для контактных?
3. Дополнительные методы обследования. Как можно подтвердить диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Требуется ли диспансерное наблюдение?

**5) Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика герпесвирусного стоматита и ящура»**

| **Заболевание** | **Возбудитель** | **Пути и факторы передачи** | **Синдромы, особенности поражения полости рта** | **Возраст больных** | **Диагностика** | **лечение** | **Осложнения** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ящур** | | | | | | | |
| **ГИ (стоматит)** | | | | | | | |

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

**Основная:**

1.Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник./Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп.- М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012, 816 с

**Дополнительная:**

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов/Сост. Бондаренко А.Л.. Хлебникова Н.В., Аббасова С.В., Зыкова И.В. -Киров: Кировская ГМА. - 2012 — 102 с.

### Раздел 2. Вирусные инфекции.

### Тема 2.4: "Гепатиты А и Е. Печёночная энцефалопатия"

**Цель:** Способствовать формированию умений и знаний по теме **"Гепатиты А и Е, ОПЭ"**, определить особенности патогенеза и клиники острых вирусных гепатитов. Научить выявлению ранних признаков тяжелого течения гепатитов А и Е, острой печеночной недостаточности. Определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения. Способствовать формированию умений и знаний по теме **"Гепатиты А и Е, ОПЭ"**, определить особенности патогенеза и клиники острых вирусных гепатитов. Научить выявлению ранних признаков тяжелого течения гепатитов А и Е, острой печеночной недостаточности. Определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения.

**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, патогенеза клиники течения и исходов острых гепатитов А, Е, печёночной энцефалопатии, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические мероприятия, обучить студентов работе с больными острыми вирусными гепатитами.

**Обучающийся должен знать:**

**1.** Достижения медицинской науки в изучении гепатитов А и Е.
**2.** Свойства возбудителей.
**3.** Особенности эпидемиологического процесса при гепатитах А и Е в России на современном этапе, за последние 10 лет в Кировской области.
**4.** Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при гепатитах А и Е.
**5.** Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
**6.** Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусного гепатита А или Е.
**7.** Принципы лечения больных вирусными гепатитами.
**8.** Клинико-лабораторные особенности ОПЭ. Принципы терапии.
**9.** Правила выписки и диспансерное наблюдение за больными.
**10.** Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
**11. Профилактику гепатитов А и Е.**

**Обучающийся должен уметь:**

4. Соблюдать основные правила поведения у постели больных с синдромом желтухи, вирусным гепатитом А, правильно размещать больных в стационаре.
5. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез, заострить внимание на парентеральном анамнезе.
6. Провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
7. Отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.
8. Наметить план обследования (серологическое, ПЦР, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
9. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
**10.** Записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных.
11. **Назначить адекватную терапию больному.**

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с вирусными гепатитами, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на гепатиты А и Е.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на гепатиты А и Е и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики вирусных гепатитов А и Е.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «Гепатит А» и «Гепатит Е» на основании современной классификации.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии вирусных гепатитов.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при вирусных гепатитах с фекально-оральным механизмом передачи.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза вирусных гепатитов.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Расскажите о достижениях медицинской науки в изучении вирусных гепатитов А, Е.
2. Опишите особенности эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах А, Е в России на современном этапе, заболеваемость.
3. Объясните основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при вирусных гепатитах А,Е.
6. Какие особенности преджелтушного периода имеют острые вирусные гепатиты А, Е. Опишите клиническую картину заболеваний, современную классификацию?
7. Какие лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусных гепатитов А, Е.
8. Расскажите о принципах лечения больных с острыми гепатитами А и Е.
9. Укажите правила выписки пациентов с острыми гепатитами и диспансерное наблюдение за ними.
10. Каковы исходы острых вирусных гепатитов А и Е.
11. Печёночная энцефалопатия. Расскажите об этиология, патогенезе, клинике, и проведите неотложные мероприятия.
12. Каковы противоэпидемические мероприятия при острых гепатитах А, Е.
13. *Опишите профилактические меры в отношении вирусных гепатитов А, Е.*

**2. Практическая подготовка.**

**1) КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ:**

**Цель работы:** в результате обследования пациента с подозрением на гепатиты А и Е, поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику гепатитов, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки, диспансеризации и профилактические мероприятия.

**Методика проведения работы:**

1) провести опрос и осмотр больного с вирусным гепатитом;
2) при сборе эпиданамнеза обратить внимание на начало заболевания, сезонность, наличие группового характера и связи заболевания с употреблением некипяченой воды, некоторых пищевых продуктов (морепродуктов, замороженных фруктов и овощей), в детских коллективах имеет значение контактно-бытовой путь передачи;
3) при осмотре определить характерные признаки заболевания: желтуху, вялость, адинамию, гепатомегалию, «печёночный» запах изо рта. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить симптомы счёта, ориентацию в пространстве, времени, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки;
4) при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования, УЗИ, фиброэластометрии;
5) назначение базисной терапии, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения конкретному пациенту;
6) определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактических мероприятий в очаге.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

**Выводы:** в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и

обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больная Б., 30 лет, поступила в инфекционное отделение на 7-ой день болезни. Заболевание началось остро, когда после озноба температура тела повысилась до 38,5°С, появилась головная боль, першение в горле. На 2-й день болезни наблюдалась участковым терапевтом. Назначенное лечение улучшения не приносило. На 7-ой день болезни потемнела моча, больная заметила истеричность склер, сохранялась слабость, появилась тяжесть в области печени, тошнота, однократная рвота, температура тела нормализовалась.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что муж 4 недели назад перенес желтушную форму вирусного гепатита А.

При поступлении в стационар - состояние средней степени тяжести. Беспокоит слабость, недомогание, тяжесть в области печени. При осмотре определяется желтушность склер и кожи, язык обложен белым налётом, влажный. Пульс = 68 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения, АД = 110/80 мм Hg. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно безболезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края ребра, чувствительна при пальпации, селезенка (-).

ОАК: НЬ = 120 г/л, эр. = 4,0х$10^{12}$/л, ЦП = 0,9, тр. = 280х$10^{9}$/л, лейк. = 3,6х$10^{9}$/л, п. = 1%, с. = 49%, э. = 2%, лимф. - 41%, СОЭ = 4 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин = 90 мкмоль/л, прямой = 69 мкмоль/л, непрямой = 21 мкмоль/л, АЛТ = 392 ЕД/л, АСТ = 242 ЕД/л, тимоловая проба = 11,2 ЕД S-H, протромбин = 65%. ИФА: анти-HAV IgM (+).

**Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

**Эталон решения ситуационной клинической задачи**

**1. Клинический диагноз и его обоснование:**

***Гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести.***

**Обоснование диагноза:** гепатита А выставлен на основании острого начала заболевания; короткого преджелтушного периода (около 7 дней), протекавшего по смешанному варианту (гриппоподобный+диспепсический), появление желтухи, ахолии, холурии, гепатомегалии, умеренной гипотонии в конце пред- желтушного периода. Этиологический диагноз подтверждается характерным эпид. анамнезом (3 недели назад гепатитом А болел муж), высокой тимоловой пробой, маркёрами анти-HAV IgM. Средняя степень тяжести: уровнем протромбина - 65% и билирубина 90 мкмоль/л за счёт прямой фракции. **Синдромы и симптомы:** холестаза **(**общего билирубина за счёт прямой фракции, желтуха кожи и склер, холурия, ахолия); печёночной диспепсии (тошнота, однократная рвота, тяжесть в эпигастрии), гепатомегалии.

1. Госпитализация показана при тяжёлом течении ГА.
2. Дополнительная диагностика: ОАК, ОАМ, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости; для подтверждения диагноза необходимо провести исследование методом ИФА серологических маркёров гепатитов А, В, С, D; общий билирубин, ферменты, протромбин, ЩФ, ГГТП, амилаза, диастаза, сахар крови; ВИЧ, RW.

. **Лечение: базисная терапия**

1. постельный режим (на первую неделю желтушного периода, до улучшения общего состояния и исчезновения астении и слабости);
2. стол общий или №5 (щадящая молочно-растительная диета, исключение жирной, жареной, солёной пищи);
3. дезинтоксикация:
4. при средней степени тяжести необходимо проводить её преимущественно per os, 1 л жидкости в виде соков, морсов + 500-700 мл в/в;
5. (гемодез 200 мл № 3, раствор глюкозы 5% - 400 мл + рибоксин 2%-10 мл, раствор хлорида натрия 0,89% 200 мл + аскорбиновая кислота 5% -10 мл; контроль диуреза;
6. **антиоксиданты: токоферол, аевит.**

**7.** Выписка обеих больных проводится после купирования желтухи, отсутствия жалоб. Выписка допускается при сохранении гепатомегалии до 1,5 см и повышении уровня АЛТ, АСТ в 1,5-2 раза.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.*

Больной 16 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость плохой аппетит, тошноту, повышение температуры до 38,6°С, головную боль небольшую боль в горле при глотании.

Заболевание началось постепенно 5 дней назад с общей слабости, небольшого повышения температуры, а затем до 38,6 С, в последние три дня заметил потемнение мочи.

Эпиданамнез. Отмечает контакт две недели назад с больным учеником в своем классе, у которого диагностировали острое респираторное заболевание.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36°С. Кожные покровы и склеры обычной окраски, слизистая оболочка мягкого неба субиктерична. Сыпи на коже нет. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. Пульс 52 в минуту удовлетворительных качеств, В легких везикулярное дыхание. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 1 см ниже края реберной дуги по срединно-ключичной линии, слегка болезненная, ровная, плотно-эластичной консистенции. Верхняя граница печени на уровне 5 ребра. Селезенка не пальпируется. Симптом Ортнера отрицательный.

**Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

**5. Назначьте необходимую терапию в данном случае**

**4. Задания для групповой работы**

Больной 18 лет, студент, заболел остро 7 дней назад, когда стала беспокоить сильная головная боль, снизился аппетит, температура повышалась до 38,2. Лечился по поводу гриппа, но самочувствие не улучшалось. За неделю до заболевания приехал от родителей из деревни, где ходил на рыбалку, пил воду из ручья. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При осмотре состояние средней тяжести, Т-38,1 С, кожа бледная, сыпи нет. Пульс 80 ударов в минуту.
Пальпируется край печени и селезенки.

**Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

**6. Укажите правила выписки больного.**

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

***4)*** **Теоретическая часть: (** С.Д.Подымова, 2009 г.)

**Печеночная энцефалопатия (ПЭ) –** это потенциально обратимое нарушение функции мозга, возникающее в результате острой печеночной недостаточности (ОПН), хронических заболеваний печени и (или) портосистемного шунтирования крови. Спектр нарушений мозга при заболеваниях печени включает в себя обратимую метаболическую энцефалопатию, отек мозга, а также хронические и необратимые структурные изменения в мозге.

**Этиология**

**В соответствии с основными этиологическими факторами ПЭ разделяется на две основные формы: ПЭ при ОПН и ПЭ при циррозе и/или портосистемном шунтировании крови. ПЭ, развивающаяся при ОПН, является следствием массивного некроза печеночных клеток, вызванного различными причинами и проявляющегося внезапным тяжелым нарушением функции печени у здорового до того человека.**

**Наряду с энцефалопатией выявляются коагулопатия и другие метаболические расстройства.**

**В англоязычной литературе ОПН получила название фульминантной печеночной недостаточности. Основным признаком ОПН является ее развитие в течение 8–12 нед с момента появления признаков заболевания или желтухи (Шерлок Ш., Дули Д.Ж., 2010 г.).**

**Выделяют сверхострое течение ОПН (0–7 сут после возникновения желтухи), острое (8–28 сут) и подострое (29 сут – 12 нед). Причинами ОПН могут быть вирусы гепатита A, B, C, D, E, G, а также вирусы герпеса, цитомегаловирус, вирус инфекционного мононуклеоза, простого и опоясывающего лишая, Коксаки, кори.**

**Кроме того, септицемия, развивающаяся при абсцессах печени и гнойном холангите, также может вести к ОПН. Причиной ОПН могут быть лекарства, алкоголь, промышленные токсины, микотоксины и афлатоксины, сердечная недостаточность. Возможно развитие ОПН у больных эндогенными токсическими гепатозами (острая жировая печень у беременных, синдром Рея, состояние после отключения тонкой кишки). Самыми частыми причинами ОПН являются молниеносные формы острого вирусного гепатита и лекарственные поражения печени.**

Таблица 1. Стадии ПЭ

| **Стадия** | **Психический статус** | **Двигательные нарушения** |
|---|---|---|
| Субклиническая | При рутинном исследовании изменения не выявляются. Возможны нарушения при выполнении обычной работы,снижение способности к вождению | Нарушение выполнения стандартизированных психомоторных тестов (тест линий и чисел) |
| I | Легкая несобранность, апатия, возбуждение, беспокойство,эйфория, утомляемость, нарушение ритма сна | Легкий тремор, нарушения координации, астериксис |
| II | Сонливость, летаргия, дезориентация, неадекватное поведение | Астериксис, дизартрия, примитивные рефлексы (сосательный, хоботковый), атаксия |
| III | Сопор, выраженная дезориентация, нечеткая речь | Гиперрефлексия: патологические рефлексы (Гордона, Жуковского), миоклонии, гипервентиляция |
| IV | Кома | Децеребрационная ригидность (разгибание рук и ног). Окулоцефалический феномен. На ранней стадии сохраненыответно-болевые раздражители, отсутствие ответа на все раздражители |

Вместе с тем ОПН может быть первым клиническим проявлением болезни Вильсона–Коновалова, аутоиммунного гепатита, суперинфекции HDV на фоне хронического гепатита B.

В развитии энцефалопатии у больных с ОПН преобладает фактор паренхиматозной недостаточности печени с неблагоприятным прогнозом. Исходом этого патогенетического

варианта ПЭ является ***эндогенная печеночная кома*** (истинная кома). Энцефалопатия при ***циррозе печени*** частично обусловлена портосистемным шунтированием. Шунты могут быть спонтанные, как внутри-, так и внепеченочные, или созданные в результате шунтирования при портальной гипертензии. Важную роль играют при этом также печеночно-клеточная недостаточность и различные провоцирующие факторы. К ним относятся следующие: усиленный распад белков, связанный со значительным содержанием их в диете или гастроинтестинальными кровотечениями; неразумное применение седативных средств, алкоголя, диуретических препаратов, которые вызывают гипокалиемию или гипомагнезиемию; хирургические вмешательства и парацентез; сопутствующие инфекции. Коррекция этих предрасполагающих факторов имеет большое значение для лечения.

***5)*** **Клинические особенности**

Энцефалопатия при ОПН очень быстро переходит в кому, если не исключаются этиологические и патогенетические факторы, которые способствуют ее возникновению и развитию. Энцефалопатия, развивающаяся у больных циррозом печени с портосистемным шунтированием, может быть эпизодической со спонтанным разрешением при исключении способствующих факторов или интермиттирующей, длящейся многие месяцы, даже годы.

При ***хронической портокавальной энцефалопатии*** наряду с рецидивирующими психическими расстройствами, выражающимися сумеречными, делириозными, параноидно-галлюцинаторными, сопорозными расстройствами сознания, прогрессирует деградация личности и формируется комплекс нервно-мышечных нарушений по типу гепатоцеребральной дегенерации.

***Хроническая прогрессирующая ПЭ*** может проявляться стойким паркинсоническим тремором с атаксией, ригидностью, аномальными движениями конечностей хореоатетоидного типа. У отдельных больных развиваются эпилептические припадки, спастическая параплегия.

Клинические проявления синдрома ПЭ складываются из неспецифических симптомов расстройства психики, нервно-мышечной симптоматики и электроэнцефалографических изменений.

Наиболее характерным неврологическим признаком при наличии энцефалопатии является "хлопающий тремор"(***астериксис).***

Изолированные расстройства интеллекта наиболее легко выявляются в виде конструктивной апраксии, которая оценивается по почерку, построению пятиконечной звезды или тесту линий.

Менее важными по значению симптомами являются печеночный запах и гипервентиляция. Печеночный запах определяется не всегда, но его наличие указывает на ПЭ. Эти клинические симптомы дополняются изменениями на ЭЭГ в виде медленных, высокоамплитудных трехфазных волн, не являющимися специфическими, а также повышением концентрации аммиака в крови, что придает синдрому специфичность и большое клиническое значение.

В табл. 1 приведены 4 стадии ПЭ в соответствии с критериями, принятыми Международной ассоциацией по изучению болезней печени (Брайтон, Великобритания, 1992), и стандартизацией номенклатуры, диагностическими признаками и прогнозом заболеваний печени и желчных путей (C. Leevy и соавт., 1994).

Кроме того, мы считаем целесообразным дополнить классификацию субклинической стадией, когда психическое состояние пациентов при рутинном обследовании не нарушено. Возможны легкие изменения интеллекта, что проявляется при выполнении обычной работы, снижение способности к вождению автомобиля. Двигательные нарушения выявляются только при выполнении психометрических тестов.

***Тест линий.*** Сущность теста линий состоит в том, чтобы больной провел линию в

ограниченном с двух сторон коридоре, не касаясь внешних границ. С помощью специальной сетки оцениваются количество допущенных ошибок и время выполнения. Полученные параметры сравниваются с нормальными значениями для данной возрастной группы.

***Тест связи чисел.*** При выполнении данного теста задача больного – соединить между собой группу чисел от 1 до 25, как можно быстрее. Время, превышающее 30 с, рассматривается как патология.

Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, биохимических и энцефалографических изменениях.

Для ПЭ нет ни одной патогномоничной особенности, диагностическое значение имеет комбинация симптомов.

Важно решить вопрос о заболевании печени, лежащем в его основе, так как прогноз и лечебная тактика при острых и хронических заболеваниях печени различны.

Нарастающая желтуха выявляется в большинстве случаев острой и хронической печеночной недостаточности; характерно появление печеночного запаха изо рта, геморрагического синдрома (петехиальное кровоизлияние в слизистую оболочку полости рта, желудочно-кишечного тракта).

Быстрое развитие энцефалопатии без предшествующей симптоматики является отличительной чертой острых гепатитов вирусной и лекарственной природы. При острых массивных некрозах паренхимы печени возникает сильная боль в правом подреберье, печень быстро уменьшается в размерах, в то время как при энцефалопатии в терминальной стадии хронических процессов печень может оставаться больших размеров. Диагностическое значение имеет биохимический синдром печеночно-клеточной недостаточности: снижение в сыворотке крови уровня альбуминов, активности холинэстеразы и факторов свертывания – протромбина, проакцелерина, проконвертина. Суммарное содержание этих факторов уменьшается в 3–4 раза. При энцефалопатии на фоне острых поражений печени характерно повышение активности трансаминаз сыворотки крови в десятки раз, в то время как концентрация аммиака в крови повышена незначительно.

На ЭЭГ наиболее часто отмечаются неравномерность a-ритма по частоте, негрубые, но устойчивые q- и d-волны. При развитии ступора на ЭЭГ регистрируются грубые изменения, преобладают q- и d-волны, исчезает a- и b-активность. В терминальной стадии доминируют гиперсинхронные q-волны, ЭЭГ приближается к изолинии.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз ПЭ вызывает значительные трудности, если заболевание печени ранее протекало латентно. В этих случаях необоснованно ***предполагается нарушение мозгового кровообращения***, несмотря на отсутствие у больных симптомов очагового поражения ЦНС. В развернутых стадиях ПЭ могут выявляться рефлексы подошвенного разгибания или усиление глубоких сухожильных рефлексов, но очаговая симптоматика анатомически непостоянна.

Особенно опасно ошибочное применение в этих случаях диуретических и психотропных средств. Большую роль для разграничения этих состояний играют исследование глазного дна, эхотомография.

***Внутричерепные инфекции*** (абсцесс мозга, субдуральная эмпиема, туберкулема) и менингеальные нарушения могут быть идентифицированы с помощью исследования цереброспинальной жидкости.

Основную клиническую симптоматику ПЭ невозможно отличить от других ***метаболических нарушений*** (уремия, гиперкапния, гипокалиемия). Выяснение истории болезни, осмотр и биохимические исследования помогают выявлению заболевания печени, портальной гипертензии или портосистемного шунта и, следовательно, определению

печеночной природы энцефалопатии.

***Токсическая энцефалопатия*** при отсутствии сведений о приеме пищи, лекарств может быть диагностирована на основании выявления токсичных веществ в крови. Наиболее частой причиной диагностических ошибок при разграничении с ПЭ является острая и ***хроническая алкогольная интоксикация*** – синдромы Вернике и Корсакова.

При алкогольной интоксикации почти всегда имеют место симптомы нарушения функции вегетативной нервной системы: чувство мучительного беспокойства, нетерпеливость, озноб, лихорадка, профузное потоотделение; при этом апатия, сонливость могут быть выражены в значительно меньшей степени. Основные трудности возникают в необходимости проведения седативной терапии, которая противопоказана больным с ПЭ.

**Лечение**

При **острой ПЭ** в отделении интенсивной терапии осуществляется мониторинг внутричерепного давления, контроль жизненно важных функций и проводятся дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений жизненно важных органов, обеспечивается парентеральное питание.

1. В диете сокращают количество потребляемого белка до 20–50 г; большинство авторов отдают предпочтение растительным белкам, а не животным. При значительном нарушении сознания и печеночной коме из пищи полностью исключают белок, прекращают пероральный прием пищи. Питание энергетической ценностью 1600 ккал обеспечивается введением через желудочный зонд или внутривенно 5–20% раствора глюкозы. После выхода больного из состояния прекомы и комы количество белка оставляют на уровне, не провоцирующем нейропсихические феномены.
2. Прежде всего для очищения кишечника показаны высокие очистительные клизмы; при этом назначают внутрь или через зонд антибиотики широкого спектра действия для подавления микрофлоры кишечника (рифаксимин 1200 мг/сут, колистин и тобрамицин). Необходимо достигнуть стерилизации кишечника. С этой целью ежедневно 1–2 раза в день ставят высокие очистительные клизмы и вводят средства, подавляющие образование аммиака в кишечнике.

При медикаментозной терапии действие большинства препаратов, направленных на уменьшение ПЭ, основано на аммониегенной теории. К ним относятся антибиотики, подавляющие аммониегенную флору кишечника, дисахариды, снижающие образование и всасывание аммиака (лактулоза, лактиол), препараты, усиливающие метаболизм аммиака.

Лактулоза – синтетический дисахарид, b-1-4-галактозидофруктоза – один из лучших препаратов для лечения ПЭ, абсолютно нетоксичный. Препарат гидролизуется кишечными бактериями в молочную кислоту и дает осмотический послабляющий эффект. Он снижает pH кала с 7,0 до 5,0, тормозит катаболизм аммиака бактериями в толстой кишке, тем самым уменьшает продукцию аммиака и других ароматических кислот с церебротоксическим эффектом.

Сироп лактулозы принимают по 30 мл 3–5 раз в день после еды до легкого послабляющего эффекта (стул 2–3 раза в день). При коме лактулозу вводят через назогастральную трубку или в клизме (по 300 мл сиропа на 700 мл воды) через 2–3 ч, а по выходе из комы – 2–3 раза в день.

Снижению абсорбции аммиака и других азотистых соединений способствуют также клизмы из свежеприготовленого 20% раствора лактозы, которые делают 2 раза в сутки.

5) Дезинтоксикационные растворы включают гемодез, полидез, желатиноль. Объем и частота введения этих препаратов определяются тяжестью состояния больного. Растворы глюкозы лучше комбинировать с препаратами калия и инсулином.
6) При энцефалопатии II–III степени вводят поляризующую смесь (3,7 г калия хлорида и

12 ЕД инсулина на 1 л 5% раствора глюкозы), способствующую коррекции электролитного состава крови. Энергетический состав восстанавливают за счет введения 20% раствора глюкозы с инсулином. Используют полиионные буферные растворы и "Трисоль", "Лактасоль" и др. Хороший эффект могут давать повторные сеансы плазмафереза.

7) Коррекция ацидоза осуществляется 5% раствором гидрокарбоната натрия (150–250 мл). Для борьбы с алкалозом показано введение желатиноля (250–500 мл), аскорбиновой кислоты, панангина, препаратов калия.

Коррекцию гемостаза (снижение синтеза прокоагулянтов) осуществляют введением свежезамороженной плазмы. При развитии геморрагического синдрома используют большие дозы ингибиторов протеолиза (апротинин в дозе 100 000 ЕД в сутки или гордокс 500 000 ЕД внутривенно капельно), ингибиторы фибронолиза (5% раствор аминокапроновой кислоты - 100 мл внутривенно 3–4 раза в сутки); кроме того, назначают ангиопротектор этамзилат (12,5% растовр – 4–6 мл в сутки). При развитии диссеминированного внутрисосудистого свертывания вводят 5000–10 000 ЕД гепарина повторно внутривенно под контролем коагулограммы, применяют свежую одногруппную гепаринизированную кровь.

8) Кортикостероиды рекомендуются лишь для профилактики и лечения отека мозга (60 мг преднизолона парентерально через каждые 6 ч или 7,5–10 мг дексаметазона внутривенно с той же частотой). Для дегидратации используют внутривенное струйное введение фуросемида, маннитола.

9) Для профилактики инфекционных осложнений, частота которых при ОПН достигает 90%, еще до получения результатов бактериологического исследования используется внутривенное введение цефалоспоринов третьего поколения.

10) Для обезвреживания уже всосавшегося в кровь аммиака и других метаболитов применяют глутаминовую кислоту, L-аргинин, орницетил, вводят препараты. К препаратам, усиливающим метаболизм аммиака, относятся а-кетоглюконат орнитина и L-орнитин-аспартат. Кетоглюконат орнитина связывает аммиак, в связи с этим, препарат показан при циррозах с выраженной печеночно-клеточной недостаточностью, хронической портокавальной энцефалопатией (доза 15–25 г/сут внутривенно в изотоническом растворе глюкозы или хлорида натрия или 2-6 г/сут внутримышечно). Доза определяется тяжестью печеночно-клеточной недостаточности.

В последнее десятилетие проведено активное изучение эффективности препарата орнитин-аспартата в плацебо-контролируемых исследованиях. Орнитин-аспартат усиливает метаболизм аммиака как в печени, так и головном мозге. Исследования, проведенные в зарубежных странах, и собственный опыт выявили положительное действие, оказываемое препаратом орнитин-аспартат на гипераммониемию и динамику энцефалопатии у больных.

Схема введения препарата следующая: I этап – 7 внутривенных капельных вливаний по 20 г орнитин-аспартата в сутки, растворенного в 500 мл изотонического раствора при скорости введения 6–10 капель в минуту; II этап – пероральный прием гепа-мерца по 18 г в сутки(по 6 г 3 раза) в течение 14 дней.

При геморрагическом синдроме желудок промывают ледяным изотоническим раствором хлорида натрия, вводят свежезамороженную плазму или свежецитратную кровь по 100–200 мл 2–3 раза в сутки.

Эффективна гипербарическая оксигенация в барокамере под давлением 2–3 атм в течение 1–3 ч.

**Другие методы лечения.** Применение разветвленных аминокислот и обогащенного белка. На основании теории ложных нейротрансмиттеров можно предполагать улучшение мозговых функций на фоне разветвленных аминокислот у больных с энцефалопатией.

В отдельных исследованиях показан положительный эффект аминокислот с разветвленной цепью, применяемых внутрь при симптомах энцефалопатии. Однако анализ контролированных исследований позволяет считать их эффективность спорной.

Антагонисты бензодиазепинов. Наличие повышенного уровня бензодиазепинов (стимуляторов ГАМК-рецепторов) в ткани мозга позволило рекомендовать в качестве терапевтического средства при ПЭ антагонисты бензодиазепиновых рецепторов, такие как флумазенил. В клинических исследованиях показано положительное влияние флумазенила на симптомы ПЭ, но эффект его кратковременный (при внутривенном введении менее 4 ч), неполный и непостоянный.

Трансплантация печени. Больные с ПЭ на фоне ОПН должны направляться на трансплантацию печени. Выживаемость в группе больных, подвергшихся трансплантации, составляет 70% и более в течение года. Трансплантация является эффективной мерой для фульминантной печеночной недостаточности, где консервативная терапия вряд ли окажется эффективной. Ввиду возможных летальных осложнений во время трансплантации необходима ранняя консультация в центре трансплантации как для оценки прогноза, так и для подбора доноров.

Больные с хронической печеночной недостаточностью могут быть кандидатами на трансплантацию печени. Наличие энцефалопатии II–III стадии заставляет врача ускорить свой выбор и войти в контакт с центром трансплантаци

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Расскажите об этиологии и эпидемиологии вирусных гепатитов А, Е.
2. Патогенез развития симптомов и синдромов при гепатитах А,Е.
3. По каким вариантам протекает преджелтушный период при гепатитах А и Е.
4. Опишите клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
5. Методы диагностики вирусных гепатитов А, Е.
6. Принципах лечения больных с гепатитами А и Е.
7. Правила выписки пациентов с гепатитами А и Е, диспансерное наблюдение.
8. Опишите исходы гепатитов А и Е.

*14.* Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге гепатита А и Е.

*15.* Методы профилактики в отношении вирусных гепатитов А и Е.

*16.* Клиническая картина острой печеночной недостаточности. Клиника развития острой печеночной энцефалопатии. Оценка тяжести состояния по шкале Глазго.

*17.* Изменения лабораторных показателей при развитии острой печеночной недостаточности.

***18.*** Алгоритм лечения пациентов с острой печеночной энцефалопатией.

**Практическая работа:**
**- Работа в поликлинике.**

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

**Вопросы тестового контроля для проверки знаний:**

1. HAV (1) и HEV (2) относятся к семейству:
   ***4.*** реовирусы
   ***5.*** гепаднавирусы
   ***6.*** пикорнавирусы
   ***7.*** ортомиксовирусы
   ***8.*** флавивирусы
2. Для вируса гепатита Е не характерно:
   1. менее устойчив во внешней среде, чем HAV
   2. менее вирулентен, чем HAV
   3. менее иммуногенен, чем HAV
   4. содержание РНК
   5. заражающая доза $10^6$-$10^7$
   6. не обладает прямым цитопатическим действием
3. Больной гепатитом А наиболее заразен:
   1. в начале инкубационного периода
   2. в преджелтушном периоде
   3. в периоде разгара
   4. в периоде реконвалесценции
   5. в конце инкубационного периода, весь период и первые 1-2 дня периода разгара
4. Для гепатита Е (1) и А (2) характерно:
1. основной путь передачи — водный
2. основной путь передачи — контактно-бытовой
3. регистрируется чаще в жарких странах
4. чаще болеют лица 15-40 лет (больше мужчины)
5. высокая контагиозность
6. сезонные подъемы заболеваемости в летние месяцы
7. чаще болеют лица до 30 лет
5. Для гепатита А не характерно:
1. преобладают безжелтушные, стертые и субклинические формы болезни
2. цитолиз обусловлен иммунными механизмами, а не прямым цитопатическим действием
3. после инфекции не формируется вирусоносительство и хронизация процесса
4. нет никакой связи с циррозом печени и гепоцеллюлярной карциномой
5. чаще болеют дети, подростки и взрослые до 30 лет
6. Цитолиз при гепатите Е обусловлен:
1. прямое цитопатическое действие
2. иммунные механизмы
3. прямое и иммунные механизмы
4. аутоиммунные механизмы
7. Для гепатита А(1) и Е(2) характерны следующие варианты преджелтушного периода, кроме:
   1. грипподобный
   2. диспепсический
   3. смешанный (гриппоподобный + диспепсический)
   4. артралгический
   5. латентный
8. ОПЭ развивается при некрозе печени:
   *2.* 60-70%
   *3.* 40-60%
   *4.* 20-40%
   *5.* 10-20%
   *6.* не хронизируется

9. Основной путь заражения при гепатите Е (1) и А (2):
1. водный
2. пищевой
3. контакно- бытовой
4. половой
5. воздушно-пылевой
6. трансмиссивный
7. контактный

10. Центральное звено патогенез при гепатите А:
    1) цитолиз
    2) мезенхимальное воспаление
    3) печеночно- клеточная недостаточность с нарушением белково- синтетической функции печени
    4) холестаз
    5) иммунное воспаление
    6) нарушение пигментного обмена

Эталоны ответов:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.<br>1) 3<br>2) 2 | 2. 6 | 3. 5 | 4. 1)<br>1,3,4,6<br>2) 2,5,7 | 5. 2 | 6. 3 | 7.<br>1) 1,2,3<br>2) 3,5 | 8. 1 | 9. 1) 1<br>2) 3 | 10. 1 |

*4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

Решите задачу.

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

Объективно: при осмотре температура 36,6 □ С, 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.

**2.** Составить план диспансерного наблюдения за реконвалесцентом после перенесённого гепатита А.

3. Составить план ведения беременности при подозрении на гепатит Е.

**4. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика гепатита А и Е»**

| заболевание | Возбудитель | Пути и факторы передачи | Синдромы | Возраст больных | Диагностика | лечение | Осложнения |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ГА** | | | | | | | |
| **ГЕ** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Лекции по инфекционным болезням кафедры
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник 2-е издание, испр. и доп./Под ред. В. И. Покровского, С. Г. Пака – М.; ГЭОТАР – Медиа, 2009 г, 816 с.
3. Инфекционные болезни: учебник 2-е издание, испр. и доп.// Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров– М.; ГЭОТАР – Медиа, 2014 г, 724 с.

**Дополнительная литература:**

1. Учебные пособия, выпущенные сотрудниками кафедры «Дифференциальный диагноз хронических гепатитов инфекционного и неинфекционного генеза»/сост. Бондаренко А.Л., Барамзина С.В., Любезнова О.Н., под редакцией Бондаренко А.Л., КГМА, 2011, 74 с.;
2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях : учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ" ; сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2012. - 102 с.

**Раздел 2. Вирусные инфекции.**

**Тема 2.5: "Парентеральные гепатиты В, С, Д. Хронические гепатиты В и С.»**

**Цель:** Способствовать формированию умений и знаний по теме, определить особенности эпидемиологии, патогенеза и клиники острых и хронических парентеральных вирусных гепатитов. Научить выявлению ранних признаков хронизации и тяжелого течения гепатитов. Определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения.

**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, эпидемиологии, патогенеза клиники течения и исходов острых гепатитов В, С, Д, хронических вирусных гепатитов, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические мероприятия, обучить студентов работе с больными острыми вирусными гепатитами. Изучить особенности течения и проведения противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов.

**Обучающийся должен знать:**

1) Достижения медицинской науки в изучении вирусных гепатитов В, С, D.
2) Особенности эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах В, С, D в России на современном этапе, заболеваемость.
3) Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при вирусных гепатитах В, С, D.
4) Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.

5) Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусных гепатитов В, С, D.
6) Принципы лечения больных с острыми гепатитами.
7) Интерферонотерапия: показания, противопоказания.
8) Правила выписки и диспансерное наблюдение.
9) Исходы острых вирусных гепатитов. Вирусные циррозы
10) Правила выписки больных с острыми гепатитами. Диспансеризация.
11) Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
12) Профилактику вирусных гепатитов В, С, D.
13) Достижения медицинской науки в изучении хронических гепатитов
14) Особенности эпидемиологического процесса при хр. гепатитах в России на современном этапе, заболеваемость.
15) Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при хр. гепатитах.
16) Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
17) Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза хрон. гепатита.
18) Принципы лечения больных с хроническим гепатитом В, С, D.
19) Интерферонотерапия: показания, противопоказания, комбинированная терапия.
**20)** Правила выписки и диспансерное наблюдение.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных с острым вирусным гепатитом, правильно размещать больных в стационаре.
2. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез, заострить внимание на парентеральном анамнезе.
3. Провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
4. Отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.
5. Наметить план обследования (серологическое, ПЦР, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
6. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
7. Записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных.
8. **Назначить адекватную терапию больному.**

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с вирусными гепатитами, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на гепатиты В, С, D.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на гепатиты В, С, D и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики вирусных гепатитов В, С, D.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического

диагноза «Гепатит В» и «Гепатит С» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии вирусных гепатитов.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при вирусных гепатитах с парентеральным механизмом передачи.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза вирусных гепатитов и гепатитов неинфекционной этиологии.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Расскажите о достижениях медицинской науки в изучении вирусных гепатитов В, С, Д.
2. Опишите особенности эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах В, С, Д в России на современном этапе, заболеваемость.
3. Объясните основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при вирусных гепатитах В, С, Д.
4. Какие особенности преджелтушного периода имеют острые вирусные гепатиты В, С, Д. Опишите клиническую картину заболеваний, современную классификацию?
5. Какие лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусных гепатитов В, С, Д.
6. Расскажите о принципах лечения больных с острыми гепатитами.
7. Интерферонотерапия: показания, противопоказания, комбинированная терапия. Какие дополнительные методы обследования необходимы для назначения ПВТ.
8. Укажите правила выписки пациентов с острыми гепатитами и диспансерное наблюдение за ними.
9. Каковы исходы острых вирусных гепатитов. Как часто развиваются вирусные циррозы при острых гепатитах В, С, Д.
10. Печёночная энцефалопатия. Расскажите об этиология, патогенезе, клинике, и проведите неотложные мероприятия.
11. Каковы противоэпидемические мероприятия при острых гепатитах В, С, Д.
12. Опишите профилактические меры в отношении вирусных гепатитов В, С, Д.
13. Хронический гепатит В.
14. Каково антигенное строение HBV, какие особенности вируса способствуют хроническому течению гепатита В?
15. Какой процент хронизации?
16. Назовите источник инфекции при ГВ, механизм передачи, искусственные и естественные пути передачи.
17. Перечислите группы риска хронизации ГВ.
18. Расскажите о вирусо-иммуногенетической концепции патогенеза ГВ. Особенности взаимодействия вируса с гепатоцитами и клетками иммунной системы.
19. Опишите механизмы цитолиза гепатоцитов и холестаза, особенности патогенеза хронического ГВ.
20. Перечислите характерные морфологические изменения в печени при ГВ.
21. Каковы клинические проявления хронического ГВ. Клиническая характеристика активной и неактивной фазы процесса?
22. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
23. Укажите варианты течения ХГВ, критерии интегративной и репликативной фаз
24. Назовите осложнения и исходы ХГВ.
25. Дайте клиническую характеристику острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ I-IY степени).
26. Каков прогноз при хроническом ГВ?
27. Принципы терапии хронического ГВ, показания к интерферонотерапии, препараты,

дозы длительность.

28. Хронический гепатит С.
29. Дайте определение хронического ГС.
30. Каковы современные представления об антигенном строении возбудителя?
31. Перечислите источники инфекции при ГС, группы риска.
32. Укажите особенности действия вируса, значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита.
33. Каково участие возбудителя гепатита С в формировании ряда аутоиммунных внепечёночных поражений, первичного рака печени?
34. Опишите особенности клиники хронических форм ГС. Клиническая характеристика активной и неактивной фазы процесса?
35. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
36. Назовите осложнения и исходы ХГС.
37. Каков прогноз при хроническом ГС?
38. Принципы терапии хронического ГС, показания к интерферонотерапии, препараты, дозы длительность.

**2. Практическая подготовка.**

**1) КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ:**

**Цель работы:** в результате обследования пациента с подозрением на парентеральный вирусный гепатит поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику гепатитов, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки, диспансеризации и профилактические мероприятия.

**Методика проведения работы:**

7. провести опрос и осмотр больного вирусным гепатитом;
8. при сборе эпиданамнеза обратить внимание на начало заболевания, наличие парентеральных медицинских и немедицинских вмешательств в анамнезе, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов или слизистых оболочек (инъекции, операции, стоматологические, эндоскопические, гинекологические обследования, косметические процедуры, пирсинг, татуаж и т.д.), гемотрансфузионный анамнез, наличие бытового контакта с больными вирусным гепатитом В, незащищенные половые связи в анамнезе, употребление наркотиков. Группами риска являются пациенты отделений гемодиализа, ожоговых центров, гематологических, туберкулезных стационаров, центров сердечно-сосудистой хирургии, медицинские работники, имеющие контакт с кровью;
9. при осмотре определить характерные признаки заболевания (симптомы астено-вегетативного синдрома, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности, желтухи, гепатомегалии), подробно описать результаты пальпации, перкуссии печени и селезенки;
10. при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, электролиты крови, КЩС), результаты серологических методов исследования;
11. назначение базисной терапии, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения конкретному пациенту;
12. определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактических мероприятий в очаге.
13. **Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

***Выводы:*** *в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения*

*пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.*

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного.

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Две студентки мед. училища проходили практику в инфекционной больнице. Студентка Сидорова Е. в основном работала в процедурном кабинете, а студентка Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом).

Через две недели после прохождения учебной производственной практики Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня потемнела моча (цвет пива).

Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА:**

1. У Ивановой Р. ***Предварительный Дз: Гепатит А, желтушная форма, степень тяжести?***

У Сидоровой Е. ***Предварительный Дз: Острый гепатит В(С)?, желтушная форма, степень тяжести?***

2. Ивановой Р. при условии отдельного проживания и лёгкого течения ГА госпитализация не показана.
Сидоровой Е. Госпитализация показана, т. к. возможно тяжёлое течение ГВ.

3. ОАК, ОАМ, билирубин, ферменты АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, протромбин, ЭКГ.

4. Для подтверждения диагноза необходимо провести серологическое обследование методом ИФА на маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Д, G., +ПРЦ.

5. Дифференциальная диагностика проводится с вирусными гепатитами А, В, С, Д, G.

**6. Лечение:** Ивановой Р.

Базисная терапия: **Постельный режим** (на весь желтушный период)

**Стол №5,**

**дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)**

**Этиотропная терапия**: в данном случае не показана

**Дезинтоксикация** (раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл + рибоксин 2% -10 мл., реамберин).

**Антиоксиданты:** токоферол, аевит.

**Лечение:** Сидоровой Е

Базисная терапия: **Постельный режим** (на весь желтушный период)

**Стол №5,**

**дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)**

**Этиотропная терапия:** решение о назначении ПВТ после 30 дня болезни и сохранении маркёров репликации.

**Дезинтоксикация** (раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл + рибоксин 2% -10 мл., реамберин 400,0 в.в.+ ремаксол 400-800 в.в. №5).

**Антиоксиданты:** токоферол, аевит.

1. Выписка обеих больных проводится после купирования желтухи, отсутствия жалоб. Выписка допускается при сохранении гепатомегалии до 1,5 см и повышении уровня АЛТ, АСТ в 1,5-2 раза.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Пациент Ф., 20 лет, военнослужащий. Заболевание связано с внутривенным употреблением героина, 2 года назад перенес желтушную форму острого гепатита С, жалоб не предъявляет. При поступлении: состояние удовлетворительное, иктеричность склер. Со стороны легких и сердца - без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край плотный, гладкий.

**В ОАК:** Эр-5,0□$10^{12}$л, НВ-163 г/л, ЦП-1,1, лейк-6,4□$10^{9}$л, сегм-66%, пал-5%, лимф-19%, мон-9%, эоз-1%, СОЭ-2 мм/ч. Биохимический анализ крови: общ. билир. - 35,1 мкмоль/л, прям. - 15,1 мкмоль/л, непрям. - 20,0 мкмоль/л, АЛТ-242 Ед (N - до 40 Ед), АСТ- 90 Ед, протромбин - 70%, ЩФ-229 мкмоль/л, диастаза крови-20,3 ммоль/л, общ.белок-71,5 г/л, альб-49%, глоб.-51%, □1-8,9%, □2-9,2%, -13%, -26%, индекс А/Г-0,96.

**Маркеры вирусных гепатитов:** HBsAg - не обнаружен, выявлены - сумм. анти-HCV и сумм. анти-HBcor, в PCR определена HCV RNA, генотип 3, HBV DNA - не обнаружена. При биопсии печени выявлена гидропическая дистрофия гепатоцитов, портальные тракты расширены, фиброзированы, с умеренной лимфоидной инфильтрацией. Синусоиды с явлениями капилляризации, ИГА-7 баллов.

**ЗАДАНИЯ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте адекватное лечение.
6. Укажите правила выписки больного

**4. Задания для групповой работы**

**Ситуационная задача №1**

Две работницы из числа обслуживающего персонала ГИКБ I №1 Евсеева В. и Астафьева Н. заболели вирусным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

**Задания:**

**1.** Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли, вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?

**2.** Что могло способствовать заражению работниц?

**3.** Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?

4. Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?

6. Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

7. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

8. Определите показания к госпитализации.

9. Назначьте дополнительные методы обследования.

10. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
11. Назначьте необходимую терапию в данном случае
12. Укажите правила выписки больных.

**Ситуационная задача №2**

**Больной К., 48 лет,** поступил в стационар в связи с обнаружением при проф. обследовании гепатомегалии и цитолиза. При детальном расспросе выяснено, что в течение 3-х лет по утрам беспокоят слабость, повышенная утомляемость, периодически (после жирного, жареного, алкоголя) – снижение аппетита, тошнота, горечь во рту, тяжесть в области печени. Ухудшение самочувствия– до 2 раз в год. Нигде не обследовался, не лечился. 1 год назад диагностирован тиреоидит Хашимото.

**Из анамнеза:** 3 года ведет беспорядочную половую жизнь.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и склеры бледноватые, сухие. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. ЧДД = 14 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. Пульс = ЧСС = 75 уд./мин. АД = 120/80 мм Hg. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень +2 см из-под ребра по правой СКЛ, край уплотнен, чувствителен. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого – отр. с обеих сторон, отеков нет. Моча светлая, диурез – без особенностей. Стул в норме.

**ОАК:** Hb = 140 г/л, эр. = 3,9 х $10^{12}$/л, ЦП = 0,9, тро. = 200 х $10^{9}$/л, лей. = 5,0 х $10^{9}$/л, пал. = 1%, сег. = 70%, эоз. = 1%, лим. = 20%, мон. = 8%, СОЭ = 5 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общ. билирубин = 25 мкмоль/л (прямой = 20 мкмоль/л, непрямой = 5 мкмоль/л), АлАТ = 70 ЕД/л, АсАТ = 60 ЕД/л, тимоловая проба = 4 ЕД S-H, сулемовая проба = 1,9 мл, ПИ = 80%, общ. белок = 75 г/л, альбумины = 55%, глобулины = 45%, ЩФ = 300 ЕД/л, ГГТП = 71 ЕД/л.

ИФА: **анти-HAV IgM (-), анти-HAV IgG (+), HBsAg (+), анти-HBs (-), HBeAg (-), анти-HBe (+), анти-HBcor IgM (-), анти-HBcor (+), анти-HCV IgM (-), анти-HCV IgG (-), анти-HDV IgM (-), анти-HDV IgG (-), анти-HEV IgM (-), анти-HEV IgG (-).**

УЗИ: гепатомегалия, умеренные диффузные изменения печени, признаки хронического холецистита.

Пункционная биопсия печени: фиброз, расширение портальных трактов.

**ЗАДАНИЯ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования, интерпретируйте имеющиеся.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте адекватное лечение.
6. Укажите правила выписки больного

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

**1. Теоретическая часть:**

## ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

**Х**ронический вирусный гепатит - это диффузное воспалительно-дистрофическое поражение печени гепатотропными вирусами с лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов, которое сопровождается выявлением серологических маркеров вирусных гепатитов и повышением активности трансаминаз (АЛТ, АСТ) в течение 6 и более месяцев.

### Классификация хронических вирусных гепатитов

*(1994г., Лос-Анджелес, США)*

**I. По этиологии:**

— хронический гепатит В
— хронический гепатит D (В+D)
— хронический гепатит С,
— хронический вирусный микст-гепатит (В+D+С; В+С и др.)
— хронический вирусный гепатит неуточнённой этиологии

**II. По патогенезу выделяют фазу:**

***при гепатите В*** - репликации
- интеграции

***при гепатите D,C*** - высокорепликативная
- низкорепликативная

**III. По степени активности процесса:**

*Степень активности* оценивается на основании клинико-лабораторных и морфологических данных.

Для оценки активности инфекционного процесса при биопсии печени определяют **индекс гистологической активности (ИГА) – «индекс Knodell».**

***При минимальной активности процесса*** уровень аланиновой трансаминазы (АЛТ) в крови увеличен не боле чем в 2 раза (ИГА=1-3 балла),

***слабовыраженной*** – АЛТ повышена в 2-5 раз (ИГА=4-8 баллов),

***умеренной*** – АЛТ превышает норму в 5-10 раз (ИГА=9-12 баллов),

***выраженной*** – АЛТ увеличена более чем в 10 раз (ИГА=13-18 баллов).

Возможна *ремиссия процесса* в результате лечения или спонтанная.

**IV. По стадии (по данным биопсии и эластометрии):**

$F_0$ — фиброз отсутствует, 5 кПа (эластометрия печени)
$F_1$ — слабый фиброз, 6,8 кПа
$F_2$ — умеренный фиброз, 8,5 кПа
$F_3$ — тяжелый фиброз, 10 кПа
$F_4$ — цирроз печени. Класс А 18 кПа Класс В 24 кПа

*Стадию хронического гепатита* характеризует выраженность фиброза печени вплоть до формирования цирроза. Согласно рекомендациям R. Knodell, J. Desmet, морфологическое исследование позволяет выявить

***слабый фиброз*** (ИГА=1 балл, фиброз и расширение портальных трактов),

***умеренный*** **(**ИГА=2 балла, порто - портальные септы),

***тяжелый*** (ИГА=3 балла, порто - центральные септы),

***цирроз*** (ИГА=4 балла).

**V. Исходы:**

1. Цирроз печени.
2. Первичный рак печени
3. Летальный исход.

Хронический гепатит В развивается в 10% случаев в основном при атипичных, стертых и безжелтушных формах.

**Причины хронизации:**

1. Генетически обусловленные и приобретенные нарушения иммунного ответа.

2. Употребление алкоголя и наркотиков.

11) Нарушение диеты и режима в период реконвалесценции.

**12)** Сопутствующие заболевания.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ “В”

В большинстве случаев хронический гепатит В диагностируют через много лет после инфицирования. Первыми жалобами пациентов часто являются слабость в утренние часы и повышенная утомляемость, увеличение печени и селезенки, желтуха, диспепсические жалобы, метеоризм, а также внепеченочные проявления.

HBeAg+ хронический гепатит чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Средний возраст – 15-25 лет. При хроническом гепатите В возможно развитие интегративных и репликативных форм заболевания. Исходом интегративных форм заболевания может быть образование анти-HBs с выздоровлением в 1% случаев или формирование HBeAg-отрицательных больных с высоким уровнем ДНК в сыворотке крови (10%).

Развитие HBeAg-негативного хронического гепатита связано преимущественно с мутацией в Pre -core зоне вируса. Мутантные штаммы вируса избегают иммунный надзор. Диагноз HBeAg-отрицательного гепатита чаще выставляется в возрасте 35-45 лет.

У большинства больных ХГВ жалобы, как правило, отсутствуют. При слабовыраженной и выраженной активности процесса пациентов может беспокоить дискомфорт в области правого подреберья, чувство тяжести, особенно после принятия алкоголя, жирной и жареной пищи, желтуха, слабость. По мере прогрессирования болезни появляются симптомы печеночно-клеточной недостаточности. Кожа приобретает сероватый оттенок, становится сухой, отмечается ломкость ногтей, выпадение волос. Характерен геморрагический синдром: носовые кровотечения, кровоточивость десен, кровоизлияния в кожу в местах инъекций.

Появление асцита, расширение геморроидальных вен, а также вен пищевода, брюшной стенки, гиперспленизм свидетельствуют о формировании у больного хроническим вирусным гепатитом В цирроза печени.

Летальный исход может быть обусловлен развитием гепатоцеллюлярной карциномы и осложнений цирроза печени: печеночная энцефалопатия, различные кровотечения (в том числе, из вен пищевода), асцит-перитонит и др.

Диагноз носительства HBsAg после перенесенного острого гепатита В выставляется при отсутствии клинико-лабораторных данных, подтверждающих активность гепатита и морфологических изменений в печени по данным эластометрии или биопсии.

**Диагностика ХГВ**

ОАК, АЛТ, АСТ, билирубин, белковые фракции. Для диагностики стадии фиброза больным 1 раз в год рекомендуется проводить фиброэластометрию (неинвазивный метод определения фиброза -аппарат Fibroscan) для своевременного назначения этиотропной терапии.

**При ХГВ выделяют 2 фазы:**

1 фаза - репликации. В эту фазу происходит активное образование всех вирусных частиц: ДНК, ДНК-полимераза, HBeAg, HBsAg, HBcorAg. В крови обнаруживаются- анти-HBcor IgM.

2 фаза - интеграции. Вирус встраивается в ДНК гепатоцита, ДНК, HBeAg и HBcorAg не образуются. В крови обнаруживаются HBsAg, анти-HBe и анти-HBcor IgG.

**Лечение хронического гепатита В.**

Главными целями в лечении хронического гепатита В являются:

Подавление репликации вируса, достижение ремиссии, замедление прогрессирования.

**Проведение противовирусной терапии при ХГВ показано:**

12. больным с ХГВ и уровнем **DNA HBV>$10^4$ копий/мл** с наличием или отсутствием HBeAg в сыворотке крови и ↑АЛТ > 2 раз.

**13.** + при биопсии или эластометрии печени найдены признаки умеренного (F2) или

выраженного (F3) фиброза, при наличии внепеченочных проявлений.

**Препараты: Табл. Энтекавир (бараклюд)— 0,5 мг/сут 4-5 лет, телбивудин (себиво) — 600 мг/сут,** пегинтрон 100 мкг/нед или пегасис 180 мкг/нед 12 мес.

Всем больным показана базисная терапия, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия проводится в зависимости от степени тяжести и преобладающего синдрома.

## Г Е П А Т И Т “ С ”

**Этиология.** РНК-содержащий вирус, семейство Flaviviridae. Геном ВГС кодирует образование структурных и неструктурных белков. Согласно классификации Simmonds, выделяют 6 основных генотипов HCV. В России чаще всего обнаруживаются генотипы: 1b, 3a и 1a, 2a. Для генотипа 1b характерен высокий уровень виремии и низкий ответом на интерферонотерапию.

Вне организма человека вирус не стоек, инактивируется формалином в концентрации 1:1000 при температуре 37ºС в течение 9 ч., при пастеризации - через 10 ч. В организме вирус размножается в крови и передается с кровью и ее продуктами.

**Эпидемиология** Вирусный гепатит С занимает доминирующее положение в структуре парентеральных вирусных гепатитов с самой высокой частотой хронизации (до 90%). Источниками инфекции являются больные острым и хроническим гепатитом С (ХГС), а также пациенты с латентным течением процесса.

**Основной путь передачи - парентеральный.** Наибольшему риску заражения подвержены лица, употребляющие внутривенные наркотики, получающие неоднократные трансфузии крови и/или ее компонентов.

Передача ВГС при гетеро- и гомосексуальных контактах, а также перинатальное заражение плода и новорожденного от инфицированной матери составляет 2-5 % и зависит от вирусной нагрузки. Если количество копий вируса $>10^6$ в мкл., то риск передачи инфекции от матери возрастает до 20%. Риск трансмиссии ВГС в быту низкий из-за необходимости длительного контакта с источником инфекции.

**Патогенез** HCV- относится к гепатотропным вирусам. С током крови вирус достигает печени, проникает в гепатоциты, где и происходит его репликация.

В патогенезе поражения печени предполагается 2 механизма: прямое цитопатическое действие HCV и иммунный цитолиз.

HCV называют вирусом, "ускользающим" из-под иммунного надзора.

**Основную роль в хронизации процесса играет уникально-высока степень мутации генома HCV и внепечёночная репликаци вируса в клетках костного мозга, моноцитах, макрофагах.** Гипервариабельность присуща генотипам HCV 1a и, особенно, 1b, что и определяет неблагоприятные течение и исход гепатита при заражении этими штаммами HCV. Интеграции с геномом инфицированных гепатоцитов при ГС, в отличие от ГВ, не происходит, поскольку жизненный цикл HCV не включает промежуточной ДНК, интегративных форм HCV -инфекции нет. При хроническом гепатите С высок риск развития цирроза (25-30%) и гепатокарциномы (15%).

### Острый гепатит С

Длительность инкубационного периода составляет от 6 до 8 недель. Особенностью острой HCV-инфекции является то, что она в 90% случаев протекает в безжелтушной и стертой формах и часто не диагностируется.

Желтушные формы наблюдаются при посттрансфузионном инфицировании и встречаются в 25% случаев. Для этой формы характерно волнообразное повышение аминотрансфераз в 5-10 раз, жалобы выражены умеренно или отсутствуют. Тяжелые и фульминантные формы гепатита являются исключением при остром вирусном гепатите С и встречаются лишь у пациентов с трансплантацией печени на фоне иммуносупрессорной терапии. Причиной развития печеночной недостаточности может быть суперинфекция вирусом гепатита С при циррозе печени другой этиологии.

**Маркерами острого гепатита С являются:**

1. Суммарные анти- HCV, анти-HCV core IgM (ИФА).

2. Вирусная РНК в высоком титре $10^{6-7}$(ПЦР).
3. Появление антител к структуным белкам и $NS_3$ (ИФА).
4. Индекс авидности <50%

Наиболее чувствительными является метод ПЦР. Позволяет обнаружить РНК вируса в сыворотке крови через 1-3 недели после ифицирования.

Через 30-40 дней после заражения (в конце преджелтушного периода) появляются антитела класса IgM к ядерному белку, а через 3 месяца после заражения появляются антитела класса IgG к ядерному белку.

Через 4 месяца определяются IgG к неструктурным белкам. Сложностью для постановки диагноза является продолжительная фаза "иммунологического окна", которая может длиться до 6 месяцев, что связано с малой иммуногенностью вируса.

**Лечение острого гепатита С.**

В лечении также используются базисная и патогенетическая терапия.

В отличие от острого гепатита В при ОГС этиотропная терапия рекомендована всем больным из-за высокого риска хронизации до 80% и риска развития в дальнейшем цирроза печени и гепатокарциномы.

Применяют препараты **рекомбинантные α- интерфероны по 3 млн.МЕ 3 раза в неделю п/к в течение 6 мес, или пегилированные интерфероны**.

## Хронический гепатит С

Главным отличием процессов хронизации при ГВ и ГС является : при ХГВ происходит встраивание ДНК вируса в геном гепатоцита. При ХГС за счет образования большого количества разнородных по антигенному составу эпитопов вируса происходит ускользание из под иммунного пресса и элиминация вируса не достигается. Благодаря этому механизму, а также внепеченочной репликации, персистенция HCV инфекции может длиться многие годы.

Персистенция HCV-вируса дает широкий спектр клинико-морфологическх вариантов - от стойких признаков активного заболевания, до состояния клинического выздоровления от острой инфекции с нормальным уровнем репликации.

Отличительной особенностью ХГС является длительное бессимптомное течение, остающееся нераспознанным. Вместе с тем, гепатит постепенно прогрессирует с дальнейшим бурным развитием цирроза печени и ГКЦ. У большинства больных хронический гепатит С выявляется случайно. Латентный период может составлять 15-20 лет. В течение этого времени больные считают себя здоровыми и за помощью не обращаются.

При объективном исследовании может быть выявлено невыраженное увеличение печени с уплотнением ее консистенции. Спленомегалия чаще всего определяется только при УЗИ. Периодически повышается АлАТ, что характеризует в определенной мере «волнообразность» течения.

**Диагностика хронического гепатита С.**

ОАК, АЛТ, АСТ, билирубин, белковые фракции. Фиброэластометрия (неинвазивный метод определения фиброза -аппарат Fibroscan) для своевременного назначения этиотропной терапии.

Латентная фаза (интегративная) :

1. РНК не определяется.
2. Анти-HCV IgG к ядерному антигену.
3. Суммарные структурные антитела в низких титрах.

Репликативная фаза:

1. РНК определяется в ПЦР.
2. Анти-HCV IgM к ядерному антигену.
3. Титр суммарных антител повышается за счет неструктурных-$NS_{3,4,5}$.

**Лечение хронического гепатита С.**

**Показания для назначения этиотропной терапии при ХГС:**

4. репликация HCV (**HCV RNA>$10^5$ копий/мл** и анти-HCV IgM в крови);
5. **повышение** АлАТ/АСТ 2 раза и более
6. АлАТ/АСТ <2 раз или нормальный уровень+ фиброз печени (F2, F3);
7. **АлАТ/АСТ <2 раз + внепеченочные проявления;**

**Золотой стандарт терапии ХГС**

**С Х Е М Ы  Т Е Р А П И И  Х Г С**

**Пегасис -180 мкг/нед (п/к)+**
рибавирин 800-1200 мг/сут.(1,3 мг/кг) (per os)
или
**Пегинтрон 1,5 мкг/кг/нед** +
рибавирин 800-1200 мг/сут. (1,3 мг/кг)

**При I b генотипе HCV**
**длительность 12 мес.**

**При генотипах 2, 3 - длительность лечения 6 мес.**
**Викейра пак 12 нед, даклатасвир+софосбувир 12 нед.**

**Пегасис -180 мкг/нед (п/к)+**
рибавирин 800 мг/сут.(1,3 мг/кг) (per os)
или
**Пегинтрон 1,5 мкг/кг/нед** +
рибавирин 800 мг/сут. (1,3 мг/кг)
**даклатасвир+софосбувир 12 нед.**

**При 2-3 генотипах HCV**
**длительность 6 мес.**

**Гепатит D**

**ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ D**

Вирусный гепатит D - воспалительно-дистрофический процесс в печени, который вызывается РНК-содержащим вирусом и протекает совместно с гепатитом В по типу ко- или суперинфекции, нередко заканчивается развитием фульминантного или хронического гепатита, а также цирроза печени.

**ЭТИОЛОГИЯ** Структура генома вируса ГD состоит из мелкой РНК и белка, который кодирует синтез специфического HD антигена. Структура вируса гепатита D состоит из: РНК вируса, HDV core Ag, HBs Ag. Различают 3 генотипа: ГD - I, II, III. Генотип I имеет повсеместное распространение, в том числе и в России.

ВГD устойчив к высоким температурам, действию кислот и УФ-излучению. Подвергается инактивации щелочами и протеазами.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ** Источники инфекции - общие с гепатитом В. Основное эпид.значение имеют носители HBs-Ag, больные хроническими формами микст-гепатита ГВ+ГD. Наибольшая частота ГD регистрируется в Средней Азии, Молдове и Казахстане. На европейской территории РФ гиперэндемичными являются районы Тувы и республики Саха.

Ведущее значение имеет парентеральный путь передачи, на 2-ом месте половой и перинатальный. Основную группу риска составляют больные с болезнями крови, получающие повторные гемотрансфузии, наркоманы с внутривенным введением наркотиков, носители HBs антигена. Наиболее восприимчивы к ГD-инфекции лица с острым и хроническим ГВ, носители HBs-Ag, так как в присутствии ГВ вирус гепатита D окружает себя оболочкой из HBs-Ag и начинает активную репликацию.

**ПАТОГЕНЕЗ** Для своей репликации ВГD нуждается в облигатной хелперной функции вируса ГВ, во внешнюю оболочку которого, состоящую из HBs -Ag он встраивается. Вирус-

хелпер необходим ВГД не только для реликации, но и для проникновения в клетки-мишени. Одной из особенностей патогенеза GD является развитие микст-гепатита с пораженим печени двумя гепатотропными вирусами - BGD и ВГВ. Оба вируса проникают в гепатоциты, причем ВГВ играет вспомогательную роль в повреждении. При GD основное значение имеет прямое цитопатическое действие вируса, что определяет более короткий инкубационный период - в среднем 35 дней, а при ГВ цитолиз гепатоцитов преимущественно иммуноопосредован и соответствует иммунопатологическим механизмам.

**При BGD - инфекции может развиться 2 варианта гепатита:**

21) **Ко-инфекция** -одновременное заражение обоими вирусами -BGD / ВГВ.

Активная репликация вируса GD подавляет репродукцию вируса ГВ. Количество HBV-ДНК уменьшается или полностью исчезает из крови, циркуляция HBe-Ag прекращается, снижается или совсем исчезает Hbs-Ag. При этом подавление репликации ВГВ чаще временное, но может быть и стабильным. Одновременно с ВГВ может закончиться и BGD - инфекция, что приводит к выздоровлению.

9. **Суперинфекция BGD / ВГВ**. Внедрение BGD в гепатоциты, ранее инфицированные ВГВ инфекцией, чаще у хронических носителей Hbs-Ag.

При суперинфекции BGD / ВГВ прогрессирующее течение болезни с развитием фульминантного гепатита или цирроза печени обусловлено прежде всего HDV. В отличие от ко-инфекции,имеющей острое течение, суперинфекция BGD/ВГВ, в основном, принимает хроническое течение. При суперинфекции BGD, часто наблюдается усиление процессов некробиоза с развитием массивного некроза печени.

Механизмы хронизации при GD обусловлены HBV-инфекцией и не отличаются от таковых при гепатите В. В случае микст-инфекции создаются благоприятные условия для потенциирующего действия вируса гепатита В, способного интегрировать в геном гепатоцита и вирусы гепатита D, обладающего прямым цитопатическим действием, что обуславливает тяжелое прогредиентное течение вплоть до возникновения массивного некроза печени или быстрого развития цирроза.

Одним из факторов хронизации является дефект в иммунологическом реагировании. Нужно отметить, что BGD, как и ВГС рассматривают как вирус, способный "запускать" аутоиммунный гепатит, у больных GD обнаруживают аутоантитела к базальной мембране гепатоцитов и к гладкой мускулатуре.

## КЛИНИКА

### Ко-инфекция GD/ВГВ.

По клинике GD довольно трудно отдифференцировать от острого ГВ.

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД в среднем составляет от 8 до 10 недель.

ПРЕДЖЕЛТУЩНЫЙ ПЕРИОД непродолжительный, около 5 дней. Симптомы интоксикации более выражены чем при ГВ, преобладает острое начало болезни с лихорадкой до 38-39 С. Наблюдаются явления диспепсии - снижение аппетита, тошнота, рвота. Характерны мигрирующие боли в крупных суставах, а также в правом подреберье.

ЖЕЛТУШНЫЙ ПЕРИОД Характерно нарастание интоксикации, сохраняются артралгии и субфебрилитет. Нарастают явления астении, появляется кожный зуд, боли в правом подреберье сохраняются. Часто выявляется спленомегалия. У всех больных увеличивается печень. Нередко встречается 2-фазное течение с клинико-ферментативным обострением, что объясняется наличием в организме 2 вирусов с различными свойствами. 1 волна отражает проявление ВГВ - инфекции, а 2 обусловлена BGD, т.к. к этому времени в организме имеется достаточное количество HBs-Ag, необходимого для репродукции BGD.

В клинике вторая волна регистрируется на 18-32 день желтушного периода, когда на фоне начинающегося улучшения наблюдается нарастание слабости, появляются головокружения, а также боли в области печени. Объективно - увеличение размеров печени. Лабораторно - вновь повышается тимоловая проба и активность трансфераз, причем нередко АсАТ выше АлАТ. Может наблюдаться снижение сулемовой пробы и количества протромбина.

При благоприятном течении ВГД/ВГВ ко-инфекции продолжительность болезни составляет 1,5-3 мес. и заканчивается выздоровлением.

**Суперинфекция. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 3-4 недели**

ПРЕДЖЕЛТУШНЫЙ ПЕРИОД Характерно острое начало, продолжительность короче, чем при ко-инфекции - не более 3-4 дней. Температура тела выше 38 С, больных беспокоят артралгии, боли в правом подреберье, у некоторых отмечается крапивница. Через 2-3 дня моча темнеет, кал становится ахоличным, наблюдается гепатоспленомегалия и желтушное окрашивание склер и кожи.

ЖЕЛТУШНЫЙ ПЕРИОД. Ухудшается самочувствие, нарастает интоксикация, гипертермия сохраняется еще на протяжении 3-4 дней, артралгии и боли в правом подреберье носят постоянный характер. У значительного количества больных заболевание имеет многоволновой характер с обострениями и нарастанием желтухи. Характерно тяжелое течение с переходом в фульминантный гепатит с угрозой летального исхода. Обострения иногда по тяжести превышают первую волну.

**Исходы.**

При HDV/HBV суперинфекции частота развития хронического гепатита 60-70%. В отличие от ко-инфекции, течение процесса чаще прогредиентное. Очень часто при суперинфекции развивается фульминантный гепатит с явлениями острой печеночной энцефалопатии. Основной особенностью ХГД является его высокая циррозогенность, которая составляет 30%, цирроз развивается на 10-15 лет раньше,чем при ГВ. Угроза малигнизации при хроническом ГD относительно меньшая, чем при ГВ. Это объясняется тяжелым течением болезни с высокой летальностью, значительная часть больных не доживает до злокачественного перерождения гепатоцитов.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагноз гепатита D ставится на основании эпидемиологического анамнеза, клиники и лабораторных данных.

**Ко-инфекция** характеризуется выраженным циголитическим синдромом с высокой активностью трансфераз и повышением билирубина за счет прямой фракции.

**В ы с о к о р е п л и к а т и в н а я  ф а з а:**

***9. на фоне ХГВ (фаза репликации)***

DNA HBV(+), DNA pol (+),

HBsAg (+), сумм anti - HBcore и anti - HBcore IgM (+),HBeAg (+)

RNA HDV(+), anti-HDV IgM

**Н и з к о р е п л и к а т и в н а я  ф а з а:**

***10. на фоне ХГВ (фаза репликации)***

DNA HBV(+), DNA pol (+),

HBsAg (+), сумм anti - HBcore и anti - HBcore IgM (+), HBeAg (+)

RNA HDV(-) или в низких титрах, anti-HDV IgG

В отличие от ко-инфекции, которая протекает остро, суперинфекция часто принимает хроническое течение и сопровождается **персистенцией в крови анти-HDV-lgM в высоких титрах долгое время.**

**Лечение.**

**Гепатит D** плохо поддаётся терапии. Всем больным назначается базисная теапия. Рекомендуется **Пегасис -180 мкг/нед (п/к)** или **Пегинтрон 1,5 мкг/кг/нед** 12 месяцев

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Этиология и особенности эпидемиологии гепатитов B, C, D. Особенности патогенеза вирусных гепатитов B, C, D.
2. Клиника острых вирусных гепатитов.
3. Критерии тяжести острых вирусных гепатитов.

4. Особенности хронизации гепатитов В, С, D.
5. Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов В, С, D.
6. Лечение острых вирусных гепатитов.
7. Базисная, патогенетическая, этиотропная терапия.
8. Правила выписки. Прогноз. Диспансеризация.
9. Специфическая и неспецифическая профилактика парентеральных вирусных гепатитов.
10. Мероприятия, направленные на предупреждение профессиональных заражений. Порядок действий при контакте с контаминированным материалом, уколе зараженной иглой.
11. Хронический гепатит В.
12. Расскажите классификацию хронических вирусных гепатитов.
13. Какие особенности вируса способствуют хроническому течению гепатита В?
14. Какой процент хронизации?
15. Перечислите группы риска хронизации ГВ.
16. Каковы клинические проявления хронического ГВ. Клиническая характеристика фазы репликации и интеграции при ГВ?
17. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
18. Назовите осложнения и исходы ХГВ.
19. Каков прогноз при хроническом ГВ?
20. Принципы терапии хронического ГВ, показания к противовирусной терапии (интерферонотерапии и терпапии нуклеози(т)дными аналогами). Препараты, дозы длительность.
21. Хронический гепатит С.
22. Расскажите об особенностях течения хронического ГС.
23. Дайте характеристику антигенного строения возбудителя?
24. Перечислите источники инфекции при ГС, группы риска.
25. Укажите особенности действия вируса, значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита.
26. Опишите особенности клиники хронических форм ГС. Клиническая характеристика активной и неактивной фазы процесса?
27. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
28. Укажите варианты течения ХГС, критерии высоко- и низкорепликативной фаз.
29. Назовите осложнения и исходы ХГС.
30. Каков прогноз при хроническом ГС?
31. *Принципы терапии хронического ГС, показания к противовирусной терапии, препараты, дозы длительность.*

**Практическая работа:**
**- Работа в поликлинике.**

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

## 9. Вопросы тестового контроля для проверки знаний:

1. Для HCV (1) и HBV (2) характерно:
   1. содержит РНК
   2. содержит ДНК
   3. 55-65 нм в диаметре
   4. Обладает слабой иммуногенностью и стабилен
   5. Имеет 3 структурных и 5 неструктурных белков

6. Обладает слабой иммуногенностью и быстрой изменчивостью
7. Способен встраиваться в геном гепатоцита

2. Для гепатита D не характерно:
1. Цитолиз гепатоцитов обусловлен прямым цитопатическим действием и иммунными механизмами
2. Клиника супер-инфекция тяжелее ко-инфекции
3. HBV угнетает активность HDV
4. Клиника острой HBV/HDV ко-инфекции не отличается принципиально от таковой при остром гепатите В
5. Частота хронизации при гепатите D 20-30%

3. Для гепатита В (1) и С (2) характерны следующие варианты преджелтушного периода:
6. Астеновегетативный
7. Артралгический
8. Смешанный
9. Латентный
10. Гриппоподобный

4. Маркерами острого гепатита С (1) и В (2) являются:
1. HBsAg, HBcAb IgM, HBeAg, HBV DNA, HBV DNA-Pol
2. HBVAb IgM, HAVAg, HAV RNA
3. HCV, HCV RNA, HCVcorAb IgM (сумм.)
4. HEVAb IgM, HEVAg, HEV RNA
5. HBsAg, HBeAg, HBV DNA, HBcorAb IgM

5. Укажите наиболее полный перечень характерных клинических и/или лабораторных симптомов острой печеночной энцефалопатии:
1. Нарастание желтухи и увеличение размеров печени
2. Нарастание желтухи и увеличение уровня аминотрансфераз в крови
3. Нарастание желтухи, увеличение интоксикации и уменьшение размеров печени
4. Нарастание желтухи, кожный зуд, темная моча и светлый стул
5. Нарастание желтухи, повышение уровня лимфоцитов и моноцитов в периферической крови

6. Больному с острым гепатитом В (желтушная форма, легкой степени тяжести) показаны следующие мероприятия, кроме:
5. Полупостельный режим на период интоксикации
6. Диета № 5
7. Обильное (до 2,0 - 2,5 л/сут) питье
8. Парентеральная интоксикация кристаллоидами и коллоидами
9. Гепатопротекторы

7. Для репликации и экспрессии своих белков на поверхности гепатоцита HDV нуждается в:
1) HBsAg
2) HBcAg
3) HBeAg
4) HBV DNA
5) HBV DNA-Pol
6) HAV
7) HCV

8. При остром вирусном гепатите В(1) и С (2) кома:
1) Преимущественно истинная (печеночно-клеточная, эндогенная)
2) Преимущественно ложная (шунтовая, экзогенная)
3) Смешанная (истинная + ложная)
4) Встречается крайне редко (не характерна)
5) Дисэлектролитемическая

9. Лабораторными признаками острой печеночной энцефалопатии не являются:

1. Увеличение содержания билирубина и снижение уровня аминотрансфераз
2. Увеличение содержания билирубина и снижение белков (протромбин, альбумин и др.)
3. Увеличение СОЭ, лейкоцитоз
4. Гипогликемия
5. Гипокалиемия, гипохлоремия, гипернатриемия, увеличение гематокрита

10. Вакцинации против гепатита В в плановом порядке (приказ МЗ РФ № 226/79 от 03.06.1996) не подлежат:

1. Мед. работники, имеющие контакт с кровью и/или ее производными
2. Студенты мед. ВУЗов и училищ (до начала производственной практики)
3. Больные с повторными гематрансфузиями, пациенты гемодиализа
4. Семейное окружение больных хронической HBV-инфекцией
5. Лица с иммунодефицитом инфекционного и/или неинфекционного происхождения
6. наркоманы

Эталоны ответов:

1. 1)1,3,5,6 2) 2,4,7
2. 3
3. 1) 1,2,3 2) 3,4
4. 1) 3 2) 5
5. 3
6. 4,5
7. 1
8. 1) 1 2) 4
9. 5
10. *5*

*4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

Пациент О., 23 лет, поступил в клинику 27.03. с диагнозом: «Вирусный гепатит». За 2 месяца до заболевания по поводу бронхопневмонии получал инфузионную терапию, в том числе плазму. Заболел остро 20.03., отмечались подъем температуры до $38^0$С, снижение аппетита. Затем появились двукратная рвота и вялость. 26.03. заметили темную мочу и обесцвеченный кал, желтушное окрашивание кожи и склер. Обратились к врачу.

При поступлении состояние тяжелое: вялый, периодически возбужден; температура тела $37,7^0$С. Умеренная иктеричность кожи и склер. На коже лица элементы петехиальной сыпи. Повторные носовые кровотечения. Однократная рвота «кофейной гущей». В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ЧСС 130 уд. В мин. Живот мягкий, умеренно вздут. Печень уплотнена, болезненная, выступает из подреберья на 7-7,5 см. Селезенка у края реберной дуги.

В ночь на 28.03. состояние резко ухудшилось: периодически терял сознание, вскрикивал, появились тонические судороги и печеночный запах изо рта. Обнаружено размягчение некоторое уменьшение размеров печени. Желтуха умеренно выражена. К вечеру этого дня больной без сознания, слабо реагирует на инъекции, зрачки с вялой реакцией на свет, отмечаются повторные клонико-тонические судороги. Печень еще больше сократилась и пальпируется на 2 см ниже реберного края.

Билирубин общий 150 мкмоль/л (конъюгированный–70), АЛТ–140 ЕД/л, протромбиновый индекс 20 %, HBsAg+, антиHBs-, анти Hbc IgM+, анти дельта IgM +, сулемовый титр 1,1.

**Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного.

**Клинический диагноз :**

***1. Острый вирусный гепатит В+D (ко-инфекция), желтушная форма, тяжелой степени тяжести. Острая печеночная недостаточность, печеночная кома I, ДВС-синдром.***

Диагноз поставлен на основании клинических данных (синдром цитолиза, синдром гипербилирубинемии, синдром гепатомегалии, мезенхимально-воспалительный синдром, геморрагический синдром, синдром острой печеночной энцефалопатии, астено-вегетативный синдром); данных эпид. анамнеза (сведения о переливании плазмы крови за 2 месяца до появления первых симптомов); лабораторных данных (обнаружены маркеры HbsAg+, антиHBcIgM+, анти дельта IgM +).

Острый вирусный гепатит, осложнившийся развитием острой печеночной энцефалопатии, является показанием для госпитализации в ОРИТ.

**Диагностика.** В динамике оцениваются показатели: ПТИ, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, общий белок, креатинин, мочевина, электролиты).

Дифференциальная диагностика проводится с гепатитами инфекционной и ненфекционной этиологии.

**Лечение:**

**Постельный режим. Парентеральное питание**

**Патогенетическая терапия:**

Гипериммунная кома является показанием для назначения глюкокортикостероидов в дозе 5-10 мг/кг/сут. по преднизолону.

С целью предупреждения кишечной аутоинтоксикации введение через зонд лактулозы 400 мл каждые 2-4 часа до купирования комы.

Препараты, купирующие гипераммониемию: орницетил 7 внутривенных вливаний по 40 г в сутки, рифаксимин 200 мг (2т - 3 р.с.), бензоат Na., флумазенил.

Инфузионная терапия.

Объем инфузии не более 2-2,5 л/сут, при развитии комы диурез+500 мл. Стартовым раствором может быть раствор альбумина. Также возможно введение сбалансированных растворов Аминоплазмаль Гепа 10%, Гепасол А., СЗП 400-1000 мл/сут. внутривенно капельно.

При неэффективности терапии показано применение экстракорпоральных методов детоксикации, трансплантация печени.

**Правила выписки из стационара**

Допустимые остаточные явления, не препятствующие выписке: 1) некоторое повышение активности АЛТ (в 2-3 раза), тимоловой пробы при нормальных размерах печени и нормализации содержания билирубина; 2) некоторое увеличение размеров печени (1-2 см) при полном восстановлении функциональных проб; 3) наличие быстрой утомляемости, легкой иктеричности склер при условии нормализации размеров печени и восстановлении ее функций.

## 4. Выполните практические задания.

1. Составить план диспансерного наблюдения за реконвалесцентом после перенесённого гепатита В и С.
2. Составить план лечения больного с печёночной комой.

## 2. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика острого гепатита В и С»

| заболевание | Возбудитель | Пути и факторы передачи | Синдромы | Возраст больных | Диагностика | лечение | Осложнения и исходы |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ГВ** | | | | | | | |
| **ГС** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Лекции по инфекционным болезням кафедры
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник 2-е издание, испр. и доп./Под ред. В. И. Покровского, С. Г. Пака – М.; ГЭОТАР – Медиа, 2009 г, 816 с.
3. Инфекционные болезни: учебник 2-е издание, испр. и доп.// Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров– М.; ГЭОТАР – Медиа, 2014 г, 724 с.

**Дополнительная литература:**

1. Учебные пособия, выпущенные сотрудниками кафедры
«Дифференциальный диагноз хронических гепатитов инфекционного и неинфекционного генеза»/сост. Бондаренко А.Л., Барамзина С.В., Любезнова О.Н., под редакцией Бондаренко А.Л., КГМА, 2011, 74 с.;
2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях : учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ" ; сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2012. - 102 с.

**Раздел 2. Вирусные инфекции.**

**Тема 2.6: «ВИЧ-инфекция, кандидоз»**

**Цель:** способствовать формированию умений и знаний по теме «**ВИЧ.** Кандидозы», научить диагностике, выявлению изменений со стороны ротовой полости при данных нозологиях, дифференциальной диагностике, принципам лечения.

**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, патогенеза клиники течения и исходов данных нозологий, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические мероприятия.

**Обучающийся должен знать:**

1. Особенности вируса иммунодефицита человека.
2. Современную эпид. ситуацию по ВИЧ.
3. Эпидемиологические аспекты ВИЧ.
4. Патогенез.
5. Клинические проявления в зависимости от стадий ВИЧ.
6. Клинические особенности оппортунистических инфекций при ВИЧ, сопровождающиеся поражением ротоглотки, клинические проявления со стороны полости рта.
7. Принципы лабораторного подтверждения.
8. Принципы лечения.
9. Меры предупреждения распространения ВИЧ.
10. Меры профилактики ВИЧ в случае «аварийных ситуаций».
11. Кандидоз полости рта: клинику, лаб. диагностику, принципы лечения, профилактику.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Выявить жалобы, собрать подробный анамнез заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез.
2. Провести полный осмотр больного, провести тщательный осмотр полости рта, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
3. Наметить план обследования (серологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
4. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
5. Назначить адекватную терапию больному. Назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с ВИЧ-инфекцией, кандидозом, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на ВИЧ-инфекцию, кандидоз.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на ВИЧ-инфекцию, кандидоз и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики ВИЧ-инфекции, герпетической инфекции.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «ВИЧ-инфекция» и «кандидоз» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии ВИЧ-инфекции, кандидоза.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при ВИЧ-инфекции, кандидозе.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза ВИЧ-инфекции, кандидоза.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Перечислите свойства вируса иммунодефицита человека.
2. Назовите и охарактеризуйте пути передачи ВИЧ.
3. Назовите Российскую классификацию ВИЧ и классификацию ВОЗ.
4. Назовите особенности клинических проявлений стадии вторичных заболеваний (волосатая лейкоплакия языка, кандидозный стоматит, синуситы, фарингиты).
5. Перечислите методы специфической диагностики ВИЧ.
6. Назовите принципы терапии ВИЧ.
7. Как поступить для снижения риска инфицирования при уколе (порезе) инструментом, контаминированным ВИЧ?
8. Назовите меры профилактики ВИЧ.
9. Этиология орального кандидоза. Эпидемиология.
10. Патогенез орального кандидоза: этапы и механизмы формирования патологического процесса.
11. Факторы, способствующие развитию кандидоза полости рта, пути их инфицирования.
12. Клинические проявления острого орального кандидоза.
13. Клинические проявления хронического орального кандидоза.
14. Особенности клинического течения кандидозного стоматита у больных сахарным

диабетом, острым лейкозом, при ВИЧ – инфекции.
15. Дифференциальная диагностика кандидозов.
*16.* Лечение грибковых заболеваний полости рта. Профилактика.

17. *Проведите дифференциальный диагноз кандидозного тонзиллита с ангинами другой этиологии.*

**2. Практическая работа.**

**КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, КАНДИДОЗОМ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ:**

**Цель работы:** в результате опроса и осмотра пациента поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки, диспансеризации и профилактические мероприятия.

**Методикапроведенияработы:**

1. провести опрос и осмотр больного с ВИЧ-инфекцией, кандидозом и другой патологией;

***11.*** при сборе эпиданамнеза обратить внимание на неспецифический характер его начала; определить вариант начала ВИЧ-инфекции (гриппоподобный, пневмонический, мононуклеозоподобный, тромбоцитопенический, лимфаденопатический, гастроэнтеритический, неврологический);

3) при осмотре определить характерные признаки заболевания (ВИЧ-инфекции: в зависимости от ее стадии - наличие длительной лихорадки, снижение массы тела, увеличения лимфатических узлов, рецидивирующих инфекционных заболеваний и др.) В процессе объективного обследования внимательно изучить состояние кожных и слизистых покровов, произвести пальпацию основных групп лимфатических узлов, оценить функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ЦНС, органов мочевыделения, провести пальпацию и перкуссию печени, селезенки;

4) при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, иммунограмма, биохимический анализ крови), результаты бактериологических и серологических методов исследования;

12. назначение режима, диеты, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения конкретному пациенту;

**13.** определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактические мероприятия в очаге.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

**Выводы:** в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. *Какую дополнительную информацию необходимо получить для постановки предварительного диагноза?*
2. *О каких заболеваниях можно думать?*
3. *С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?*

4. *Тактика ведения больного.*
5. *План лабораторного обследования больного для подтверждения диагноза.*

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной М., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, жидкий стул с примесью алой крови, потерю массы тела на 4 кг.

Болен в течение 1,5 мес. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно – принимал фталазол, фестал. После некоторого улучшения самочувствия проявления болезни вновь нарастали.

Эпидемиологический анамнез: 2 года назад вернулся из командировки в Африку.

Объективно: кожа чистая, лимфаденопатия (шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы 1,5х1,5 см, безболезненны при пальпации). Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы – без особенностей. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул жидкий, слизистый с примесью алой крови.

Ректороманоскопия: эрозивно-язвенный сигмопроктоидит.

Как врач общего профиля Вы должны решить следующие вопросы:

**Эталон решения клинической задачи по алгоритму**

1) Необходимо выяснить, не было ли раньше у пациента подобных явлений, не выезжал ли в регионы с высокой заболеваемостью ВИЧ, не относится ли больной к группе риска по ВИЧ-инфекции.
2) Учитывая длительность заболевания, лихорадку, незначительные симптомы интоксикации, лимфаденопатию, явления гемоколита, потерю массы тела, прежде всего, следует думать о ВИЧ-инфекции.
3) Дифференциальный диагноз следует проводить с затяжным течением ОКИ, раком толстого кишечника.
4) Учитывая длительность заболевания, отсутствие эффекта от проводимой терапии, подозрение на ВИЧ-инфекцию становится обоснованным (в особенности с учетом эпид. анамнеза.). Больному показана госпитализация в стационар.
5) Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции необходимо провести бактериологическое, копрологическое исследование кала на простейшие, серологические методы: РНГА с диагностикумами ОКИ, характеризующимися хроническим течением, исследования крови для обнаружения антител к антигенам ВИЧ (ИФА, иммунный блоттинг), иммунологические тесты для обнаружения иммунного дефицита (в первую очередь, CD4 клеток).

Как видно из приведенного примера, без знания клинических симптомов первичных проявлений ВИЧ-инфекции и умения применить эти знания для решения поставленных задач, дифференциальная диагностика этих заболеваний и постановка клинического диагноза были бы невозможными.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. Больной 23 года. Несколько дней назад закончил курс лечения по поводу острого бронхита. В это же время на слизистой оболочке языка и щек появился белый точечный налет, который легко снимался тампоном. К врачу не обращался, полоскал рот отваром ромашки, на ночь смазывали полость рта медом. Состояние ухудшилось, повысилась температура до 37,4 С.

В полости рта: на гиперемированной слизистой оболочке губ, щек и языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, снимающийся тампоном с трудом. После

снятия налета слизистая оболочка ярко-гиперемирована.

1. Сформулируйте диагноз
2. План обследования
3. Назначьте лечение.

**4. Задания для групповой работы**

Ребенку 12 лет. Жалуется на сухость и жжение языка. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом. Во рту неоднократно появлялся белый налет на языке. Лечился по этому поводу у стоматолога.

Объективно: слизистая оболочка полости рта блестящая, слюна пенистая. На слегка гиперемированной спинке языка определяются участки атрофии нитевидных сосочков, окруженные плотным серовато-белым налетом, который не удаляется полностью при поскабливании.

**1. Сформулируйте диагноз.**
**2. Нужно ли дополнительное обследование ребенка?**
3. Назначьте лечение.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**1. "ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ"**

План действий медицинского работника по профилактике заболевания ВИЧ-инфекцией при контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного:

**а)**Руки, загрязненные кровью, сывороткой крови, плазмой, биологическими субстратами протирают тампоном, смоченным кожным антисептиком, в течение 2 минут, после чего моют проточной водой с мылом; при наличии на руках микротравм, царапин, ссадин, заклеивают поврежденные места лейкопластырем.

(Если материал попал

- на перчатки, то их обрабатывают салфеткой, смоченной дезинфектантом, моют проточной водой, затем снимают перчатки, моют руки и обрабатывают кожным антисептиком;
- при попадании биологической жидкости на слизистую ротовой полости, рот немедленно прополаскивают 70% раствором спирта или 0,05% р-ром перманганата калия (навеску перманганата калия 0,1 г. растворяют в 200,0 мл воды, встряхивая до полного исчезновения кристаллов);
- при попадании биологической жидкости в глаза промывают их 0,01%-ным раствором перманганата калия, который готовят ex tempora:

навеску перманганата калия 0,1 растворить в 200 мл воды методом встряхивания до полного растворения кристаллов, затем к 40,0 полученного раствора добавить 160 мл воды;

- при уколах или порезах не снимая перчаток моют руки проточной водой с мылом, снимают перчатки, моют руки с мылом, естественное незначительное кровотечение из ранки не останавливают)

**б)** О произошедшей аварийной ситуации медицинский работник должен сообщить заведующему отделением или ответственному за профилактику ВИЧ в ЛПУ.

По случаю аварийной ситуации проводят производственное расследование в соответствии с Постановлением Минтруда России от 24.10.2002 г. № 73 «Об утверждении форм документов,

необходимых для расследования и
учета несчастных случаев на производстве, и Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях», а также в соответствии с нормативными документами Роспотребнадзора и Минздравсоцразвития РФ.
**в)** Все обстоятельства аварийной ситуации должны быть зафиксированы в журнале учета аварийных ситуаций с указанием даты и времени, места, характера повреждений и первичных профилактических мероприятий. Запись, сделанная в журнале, заверяется заведующим отделением или другим ответственным лицом его замещающим.
**г)** Составляется акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 в 3-х экземплярах.
**д)** В индивидуальную медицинскую карту сотрудника вносят запись об аварийной ситуации с указанием проведенных профилактических мероприятий.
**е)** В случае аварийной ситуации, когда ВИЧ-статус пациента не известен, проводится экспресс-тест на ВИЧ-инфекцию. При отрицательном результате теста профилактические мероприятия, связанные с ВИЧ-инфекцией не проводятся. При положительном результате теста ответственный за ВИЧ-инфекцию ЛПУ сообщает об аварийной ситуации по телефонам в «Кировский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и срочно направляет медицинского работника в «Кировский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» по адресу: г.Киров, ул. Маклина, дом 3 для постановки на диспансерный учет и проведения медикаментозной профилактики.
**ж)** Кровь больного с положительным результатом экспресс-теста направляется в лабораторное отделение СПИД-центра, минуя скрининговую лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции.
**з)** Экстренную медикаментозную профилактику ВИЧ-инфекции проводят в «Кировском областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» антиретровирусными препаратами, прием которых следует начать как можно раньше, но не позднее 36 часов с момента аварийной ситуации. Специалисты СПИД-центра оценивают степень возможного риска инфицирования ВИЧ и назначают необходимую схему антиретровирусной терапии.
**и)** Медицинские работники, имевшие риск профессионального заражения ВИЧ, при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, должны сдать кровь в СПИД-центре г. Кирова для проведения серологических исследований. Сроки забора крови:

6. - сразу после аварии (для исключения возможного факта уже имеющегося ВИЧ-инфицирования);
7. - через 3 и 6 месяцев.

**к)** За пострадавшим медицинским работником устанавливают диспансерное наблюдение врачом-инфекционистом СПИД-центра в течение 6 месяцев для окончательного исключения инфицирования ВИЧ.

3. Состав аварийной ВИЧ-аптечки:

8. 70% этиловый спирт -100,0
9. - 5% спиртовой раствор йода -2,0-5,0;
10. - навески сухого перманганата калия по 0,1 г;
11. - градуированная емкость для разведения на 200,0;
12. - лейкопластырь – 1 шт.;
13. - глазные пипетки – 2 шт;
14. - ножницы – 1 шт.;
15 - салфетки – 1 уп.

Аптечка «АНТИ ВИЧ» должна храниться в промаркированном металлическом ящике в каждом процедурном кабинете отделения и автомобиле СНМП. Обязанности по контролю за хранением и пополнением мини-укладки возлагаются на старшую медицинскую сестру отделения и фельдшера бригады СНМП.
Экспресс-тесты рекомендовано хранить в аптечке «АНТИ-ВИЧ».

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Расскажите об актуальности проблемы. Охарактеризуйте возбудителя ВИЧ-инфекции, его основные свойства их особенности, устойчивость во внешней среде.
2. Кто является источником инфекции. Перечислите механизмы передачи инфекции, группы риска. Распространенность инфекции в мире. Неэффективные пути заражения.
3. Охарактеризуйте пандемию ВИЧ-инфекции, эпидемиологические черты ВИЧ-инфекции в России и Кировской области: основные этапы развития, факторы, детерминирующие ее дальнейшее распространение. Какие существуют трудности создания вакцин против СПИДа?
4. Какие существуют клинико-эпидемиологические показания для проведения экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию у пациентов, получающих медицинскую помощь?
5. Дайте характеристику основных направлений профилактики ВИЧ-инфекции в настоящее время. Программа ВОЗ. Общественная профилактика. Личная профилактика. Анти - ВИЧ - укладка, ее составляющие. Тактика медицинского персонала при попадании инфицированной ВИЧ-крови на поврежденную кожу, одежду, окружающие предметы (алгоритм действий медицинского работника в аварийных ситуациях). Что относится к аварийным ситуациям.
6. Как оформляется медицинская документация при аварийной ситуации (журнал учета аварийных ситуаций по риску профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников, АКТ о несчастном случае на производстве, Форма Н-1)?
7. Дайте краткую характеристику существующим нормативно-методическим документам по ВИЧ-инфекции, действующим на территории России и регламентирующим лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия относительно данного заболевания (федеральные законы, приказы, постановления, инструкции и т.д.).
8. Проведите дифференциальный диагноз кандидозного тонзиллита с ангинами другой этиологии.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

**Тестовые задания для самоконтроля:**

1. Восприимчивость к ВИЧ всеобщая:
а) да б) нет

2. ВИЧ- инфекция – это:
а) антропоноз б) антропозооноз в)зооноз г)сапроноз д) сапрозооноз

3. Источником ВИЧ являются:
а) больные в стадию инкубации
б) больные в стадию бессимптомного вирусоносительства
в) больные с манифестными клиническими проявлениями заболевания
г) больные в стадии СПИДа
д) лица, находящиеся в длительном бытовом контакте с больным

4. Укажите серологические методы диагностики ВИЧ-инфекции, применяемые в практике для скрининга (1) и для подтверждения диагноза (2):
а) иммуноферментный анализ крови
б) иммуноблоттинг
в) РПГА
г) ПЦР

5. Укажите, к каким субпопуляциям Т-лимфоцитов тропен возбудитель ВИЧ-инфекции:
а) CD 4 (Т-хелперы)
б) CD 8 (Т-супрессоры)
в) CD 16 (Т-киллеры)

6. Укажите, какими клиническими проявлениями характеризуется III Б (1) и IV Б (2) стадия вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции:

а) прогрессирующая потеря массы тела >10%
б) длительный диарейный синдром
в) стойкие бактериальные, вирусные и протозойные поражения внутренних органов
г) криптококкоз
д) саркома Капоши
е) прогрессирующая потеря массы тела <10%
ж) бактериальные, вирусные и протозойные поражения кожи и внутренних органов

7. Назовите возбудителей орального кандидоза (1) и ВИЧ-инфекции (2):
а) Streptococcus mutans;
б) Herpes simplex;
в) Candida tropicalis;
г) Corynebacterium diphtheriae;
д) Candida albicans;
е) Cryptococcus neoformans.
ж) ВИЧ-1
з) ВИЧ-2

8. Назовите дополнительные методы диагностики грибковых заболеваний:
а) иммунофлюоресцентный;
б) микробиологический;
в) вирусологический;
г) микроскопический

9. Назовите клинические признаки, характерные для грибкового поражения слизистой оболочки полости рта:
а) эрозии, афты;
б) некротические пленки;
в) гиперкератоз;
г) белый «творожистый» налет.
10. Назовите лекарственные средства, используемые для лечения кандидозов (1) и ВИЧ-инфекции (2):
а) протеолитические ферменты;
б) трувада
в) препараты для ускорения эпителизации;
г) анестетики;
д) антибиотики широкого спектра действия
е) антимикотики
ж) антисептики;
з) релтегравир
11. Методом, подтверждающим специфичность результатов, полученных на первом этапе диагностики ВИЧ, в России является:
а) РНГА б) н-РИФ в) ИФА г) иммунный блоттинг д) ПЦР

12. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции эффективна, если с момента заражения прошло не более:
а) 3 дней
б) 5 дней
в) 10 дней
г) 20 дней
д) 30 дней

**Эталоны**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. а) | 2. а) | 3. а,б,в,г | 4.<br>1) а<br>2) б,г | 5.а | 6.<br>1) е,ж,б,г,д<br>2) а,б,в,г,д | 7.<br>1) в, д<br>2) ж,з | 8.а,в,г | 9.г | 10.<br>1) а,в,г,д,е,ж<br>2) б,з | 11.г | 12.а |

*4) Выполнить другие задания*:

**Ситуационная задача с разбором:**

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

6. Сформулируйте и обоснуйте предположенный диагноз.
7. Определите тактику фельдшера здравпункта.
8. Перечислите и обоснуйте методы обследования для постановления окончательного диагноза.
9. Расскажите о принципах лечения, диспансеризации и профилактики ВИЧ.
10. Оформите направление к врачу инфекционисту.

**Эталоны ответов**

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, III стадия - вторичных заболеваний, подстадия “А” (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 половом контакте с мужчиной, умершем в инфекционном стационаре, возможно от ВИЧ-инфекции.

б) Клинических данных:

6. длительная субфибрильная лихорадка (более 1 мес.), потеря веса до 10%;
7. ночные поты;
8. увеличение 2х групп лимфоузлов - подмышечных и локтевых (справа и слева), лимфоузлы - плотные, безболезненные, диаметром 1,2-1,5 см;
9. 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, иммунокоррегирующее 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.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ:**

1. Подготовить схему патогенеза иммунодефицита при ВИЧ-инфекции
2. Составить план действий врача при аварийной ситуации.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**


1) Лекции кафедры.
2) Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп..- М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2012, 816 с
3) Кандидозы: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов /Сост.: А.Л. Бондаренко, Т.И. Калужских, Т.В. Егорова. - Киров: КГМА. - 2010. - с.88.


**Дополнительная:**


1. ВИЧ-инфекция и СПИД: нац. руководство/ред. В. В. Покровский. - М., 2013. - 608 с.
2. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ": сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2012. - 102 с.


**Раздел 3. Бактериальные инфекции**

**Тема 3.1: "Рожистое воспаление, столбняк, сепсис"**

**Цель:** Способствовать формированию умений и знаний по теме «РОЖА, СТОЛБНЯК, СЕПСИС», научить диагностике, программе лечения и профилактики данных инфекций у больных стоматологического профиля, выявлению критериев тяжелого течения и диагностике осложнений.

**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, патогенеза клиники течения и исходов рожистого воспаления, столбняка, одонтогенного сепсиса изучить методы диагностики, лечения, профилактики, противоэпидемические мероприятия, обучить студентов работе с больным с инфекциями наружных покровов в диагностическом отделении.

**Обучающийся должен знать:**

1. Р о ж а.
2. Современные представления о возбудителе, его антигенных свойствах и изменчивости.
3. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения рожи, предрасполагающие факторы.
4. Патогенез патологических изменений при роже. Роль бактериемии и токсинемии в развитии генерализованных формах рожи. Патогенез кожных изменений.
5. Клиника не осложненных форм рожи с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести рожи. Геморрагическая и буллёзная форма рожи. Специфические осложнения, современная классификация.
6. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза рожи.
7. Принципы лечения больных с рожей.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
9. Сезонная профилактика рожи.
10. С т о л б н я к.
11. Этиология. Источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения инфекции, особенности столбняка новорожденных.
12. Патогенез изменений нервной системы при столбняке. Значение токсинемии в патогенезе столбняка. Механизм развития судорожного синдрома при столбняке.
13. Типичная клиническая картина столбняка у взрослых, исход, причины смерти.
14. Симптоматическая терапия в лечении столбняка.
15. Методы экстренной и плановой профилактики столбняка.
16. О д о н т о г е н н ы й с е п с и с
17. Современные особенности эпидемиологии одонтогенного сепсиса.
18. Факторы, способствующие развитию одонтогенного сепсиса
19. Клиническая классификация сепсиса.
20. Правила верификации диагноза.
21. Клиническая картина острого, подострого одонтогенного сепсиса, хрониосепсиса.
22. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса с другими инфекционными заболеваниями и соматической патологией.
23. Ранняя клиническая диагностика сепсиса.
24. Принципы лечения сепсиса.
25. Этиотропная терапия: возможности эмпирического подбора терапии, оценка эффективности, продолжительность.
26. Средства специфической и неспецифической патогенетической терапии.
27. Диспансеризация.
28. **Меры профилактики одонтогенного**

**Обучающийся должен уметь:**

**1.** Соблюдать основные правила работы с больными рожей, сепсисом, столбняком.

**2.** Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез.

**3.** Провести полный осмотр больного, тщательный осмотр полости рта, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).

**4.** Отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.

**5.** Наметить план обследования (серологическое, бактериологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.

**6.** Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.

**7.** Записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных.

**8. Назначить адекватную терапию больному с учётом поражения слизистой ротовой полости.**

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с рожистим воспалением, одонтогенным сепсисом, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на рожу, столбняк, одонтогенный сепсис.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на на рожу, столбняк, одонтогенный сепсис и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики вирусных на рожи, столбняка, одонтогенного сепсиса.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «рожа» и «сепсис» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии на рожи, столбняка, одонтогенного сепсиса.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при роже, столбняке, одонтогенном сепсисе.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза данных инфекций.
9. Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты и др.) пациентов с рожей, столбняком, одонтогенным сепсисо*м.*

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Р о ж а.
2. Расскажите об особенностях возбудителя рожи, его антигенных свойствах и изменчивости.
3. Назовите источники инфекции при роже. Механизм заражения и пути распространения рожи, предрасполагающие факторы (местные, общие).
4. Опишите патогенез патологических изменений при различных клинических формах рожи. Роль бактериемии и токсинемии в развитии генерализованных формах рожи.
5. Объясните патогенез асептического воспаления при буллёзной, геморрагической формах рожи.
6. Опишите клинику не осложненных форм рожи с легким, средней тяжести и тяжелым течением с преимущественной локализацией на лице и слизистых.
7. Расскажите о критериях степени тяжести рожи. Опишите клинику при геморрагической и буллёзной формах рожи.
8. Назовите специфические осложнения рожи.
9. Опишите современную классификацию рожи.
10. Назовите основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза рожи.
11. Расскажите о принципах лечения больных с рожей лица и полости рта.
12. Каковы правила выписки и диспансерное наблюдение за больными рожей.
13. Опишите принципы сезонной профилактики рожи.

14. С т о л б н я к.
15. Расскажите об этиологии столбняка.
16. Опишите источники инфекции при столбняке.
17. Назовите механизмы заражения, пути распространения инфекции, особенности столбняка новорожденных.
18. Опишите патогенез изменений нервной системы при столбняке.
19. Расскажите о значении токсинемии в патогенезе столбняка.
20. Объясните механизм развития судорожного синдрома при столбняке.
21. Опишите типичную клиническую картину столбняка у взрослых, исход, причины смерти.
22. Расскажите о симптоматической терапии при столбняке.
23. Опишите методы экстренной и плановой профилактики столбняка.
24. О д о н т о г е н н ы й  с е п с и с
25. Современные особенности эпидемиологии одонтогенного сепсиса.
26. Факторы, способствующие развитию одонтогенного сепсиса
27. Клиническая классификация сепсиса.
28. Правила верификации диагноза.
29. Клиническая картина острого, подострого одонтогенного сепсиса, хрониосепсиса.
30. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса с другими инфекционными заболеваниями и соматическими патологиями.
31. Ранняя клиническая диагностика сепсиса.
32. Принципы лечения сепсиса.
33. Этиотропная терапия: возможности эмпирического подбора терапии, оценка эффективности, продолжительность.
34. Средства специфической и неспецифической патогенетической терапии.
35. Диспансеризация.
36. Меры профилактики одонтогенного сепсиса.

**2. Практическая подготовка.**

**«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с рожистым воспалением»**

**Цель работы:** в результате обследования пациента с подозрением на рожу выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с рожей, выявить жалобы.

2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больным, наличие сопутствующих заболеваний.

3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, гиперемию кожи, головную боль, эритему, регионарный лимфаденит. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.

4. При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), бактериологические и серологические методы исследования.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

***Выводы:*** *в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.*

**- Работа в поликлинике.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные ме тоды обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

В отделение поступил больной 50 лет с повышением температуры до 39 С, слабость, болезненность в области правой голени. При осмотре в области правой голени отмечается выраженный отек, интенсивная гиперемия с четким «географическим» контуром, локальная гипертермия. Страдает варикозной болезнью нижних конечностей. На область гиперемии и отека в перевязочной нанесен порошок Банеоцин.

**Эталон решения задачи:**

**Диагноз: Рожа правой нижней конечности, эритематозная форма, средней тяжести.**

**Обоснование диагноза:** острое начало, синдром интоксикации, синдром местных проявлений (отёк, интенсивная гиперемия с четким «географическим» контуром, локальная гипертермия)

2. Госпитализация показана
3. ОАК, ОАМ, антистрептолизин О, ЭКГ, RW.
4. Дифференциальная диагностика проводится с клещевым боррелиозом, флегмоной, эризипелоид.
5. Лечение. Диета № 13

1 курс на 7-8 дней Цефтриабол 2 г/с. или клафоран 2г/с
2 курс 6-7 дней линкомицин 0,6-3 р/с в/м на фоне десенсибилизирующей терапии
при выраженной инфильтрации-НПВС (бутадион 0,15-3 р/с 10-15 дн.)
Дезинтоксикационная терапия (гемодез, физ. Раствор)
Улучшение микроциркуляции: трентал, курантил
Иммунокоррегирующая терапия (метилурацил, полиоксидоний, нуклеинат натрия)
Физиолечение, УФО субэритемные дозы, на лимфоузлы аппликации с озокеритом, электрофорез с лидазой.
Диспансеризация
Сезонная бициллинопрофилактика (бициллин-5 -1,5 млн. Ед. в течение 2-3 месяцев, интервал 3 недели)
6 Выписка после полного клинического выздоровления.

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

В приемный покой больницы обратилась 45-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Болеет 2 суток. Температура тела по

вечерам повышалась до 39 С. На передне-наружной поверхности нижней и средней трети голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырями. Границы гиперемии четкие, неровные (в виде географической карты).

На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации. Анализ крови: лейкоциты- 15,1 х 10-9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, СОЭ-34 мм/ч.

**Алгоритм разбора задач**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

**4. Задания для групповой работы**

*Проведите дифференциальную диагностику рожистого воспаления в области левой щеки и флегмоны левой щеки.*

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

Р о ж а.

1. Этиология и эпидемиология рожи.
2. Опишите патогенез патологических изменений при различных клинических формах рожи.
3. Объясните патогенез асептического воспаления при буллёзной, геморрагической формах рожи.
4. Опишите клинику не осложненных форм рожи.
5. Расскажите о критериях степени тяжести рожи.
6. Опишите современную классификацию рожи.
7. Назовите основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза рожи.
8. Расскажите о принципах лечения больных с рожей.
9. Каковы правила выписки и диспансерное наблюдение за больными рожей.
10. Опишите принципы сезонной профилактики рожи.

**С т о л б н я к.**

11. Расскажите об этиологии столбняка.
12. Опишите источники инфекции при столбняке.
13. Назовите механизмы заражения, пути распространения инфекции, особенности столбняка новорожденных.
14. Опишите патогенез изменений нервной системы при столбняке.
15. Расскажите о значении токсинемии в патогенезе столбняка.
16. Объясните механизм развития судорожного синдрома при столбняке.

17. Опишите типичную клиническую картину столбняка у взрослых.
18. Исходы, причины смерти.
19. Расскажите о симптоматической терапии при столбняке.
20. Опишите методы экстренной и плановой профилактики столбняка.

О д о н т о г е н н ы й  с е п с и с

6. Опишите современные особенности этиологии и эпидемиологии одонтогенного сепсиса.
7. Назовите факторы, способствующие развитию одонтогенного сепсиса
8. Клиническая классификация сепсиса.
9. Правила верификации диагноза.
10. Клиническая картина острого, подострого одонтогенного сепсиса, хрониосепсиса.
11. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса с другими инфекционными заболеваниями и соматической патологией.
12. Ранняя клиническая диагностика сепсиса.
13. Принципы лечения сепсиса.
14. Этиотропная терапия: возможности эмпирического подбора терапии, оценка эффективности, продолжительность.
15. Средства специфической и неспецифической патогенетической терапии.
16. Диспансеризация.
17. Меры профилактики одонтогенного сепсиса.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

1. Возбудители сепсиса (1) и рожи (2):
   7. условно-патогенные возбудители
   8. стрептококки
   9. стафилококки
2. Для клинической картины столбняка (1) и рожи (2) характерно:
   8) тризм
   9) опистотонус
   10) эритема с чёткими контурами
   11) гиперпирексия
   12) увеличение регионарных лимфоузлов
   13) повышение потоотделения
   14) сардоническая улыбка
   15) повышение Т до 38-39С
   16) тетанические судороги
3. При лечении столбняка используют следующие препараты:
   14. антибиотики
   15. миелориксанты
   16. седативные препараты
   17. нейроаллергические средства
   18. энтеросорбенты
   19. гепатопротекторы
4. Патогномоночными признаками сепсиса является:
   ***12.*** опистотонус
   ***13.*** гектическая лихорадка
   ***14.*** гепато-спленомегалия
   ***15.*** сиалорея
   ***16.*** тельца Бабеша-Негри в нейронах
5. Выберите признаки сепсиса (1) и столбняка (2):

4) сардоническая улыбка
5) рост флоры в гемокультуре
6) тризм
7) гиперлейкоцитоз
8) тетанические судороги
9) пневмония, остеомиелит
10) опистотонус

6. В каких органах могут быть вторичные очаги при сепсисе:
1. ЦНС
2. суставы
3. легкие
11. почки
12. печень

7. Возбудителем рожи (1) и столбняка (2) является:
10. клостридия
11. зеленящий стрептококк
12. гемолитический стрептококк
13. стафилококк

8. Для лечения рожи используются все перечисленные антибиотики, кроме:
1) тетрациклин
2) левомицетин
3) эритромицин
4) олететрин
5) пенициллин

9. Для локального поражения при роже характерно:
1) четкие границы
2) синюшная окраска
3) умеренная болезненность при пальпации
4) сильный зуд
5) инфильтрация и отек, распространяющийся за пределы эритемы:
6) сильные боли в области очага
7) появление пузырей

10. Для начального периода рожи характерны следующие жалобы:
1) высокая температура
2) субфебрилитет
3) жидкий стул
4) тошнота, рвота
5) неприятные ощущения в местах будущих локальных проявлений

Эталоны ответов:
10. 1) 1 2) 2
11. 1) 1,2,4,6,7,9 2) 3,5,8
12. 5
13. 2,3
14. 1) 2,4,6 2) 1,3,5,7
15. 1,2,3,4,5
16. 1) 3 2) 1
17. 2
*18.* 1,3,5,7
19. *1,4,5*

*4) Выполнить другие задания.*

В приемный покой больницы обратилась 45-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Болеет 2 суток. Температура тела по вечерам повышалась до 39 С. На передне-наружной поверхности нижней и средней трети голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырями. Границы гиперемии четкие, неровные (в виде географической карты).

На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации. Анализ крови: лейкоциты- 15,1 х 10-9/л, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, СОЭ-34 мм/ч.

**Алгоритм разбора задач**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного.

**Эталон решения задачи:**

**1. Диагноз: Рожистое воспаление правой голени, булёзно-геморрагическая форма, тяжёлое течение.**

Обоснование диагноза: острое начало, синдром интоксикации, синдром местных проявлений (отёк, интенсивная гиперемия с четким «географическим» контуром, локальная гипертермия, наличие булл с геморрагическим содержимым)
2. Госпитализация показана
3. ОАК, ОАМ, антистрептолизин О, ЭКГ, RW.
4. Дифференциальная диагностика проводится с клещевым боррелиозом, флегмоной, эризипелоид.
5. Лечение. Диета № 13
Вскрыть в асептичесих условиях пузыри, наложить повязку «Васкопраст»
1 курс на 7-8 дней Цефтриабол 2 г/с. или клафоран 2г/с
2 курс 6-7 дней линкомицин 0,6-3 р/с в/м на фоне десенсибилизирующей терапии
при выраженной инфильтрации-НПВС (бутадион 0,15-3 р/с 10-15 дн.)
Дезинтоксикационная терапия (гемодез, физ. Раствор), троксевазин, гепарин.
Иммунокоррегирующая терапия (метилурацил, полиоксидоний, нуклеинат натрия)
Диспансеризация
Сезонная бициллинопрофилактика (бициллин-5 -1,5 млн. Ед. в течение 2-3 месяцев, интервал 3 недели)

6 Выписка после полного клинического выздоровления.

## 4. Выполните практические задания.

### 1. Составьте схему патогенеза судорожного синдрома при столбняке.

### 2. Подготовьте доклад: «Эпидемиологическая ситуация по столбняку в России»

### 3. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика рожи и одонтогенного сепсиса»

| заболевание | Возбудитель | Пути и факторы передачи | Синдромы, особенности поражения кожи и слизистых | Диагностика | лечение | Осложнения | Профилактика |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Рожа** | | | | | | | |
| **сепсис** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

1. Лекции кафедры инфекционных болезней КГМУ.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник/Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. 3-е изд., М- «ГЭОТАР -Медиа», 2012, 816 с

**Дополнительная:**

1. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ": сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2012. - 102 с.

**Раздел 3. Бактериальные инфекции**

**Тема 3.2: «Поражение ротоглотки у инфекционных больных»**

**Цель:** способствовать формированию умений и знаний по теме **«Поражение ротоглотки у инфекционных больных»**, научить диагностике, выявлению изменений со стороны ротовой полости и кожных покровов лица, дифференциальной диагностике ангин, выявлению дифтерии, инфекционного мононуклеоза, скарлатины, ангины, герпангины, критериев тяжелого течения, диагностике осложнений и их лечение.

**Задачи:** рассмотреть вопросы дифференциального диагноза различных заболеваний с поражением ротоглотки, изучить методы диагностики и лечения ангин, дифтерии, инфекционного мононуклеоза, скарлатины, ангины, герпангины, противоэпидемические мероприятия.

**Обучающийся должен знать:**

1. Симптомы и синдромы при дифтерии
2. Ранняя диагностика и дифф. диагностика дифтерии, стрептококковой ангины.
3. Ранние критерии тяжелого течения дифтерии, свидетельствующие о возможности развития осложнений. Стеноз гортани (острая дыхательная недостаточность), стадии. ИТШ. Другие ранние и поздние осложнения со стороны сердца и нервной системы, почек, современная классификация.
4. Неотложная терапевтическая помощь при осложнениях дифтерии.
5. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза дифтерии и ангин.
6. Острая дыхательная недостаточность. Причины, патогенез, типы ОДН, характеристика стадий, клинические особенности.
7. Клиника стеноза гортани, миокардита, полинейропатий. Неотложная помощь.
8. Комплексное лечение больных дифтерией, правила введения сыворотки по Безредке, дозы.
9. Профилактика. Типы вакцин.
10. Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, герпангина).

11. Особенности возбудителей.
12. Морфологическая и антигенная характеристика.
13. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики.
14. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом.
15. Дифференциальный диагноз ангин. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения.
16. Принципы терапии и профилактики.

**Обучающийся должен уметь:**

1. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез.
2. Провести полный осмотр больного, тщательный осмотр ротовой полости, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
3. Наметить план обследования (серологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
4. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
5. Назначить адекватную терапию больному. Определить показания к госпитализации. Назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с ангинами, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на дифтерию, инфекционный мононуклеоз, ангину.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на дифтерию, инфекционный мононуклеоз, ангину и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики дифтерии, инфекционного мононуклеоза, ангин.
5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза и развернутого клинического диагноза «Дифтерия» и «Инфекционный мононуклеоз» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии дифтерии, инфекционного мононуклеоза, ангин.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при дифтерии, игнфекционном мононуклеозе, ангине.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза дифтерии, инфекционного мононуклеоза, ангин.

**14.** Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты) пациентов с дифтерией, инфекционным мононуклеозом, ангиной.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1) Перечислите заболевания, сопровождающиеся синдромом тонзиллита.
2) Проведите дифференциальную. диагностику стрептококковой ангины, и дифтерии.
3) Расскажите патогенез поражения ротоглотки при дифтерии.
4) Назовите ранние критерии тяжести дифтерии, свидетельствующие о возможности развития осложнений.
5) Опишите клинику острой дыхательной недостаточности, раннего миокардита, других осложнений почек и нервной системы.
6) Какие основные лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза дифтерии, др. ангин?
7) Расскажите об организации лечения больных ангиной на дому.
8) Перечислите принципы лечения больных ангиной, дифтерией, показания к госпитализации.
9) Перечислите и опишите клинику стадий при стенозе гортани.
17. Опишите клинику ИТШ в зависимости от стадий, клинику миокардита, полинейропатий.
18. Расскажите правила введения противодифтерийной сыворотки по Безредке.
19. Окажите неотложную помощь при перечисленных осложнениях.
20. Расскажите о профилактике дифтерии, ангин.
21. Перечислите типы вакцин.
22. Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, герпангина).
23. Особенности возбудителей.
24. Морфологическая и антигенная характеристика.
25. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики.
26. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом.
27. Дифференциальный диагноз ангин. Предупреждение внутрибольничного заражения.
28. Принципы терапии и профилактики.

**2. Практическая работа.**

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С АНГИНОЙ, ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ:

**Цель работы:** в результате опроса и осмотра пациента поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки, диспансеризации и профилактические мероприятия.

**Методика проведения работы:**

1. провести опрос и осмотр больного с ангиной или инфекционным мононуклеозом, выявить жалобы;

2 при сборе эпиданамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными, имеющим подобные симптомы или с высоко лихорадящим больным, уточнить прививочный анамнез (вакцинация и ревакцинация АДС-М), последний случай ангины;

3 при осмотре определить характерные признаки заболевания (симптомы интоксикации, поражения ротоглотки, и других органов и систем), осмотреть ротоглотку, пропальпировать лимфоузлы, проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки);

- при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, биохимического анализа крови, ЭКГ), результаты бактериологических, вирусологических и серологических методов исследования;

-назначение режима, диеты, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения конкретному пациенту;

-определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактические мероприятия в очаге.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

**Выводы:** в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Оцените характер изменений со стороны сердца.*
3. *Определите тактику ведения.*
4. *Что должен был сделать врач медпункта*

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной 38 лет, рабочий, страдает хроническим алкоголизмом. 3 дня назад пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми. Обратился в медпункт по месту работы на 3-й день болезни с жалобами на плохое самочувствие, слабость, боль в горле, познабливание. Осмотрен врачом, температура 38,8°С. Отмечена гиперемия лица. Выявлена гиперемия слизистой глотки и налеты. Поставлен диагноз "лакунарная ангина", назначено лечение пенициллином на дому. Состояние не улучшалось, нарастала слабость, стало трудно дышать, принимать пищу, бледность. Появились неприятные ощущения за грудиной, периодические боли в области сердца. Налеты в глотке не исчезли, на 8-ой день болезни вызвал врача из поликлиники. Врачом осмотрен: в глотке налеты грязно-серого цвета, плотные, заходящие за пределы миндалины, а также отек слизистой и отек шеи, доходящий справа до ключицы. На губе язвочка, покрытая грязным налетом. Пульс - 120 в минуту, границы сердца расширены влево на 1,5-2 см. АД - 90/60 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Срочно вызвана медсестра, сделана ЭКГ, на которой обнаружено снижение вольтажа, тахикардия до 130 в минуту, удлинение интервала P-Q, расширение желудочкового комплекса, снижение интервала S-T.

**Эталон решения задачи:**

1. Токсическая дифтерия, 2 степени. Ранний миокардит.
2. Изменения на ЭКГ говорят о миокардите
3. Больного срочно госпитализируют на носилках. В стационаре как можно скорее назначается противодифтерийная сыворотка, строгий постельный режим, гормоны
4. Врач медпункта должен был взять мазок на возбудитель дифтерии

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Больная С., 20 лет, воспитатель детского сада, поступила в клинику на 2-ой день болезни с жалобами на боль при глотании, общую слабость, головную боль.

Заболела остро: появился озноб, температура 37,8-38°С., отмечала боль при глотании, общую слабость, снижение аппетита. Осмотрена участковым врачом, направлена в стационар с диагнозом "лакунарная ангина".

При осмотре состояние больной средней тяжести. Температура тела 37,5°С. Вялая, адинамичная, Кожные покровы бледные. Зев слабо гиперемирован с синюшным оттенком. Небные миндалины отечны, увеличены, имеются довольно плотные серовато-белые налеты,

покрывающие внутренние поверхности обеих миндалин, мягкое небо, язычок. Снять их удается с трудом, появляется кровоточивость. Пальпируются умеренно болезненные подчелюстные лимфоузлы. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-86 уд/мин. ритмичен. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных явлений нет.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,4х1012/л, Нв-140 г/л, Лц.-5,8х109/л, Эоз-1, П-8, С-59, Лм-27, Мон-5, СОЭ-20мм/час. Моча: уд. Вес-1024, ед. лейкоциты в п/зр.

В О П Р О С Ы

1. Предварительный диагноз.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

**4. Задания для групповой работы**

Провести дифференциальную диагностику стрептококковой ангины, дифтерии и инфекционного мононуклеоза.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

**Ангина Симановского - Плаута - Венсана**, или язвенно-некротическая ангина, вызывается веретенообразной палочкой (B. fusiformis) в симбиозе с обычной спирохетой полости рта. (spirochacta buccalis).

Впервые описана С.П. Боткиным как «финляндская жаба». В 1890 г. Н.П. Симановский впервые подробно описал клиническую картину заболевания, а через 8 лет С. Плаут и А.Венсан выявили возбудителей болезни - симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта (B. fusiformis) и (Spirochaeta buccalis) которые могут находиться в полости рта в авирулентном состоянии. Кроме этих микроорганизмов, при бактериальном исследовании выделяются стрептококки и стафилококки. В этиологии заболевания играют роль кариозные зубы, пиорея.

Контагиозность невелика, иногда болезнь может возникать спорадически, но возможна эпидемия. Во время первой мировой войны заболевание называли «окопной ангиной». Заболевание наблюдается главным образом в молодом возрасте при снижении сопротивляемости организма, гиповитаминозе, при обшем истощении (например, при алиментарной дистрофии, кахексии, вызванной злокачественной опухолью, лучевой болезнью). Заболевание возникает иногда спорадически, иногда носит эпидемический характер. В некоторых случаях ангина Симановского бывает обусловлена наличием кариозных зубов, парадонтита, гингивита и других одонтогенных причин, способствующих вегетации веретенообразной палочки.

**Клиника ангины Симановского.**

Общее состояние больного остается практически нормальным, самочувствие - удовлетворительным. Часто он обращается к врачу в связи с появлением неприятного, гнилостного запаха изо рта и слюнотечение. В неосложненных случаях температура тела, как правило, нормальная или субфебрильная, лишь иногда заболевание начинается с высокой температуры (38°С и выше) и озноба. Такое начало более характерно для эпидемических вспышек. В крови может определяться умеренно выраженный лейкоцитоз. В дальнейшем появляются боль при глотании и увеличение регионарных по отношению к небным миндалинам и орофарингеальной области лимфатических узлов, болезненных при пальпации.

При фарингоскопии выявляются чаще всего поражение одной миндалины и сопутствующий стоматит. Миндалина увеличена, гиперемирована, покрыта желтовато-серым рыхлым налетом, который легко удаляется. Под ним обнаруживается слегка кровоточащая язва с серовато-желтым дном и неровными краями, мягкими на ощупь. Изъязвление, помимо миндалины, может распространяться на дужки, а иногда и на другие отделы ротоглотки, слизистой оболочки щек и десен. При неосложненном течении длительность заболевания не превышает 2-3 нед. В типичных случаях ангины Симановского отмечается диспропорция между выраженными деструктивными изменениями в глотке (налеты, язвы, некрозы) и относительно нетяжелым общим состоянием больного. Присоединяющаяся иногда кокковая инфекция резко изменяет общую клиническую картину: появляется сильная боль при глотании, температура тела значительно повышается, могут появляться ознобы. Больных с тяжелыми формами заболевания необходимо госпитализировать.

Осложнения ангины Симановского наблюдаются редко, но если они возникают, то протекают тяжело с обширными некротическими разрушениями в полости рта и глотке (перфорация твердого неба, разрушение десен, обширный некроз миндалины и др.), которые могут вызывать аррозивные кровотечения.

**Диагноз ангины** Симановского устанавливают на основании клинической картины и результатов бактериологического исследования, при котором в удаленных налетах или соскобе со дна язвы обнаруживают большое количество веретенообразных палочек и спирохет полости рта. Следует, однако, учитывать, что фузоспирохетный симбиоз иногда обнаруживается при других заболеваниях глотки, например при изъязвившемся раке. Дифференцируется ангина Симановского с дифтерией зева, сифилисом, туберкулезом и изъязвившейся злокачественной опухолью миндалины.

**Дифференциальная диагностика. Сходную симптоматику имеет ряд заболеваний:**

1) лакунарная ангина;

2) дифтерия зева, при которой налет расположен только на одной миндалине; данные бактериологического исследования, изъязвления позволяют исключить дифтерию;

3) некротическая ангина;

4) сифилитическая язва, которая представляет трудности при дифференциальной диагностике. При обоих заболеваниях может быть поражена только одна миндалина. Сифилитическая язва обычно резко ограничена, окружена круто обрывающимися инфильтрированными краями, на ее дне имеется сальный налет. Реакция Вассермана подтверждает диагноз;

5) опухоль, которая иногда сразу проявляется в виде распада миндалины; диагноз устанавливают при биопсии;

6) туберкулезные язвы, которые локализуются на небных дужках, миндалинах, задней стенке глотки, мягком небе; язвы с неровными подрытыми краями, бледно-розовые, поверхность покрыта гнойным налетом; диагноз подтверждается при бактериологическом исследовании;

**7)** вторичная ангина при остром лейкозе также сначала может быть односторонней; фолликулы сливаются затем распадаются; температура тела высокая, быстрое распространение некротического процесса со 2-3-го дня заболевания, типичные изменения крови.

**Лечение**

Назначают антибактериальную и общеукрепляющую терапию. Проводят активное местное лечение: обрабатывают язвенную поверхность настойкой йода, 10% раствором нитрата серебра, 10% раствором медного купороса, 10% раствором новарсенола на глицерине, раствором метиленового синего, раствором хлорида калия (1 чайная ложка на стакан). Рекомендуют полоскать горло раствором перманганата калия, раствором перекиси водорода (2 столовые ложки на стакан воды) несколько раз в день.

При тяжелом течении заболевания рекомендуется амоксициллин клавуланат (625 мг х 3 р.), внутривенное вливание новарсенола (по 0,3–0,4 г с интервалом 1–2 сут.). В упорных случаях присыпают язвенную поверхность новарсенолом или вводят внутримышечно миарсенол либо внутривенно новарсенол (в дозах, соответствующих возрасту). Положительное действие оказывает присыпание несколько раз в день язвенной поверхности сахарной пудрой или смазывание 60% сахарным сиропом, что объясняется изменением среды и созданием неблагоприятных условий для дальнейшего существования возбудителей болезни. Назначают нераздражающую и богатую витаминами пищу.

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля*

1. Какие заболевания, сопровождаются синдромом тонзиллита и их эпидемиологические особенности.
2. Какова ранняя диагностика и дифф. диагностика банальной ангины, дифтерии, некротической ангины, туляремии.
3. Дифференциальный диагноз дифтерии с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с синдромом тонзиллита (сифилис, инфекционный мононуклеоз, аденовирусная инфекция, острый лейкоз)
4. Поясните патогенез поражения ротоглотки при дифтерии.
5. Каковы ранние критерии тяжести дифтерии, свидетельствующие о возможности развития осложнений.
6. Клиника острой дыхательной недостаточности, раннего миокардита, других осложнений почек и нервной системы.
7. Неотложная помощь при осложнениях дифтерии.
8. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза дифтерии, др. ангин?
9. Организация лечения больных ангиной на дому.
10. Принципы лечения больных ангиной, дифтерией, показания к госпитализации.
11. Патогенез острой дыхательной недостаточности при дифтерии.
12. Стеноз гортани, стадии.
13. Клиника ИТШ в зависимости от стадий, клиника миокардита, полинейропатий.
14. Правила введения противодифтерийной сыворотки по Безредке.
15. Правила выписки и сроки диспансерного наблюдения при дифтерии, ангине.
16. Профилактика дифтерии, ангин.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

**Тестовый контроль:**

1. Какие из перечисленных заболеваний протекающих с поражением ротоглотки:
   1. дифтерия
   2. листериоз
   3. инфекционный мононуклеоз
   4. бруцеллез
   5. ротовирусная инфекция
   6. туляремия
   7. ботулизм
   8. проказа

2. Выделите признак, характерный для инфекционного мононуклеоза:
1. регионарный лимфаденит
2. полилимфаденит
3. диарея
4. отек тканей ротоглотки

3. Основные диагностические критерии токсической дифтерии ротоглотки:
1. плотные пленчатые налеты
2. субфебрильная лихорадка
3. отсутствие выраженной боли в горле
4. отек подкожной клетчатки шеи

4. При менингококковой инфекции поражение ротоглотки проявляется?
   1. катаральным тонзиллитом
   2. язвенно-некротическим тонзиллитом
   3. поражение ротоглотки отсутствует
   4. назофарингитом

5. Основным дифференциальным признаком ангины Симановского-Венсана (1) и дифтерии ротоглотки (2) является:
   **4.** отсутствие выраженной температурной реакции
   **5.** плохо снимающийся налет
   **6.** неяркая гиперемия миндалин
   **7.** одностороннее поражение

6. Выберите симптомы, характерные для: 1) дифтерии ротоглотки, 2) лакунарной ангины
   1. яркая гиперемия слизистой ротоглотки
   2. сероватые, плохо снимающиеся налеты на поверхности миндалин
   3. гиперемия застойного характера
   4. рыхлые налеты по ходу лакун, легко снимающихся шпателем
   5. после снятия налетов слизистая не кровоточит
   6. после снятия налета отмечается кровоточивость слизисто, налет образуется вновь

7. Выберите наиболее важные дифференциально-диагностические критерии для дифтерии ротоглотки (А) и инфекционного мононуклеоза (Б):
1. сплошные налеты на миндалинах
2. пастозность подкожной клетчатки шеи и лица
3. утолщение шеи за счет лимфаденопатии
4. налеты легко снимаются без кровоточивости слизистой
5. фебрильная лихорадка

8. Выбрать признаки, характерные для герпангины (1) и банальной ангины(2):
   *7.* везикулезный и афтозный фарингит
   *8.* лакунарная ангина
   *9.* характерная летнее-осенняя сезонность
   *10.* характерная зимняя сезонность

9. Для скарлатины не характерно:
1. язык малинового цвета
2. «пылающий зев»
3. гипертрофия небных миндалин
4. гиперемированный носогубный треугольник на фоне бледного лица
   мелкоточечные сыпь

10. Поражение ротоглотки при псевдотуберкулезе сопровождается:
   1) умеренная гиперемия глотки

2) наличие четкой границы между мягким и твердым небом
3) малиновый язык
4) мелкоточечная энантема на слизистой мягкого неба

Эталоны ответов:

1. 1, 3
2. 2
3. 1,3,4
4. 4
5. 1) 1,4 2) 2,3
6. А-2,3,6
   Б-1,4,5
7. А -1,2 Б — 3,4,5
8. 1) 1,3 2) 2,4
9. 4
10. 1,3

*4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

*Больная М.., 21 год,* заправщик бензина на автозаправочной станции, поступила в городскую инфекционную больницу 16.09.02 с жалобами на слабость, боли в горле при глотании, повышение t до 37,5º С, обильную геморрагическую сыпь на руках, ногах, животе, кровотечения из носа и десен.

Из анамнеза болезни было выяснено, что заболевание началось остро 5.09.02, когда появились слабость, недомогание, умеренные боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 38,5º С, головная боль. В течение 3 дней принимала фервекс, без эффекта. 9.09.02 обратилась к участковому терапевту. С 9.09.02 –12.09.02 лечилась у терапевта с диагнозом: Лакунарная ангина. На 6-ой день болезни пациентка отметила появление геморрагических элементов на голенях. 12.09.02 участковым терапевтом больная направлена в инфекционную больницу. С 12.09 –16. 09. 02. у пациентки появилась сыпь на голенях, предплечьях, коже груди, спины, лиц и синяки на бедрах, кровотечения из носа и десен.

Из анамнеза жизни известно, что в детстве болела ветряной оспой, страдает хроническим гастритом. Аллергологический анамнез спокойный.

Эпидемиологический анамнез: В контакте с инфекционными и лихорадящими больными в течение предыдущего месяца не была. Заболевание связывает с переохлаждением.

В приемном покое инфекционного стационара на 12-ый день болезни – состояние тяжелое, сознание ясное, положение активное, на вопросы отвечает охотно. При осмотре больной выявлена обильная геморрагическая точечная сыпь на голенях, бедрах, предплечьях, груди, спине, лице. Элементы сыпи не склонны к слиянию, при надавливании не исчезают, плотные, безболезненные. Беспокоит незначительный зуд кожи. Отмечается сгущение сыпи в области лодыжек (из-за трения одежды). Симптом "щипка" – отрицательный. Множественные кровоподтеки размером 5-6 см. наблюдались на коже бедер, а также в кубитальных областях (после инъекций), болезненные при пальпации.

В ротоглотке - яркая гиперемия дужек, миндалин, язычка. Миндалины увеличены до II степени, покрыты белыми, слизисто-гнойными налетами, которые легко снимались шпателем, отека ротоглотки нет. На слизистой мягкого и твердого неба - множественные точечные геморрагии. При пальпации отмечено увеличение до 1 см нескольких лимфоузлов шейной группы: поднижнечелюстных, передне- и заднешейных, затылочных, подключичных, а также подмышечных. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, пульс -74 уд/мин, АД - 105/75 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень +1 см, селезенка не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Менингеальных знаков нет. Стул и диурез в пределах нормы.

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. Эпид. мероприятия в очаге?
3. План обследования больного?
4. Лечение: препараты, длительность их применения?

1. Клинический диагноз:

**Инфекционный мононуклеоз, тяжелое течение, геморрагический синдром.**

Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, эпид. анамнеза: заболевание связывает с переохлаждением, клинических данных: синдромов интоксикационно-воспалительный, острого тонзиллита, геморрагический, гепатомегалии, лимфаденита.

2. Диагностика.

ОАК с определением атипичных мононуклеаров и времени свёртывания крови, ОАМ, АЛТ, АСТ, билирубин, протромбиновый индекс, ЭКГ, осмотр ЛОР- врача.

Для подтверждения диагноза необходимо провести обследование ИФА на 5-7 день болезни на вирус ВЭБ, ЦМВ.

Необходимо исключить заболевания, протекающие с тонзиллитом. Для этого проводится реакций Вассермана, бактериологическое исследование мазка из зева и миндалин на BL и флору, чувствительность к а/б.

3. Дифференциальная диагностика проводится с ангиной, дифтерией, менингококковой инфекцией (менингококцемия), сифилисом.

4. Лечение:

**Строгий постельный режим** (Весь лихорадочный период)

**Стол №4** (щадящая молочно-растительная диета).

**Этиотропная терапия**: циклоферон 12,5% - 2 мл внутримышечно по схеме: 1 и 2 дни ежедневно 1 раз в сутки, затем через день, + клафоран 2 г/с.

**Патогенетическая терапия:**

**Дезинтоксикация** (раствор глюкозы 5% - 200-400 мл с аскорбиновой кислотой, раствор хлорида натрия 0,9% 200-400 мл. с рибоксином 2%-10,0).

10) **Антиоксиданты:** токоферол, аскорутин.

11) Преднизолон 1 мг/кг, свежезамороженная плазма 400 мл, дицинон 12,5% - 2 мл в/мышечно через каждые 12 часов.

Симптоматическая терапия: полоскание ротоглотки хлоргексидином или фурацилином; жаропонижающие средства парацетамол при температуре тела 38,5°С, десенсибилизирующие средства (тавегил или кларитин).

Выписка проводится после полного клинического выздоровления и отсутствия в ОАК атипичных мононуклеаров.

К фельдшеру ФАП обратился больной С., 18 лет. Жалобы при обращении на боль в горле при глотании, температуру 38,5°С, головную боль. Болен 3-й день. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,3°С, 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 BL.

**Эталоны ответов**

1. **Диагноз: “Лакунарная ангина, средней степени тяжести”.**

**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 BL для исключения дифтерии ротоглотки.

3. Лечение больной на дому. Рекомендован полупостельный режим, обильное, теплое питье, полоскание зева дезинфектом. Этиотропное лечение: антибиотики пенициллинового ряда per oz.

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.

17) 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.

**1. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика АНГИН»**

| заболевание | Возбудитель | Пути и факторы передачи | Синдромы, особенности синдрома тонзиллита | Диагностика (ОАК, мазки из ротоглотки) | лечение | Осложнения | Исходы, профилактика |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Дифтерия** | | | | | | | |
| **Стрептококковая ангина** | | | | | | | |
| **Инфекционный мононуклеоз** | | | | | | | |
| **Туляремия** | | | | | | | |
| **Кандидоз** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп.- М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2012, 816 с
2. Лекции кафедры.

**Дополнительная:**

1. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ": сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2011. - 102 с.

**Зачетное занятие.**

**Цель:** оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

Оценочными средствами промежуточной аттестации являются: тестирование, собеседование, практические навыки – примерные задания представлены в приложении Б

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

Подготовка к зачетному занятию.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. 3-е изд., испр. и доп.- М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2012, 816 с
2. Лекции кафедры.

**Дополнительная:**

1. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад. Минздравсоцразвития РФ": сост. А. Л. Бондаренко [и др.]. - Киров, 2011. - 102 с.

Составитель: доцент Барамзина С.В.

Зав. кафедрой профессор Бондаренко А.Л.

**Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе учебной дисциплины «Инфекционные болезни, фтизиатрия»**
**Раздел Инфекционные болезни**

Специальность 31.05.03 Стоматология (3++)
Профиль – Стоматология
Форма обучения - очная
Кафедра инфекционные болезни
Автор к.м.н., доцент Барамзина С.В.

На 2025 / 2026 учебный год в приложение А вносятся следующие дополнения и изменения:

**Раздел 2. Вирусные инфекции**
**Тема 2.1: Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп**
**Цель:** способствовать формированию знаний и умений по теме **"Грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп"**, научить выявлению клинических особенностей, диагностике, лечению, выявлению изменений со стороны ротовой полости при ОРВИ и гриппе. **В практической работе рекомендуется обращаться к ИИ-ассистенту, основанному на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ. Даёт обоснованные ответы на вопросы о тактике ведения пациентов, выборе лекарственных препаратов, алгоритмах обследования и терапии.**
**Задачи:** рассмотреть особенности этиологии, патогенеза клиники течения и исходов данных ОРВИ и гриппа, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические и профилактические мероприятия.
**Обучающийся должен знать:**
1. Современные представления о возбудителях ОРВИ, их антигенных свойствах и изменчивости.
2. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения ОРВИ.
3. Патогенез, репродукция вируса. Патогенез респираторного синдрома.
4. Клиника не осложненных форм ОРВИ с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести. Острая дыхательная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Другие осложнения со стороны органов дыхания и нервной системы, современная классификация.
5. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза гриппа, ОРВИ.
6. Принципы лечения больных с гриппом, ОРВИ.
7. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика. Типы вакцин. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
9. А д е н о в и р у с н а я и н ф е к ц и я.
10. Этиология. Особенности возбудителя. Устойчивость в окружающей среде.
11. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи. Периодичность. Сезонность. Возрастное распространение. Восприимчивость. Иммунитет. Особенности изменений на слизистой рта.
12. Патогенез. Клиника Клиническая классификация. Осложнения. Исходы.
13. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими ОРВИ. Лечение. Лечение осложнений.
14. Профилактика. Специфическая профилактика.
15. ПАРАГРИПП. Этиология. Характеристика вируса. Устойчивость во внешней среде.
16. Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет. Патогенез. Внедрение возбудителя и изменения на уровне гортани. Клиника. Инкубационный период. Цикличность течения. Клинические симптомы. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Серологические методы исследования. Лечение.

**Обучающийся должен уметь:**
1. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез.
2. Провести полный осмотр больного, тщательный осмотр слизистой рта, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
3. Наметить план обследования (серологическое, вирусологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
4. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
5. Назначить адекватную терапию больному. Определить показания к госпитализации, программу лечения на дому. Назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами с гриппом и ОРВИ, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Методами общеклинического обследования пациентов с подозрением на грипп, ОРВИ.
3. Навыком составления плана диагностических мероприятий при подозрении на грипп, ОРВИ и выявления неотложных и угрожающих жизни состояний.
4. Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики гриппа, ОРВИ.
5. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза «Грипп», «парагрипп», «аденовирусная инфекция» на основании современных классификаций.
6. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии гриппа, ОРВИ. Особенностям терапии стоматита.
7. Методами и средствами профилактических мероприятий при гриппе, ОРВИ.
8. Навыком проведения дифференциального диагноза гриппа, ОРВИ.
9. Правильной техникой ведения медицинской документации (оформления истории болезни, амбулаторной карты) пациентов с гриппом, ОРВИ.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**
**1. ИИ-ассистент, основанный на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ.**
**1. Ответить на вопросы по теме занятия**
1) Дайте определение гриппа.
2) Назовите антигенные свойства вируса гриппа и расскажите об его изменчивости.
3) Перечислите источники инфекции, механизм заражения и пути распространения гриппа.
4) С какими антигенными изменениями связано развитие эпидемий и пандемий гриппа?
5) На чем основаны критерии тяжести гриппа?
6) Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.
7) Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
8) П а р а г р и п п. На сколько стабилен вируса парагриппа?
9) Каковы источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения инфекции.
10) Какие органы и ткани поражаются при парагриппе. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.
11) Опишите типичное течение парагриппа у взрослых.
12) Дайте характеристику возбудителя аденовирусной инфекции.
13) Назовите источники инфекции, механизм передачи.
14) Назовите классификацию клинических форм аденовирусной инфекции.
15) Перечислите методы диагностики.
16) Расскажите о профилактике аденовирусной инфекции.

**2. Практическая подготовка.**
**- КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО С ГРИППОМ И ДРУГИМИ ОРВИ:**
**Цель работы:** в результате опроса и осмотра пациента поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить правила выписки, диспансеризации и профилактические мероприятия.
**Методика проведения работы:**
1. провести опрос и осмотр больного с гриппом, ОРВИ;
2. при сборе эпиданамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными гриппом или с ОРВИ; возможность реализации воздушно-капельного и воздушно-пылевого путей передачи инфекции;
3. при осмотре определить характерные признаки заболевания (симптомы интоксикации, поражения верхних дыхательных путей и других органов и систем; выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки);
4. при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, рентгенологического исследования легких), результаты бактериологических, вирусологических и серологических методов исследования;
5. назначение режима, диеты, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения

конкретному пациенту;

6. определение критериев выписки больного и правил диспансеризации, профилактические мероприятия в очаге.

**Результаты:** оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

**Выводы:** в результате выполнения задания при беседе с пациентом формируются коммуникативные навыки, при клиническом осмотре и интерпретации результатов исследования – практические навыки, при проведении диагностического поиска и обосновании диагноза – клиническое мышление, при определении тактики ведения пациента – умения и навыки назначения диагностических мероприятий и адекватной терапии, проведения диспансеризации и профилактики.

**В практической работе рекомендуется обращаться к помощи ИИ-ассистента, основанной на актуальных клинических рекомендациях Минздрава РФ. Даёт обоснованные ответы на вопросы о тактике ведения пациентов, выборе лекарственных препаратов, алгоритмах обследования и терапии.**

**- РАБОТА В ПОЛИКЛИНИКЕ.**

**3. Решить ситуационные задачи**

*1) Алгоритм разбора задач*

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. Эпид. мероприятия в очаге?
3. План обследования больного?
4. Лечение: препараты, длительность их применения?

*2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной А., 60 лет, поступил в инфекционную больницу на 9-й дань болезни. Заболевание началось постепенно: в течение нескольких дней отмечалась слабость, недомогание, сухой кашель, осиплость голоса, снижение аппетита. Последние 2 дня температура утром 37,0-37,5$^0$С. В контакте с инфекционными больными на был. Профилактических прививок не получал.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, сыпи нет, пульс 80 уд./мин. Ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм.рт.ст, в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Эталон решения задачи:**

**Клинический диагноз:** ***Парагрипп, острый бронхит, ларингит.***

**Диагностика.**

ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ, осмотр ЛОР-врача.

**Лечение**

1. **Полупостельный режим** (Весь лихорадочный)
2. **Стол №15**
3. **Иммуномодуляторы:** циклоферон 4 таб. по схеме: 1,2,4,6,8 дни
4. **Патогенетическая терапия:**

**1. Дезинтоксикация** (обильное питье, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, вит. С 5%:-5 мл+ Эуфиллин 2,4%-10мл).

1. **Антиоксиданты:** токоферол, аевит, витамин U.
2. Таб. Бромгексин 8 мг - 3 р.с., м-ра от кашля, полоскание зева р-ом фурациллина
3. Ингаляции с эвкалиптом, лазолваном № 5

*3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Рабочий 32 г., обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39,1ºС, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошноту, слабость, анорексию. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

За 2 дня до заболевания навещал сестру, у которая ухаживала за больным ребёнком.

При объективном осмотре выявлены гиперемия лица, инъекция сосудов склер, заложенность носа, в

зеве разлитая умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

**4. Задания для групповой работы**

*Составить перечень противовирусных средств для лечения больных ОРВИ и гриппом.*

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

***Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:***

*1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

**Аденовирусная инфекция** - группа антропонозных острых вирусных заболеваний с поражением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и лимфоидной ткани преимущественно у детей и лиц молодого возраста.

**Этиология.** Возбудители - аденовирусы рода *Mastadenovirus* (аденовирусы млекопитающих) семейства *Adenoviridae.* В состав рода входит 80 видов (серотипов).

В семейство объединены вирусы с голым капсидом, средний диаметр вириона равен60-90 нм. Зрелый вирус состоит из 252 капсомеров, включая 240 гексонов, которые образуют грани, и 12 пентонов. образующих вертикали. Геном представлен линейной двунитчатой ДНК. Каждый вирион имеет не менее 7 антигенных детерминант. Антигенные свойства положены в основу классификации аденовирусов. Нуклеокапсид - единый комплемент-связывающий антиген данного семейства. Именно поэтому аденовирусы выявляют в РСК с помощью группоспецифической сыворотки. Гексоны содержат реактивные детерминанты семейства и типоспецифические антигены, которые действуют при высвобождении гексонов из вириона и отвечают за проявление токсического эффекта. Антигены гексонов содержат также родо- и группоспецифичные детерминанты. Пентоны содержат малые антигены вируса и реактивный растворимый антиген семейства, обнаруживаемый в инфицированных клетках. Очищенные нити ДНК содержат главный типоспецифический антиген. Пентоны и нити обусловливают гемагглютинирующие свойства вирусов. Поверхностные антигены структурных белков видо- и типоспецифичны. Геном представлен линейной двунитевой молекулой ДНК.

Аденовирусы чрезвычайно устойчивы в окружающей среде. Сохраняются в замороженном состоянии, адаптируются к температуре от 4 до 50 °С. В воде при 4 °С они сохраняют жизнеспособность 2 года: на стекле, одежде выживают в течение 10-45 дней. Резистентны к эфиру и другим растворителям липидов. Погибают от воздействия ультрафиолетового излучения, хлора; при температуре 56 °С погибают через 30 мин.

Для человека патогенны 49 видов аденовирусов, наибольшее значение имеют серовары типов 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 21, причём типы 1, 2, 5, 6 чаще вызывают заболевания у дошкольников; типы 3, 4, 7, 14, 21 - у взрослых.

**Эпидемиология.**

Источник инфекции - больной человек, выделяющий вирус в окружающую среду на протяжении всей болезни, а также вирусоноситель. Выделение вирусов происходит из верхних дыхательных путей, с фекалиями, слезами. Роль «здоровых» вирусоносителей в передаче инфекции достаточна значима. Максимальные сроки вирусовыделения составляют 40-50 дней. Аденовирусные конъюнктивиты могут быть нозокомиальной инфекцией.

**Механизм передачи** - воздушно-капельный, фекально-оральный.

Пути передачи - воздушно-капельный, пищевой, контактно-бытовой. Возможно внутриутробное инфицирование плода. Восприимчивость высокая. Болеют преимущественно дети и молодые люди. Сезонность не имеет решающего значения, но в холодное время года частота заболеваний аденовирусными инфекциями возрастает, за исключением фарингоконъюнктивальной лихорадки, которая

диагностируется летом. Характер эпидемического процесса во многом определяется серологическими типами аденовирусов. Эпидемии, вызванные аденовирусами типов 1, 2, 5, бывают редко, чаще встречаются типы 3, 7. После перенесённой болезни формируется видоспецифический иммунитет.

***Патогенез аденовирусной инфекции***

В патологический процесс вовлекаются различные органы и ткани: дыхательные пути, лимфоидная ткань, кишечник, мочевой пузырь, глаза, головной мозг. Аденовирусы серотипов 3, 4, 8, 19 вызывают конъюнктивит, а серотипы 40, 41 обусловливают развитие гастроэнтерита. Инфекции, вызываемые серотипами 3, 7, 11, 14. 21, протекают остро с быстрой элиминацией возбудителя. Серотипы 1, 2, 5, 6 вызывают легко протекающие заболевания, но могут длительно персистировать в лимфоидной ткани миндалин, аденоидов, мезентериальных лимфатических узлах и т.д. Аденовирусы могут проникать через плаценту, вызывая аномалии развития плода, пневмонии новорождённых. Входные ворота инфекции - верхние отделы дыхательных путей или слизистая оболочка конъюнктив.

Первичная репликация вируса происходит в эпителиальных клетках слизистой оболочки дыхательных путей и кишечника, в конъюнктиве глаз и лимфоидной ткани (миндалины, мезентериальные лимфатические узлы). Аденовирусы, циркулируя в крови, поражают эндотелий сосудов. В поражённых клетках образуются знутриядерные включения овальной или округлой формы, содержащие ДНК. Клетки увеличиваются, подвергаются деструкции, под эпителием накапливается серозная жидкость. Это приводит к экссудативному воспалению слизистых оболочек, образованию фибринозных плёнок и некрозу. Наблюдают лимфоидную инфильтрацию глубоких слоев стенок трахеи и бронхов. В просвете бронхов содержится серозный экссудат с примесью макрофагов и единичных лейкоцитов.

У детей раннего возраста вирусы могут бронхогенным путём достигать альвеол, вызывая пневмонию. Помимо местных изменений аденовирусы оказывают общее токсическое воздействие на организм, выражающееся симптомами интоксикации.

**Клиника.**

Инкубационный период длится от 5 до 14 дней.

Аденовирусная инфекция отличается полиморфизмом клинических симптомов и синдромов. В клинической картине могут преобладать симптомы, свидетельствующие о поражении дыхательных путей, глаз, кишечника, мочевого пузыря. лимфоидной ткани. Возможно развитие менингоэнцефалита. У взрослых аденовирусная инфекция протекает чаще в латентной форме, у лиц молодого возраста - в клинически выраженной. Заболевание развивается постепенно. Температура повышается с первого дня болезни, её продолжительность варьирует от 5-7 дней до 2 нед. Иногда субфебрилитет сохраняется до 4-6 нед, может быть двуволновая лихорадка, редко наблюдают три волны. В большинстве случаев симптомы интоксикации выражены умеренно даже при высокой лихорадке.

В связи с тропностью аденовирусов к лимфоидной ткани с первых дней болезни в процесс вовлекаются носоглоточные миндалины и появляются затруднённое носовое дыхание, одутловатость лица, серозный ринит с обильным отделяемым (особенно в младших возрастных группах). Характерный признак болезни - фарингит с выраженным экссудативным компонентом. Фарингит характеризуется умеренной болью или першением в горле. При осмотре выявляют гиперплазию лимфоидных фолликулов на фоне отёчной и гиперемированной слизистой оболочки задней стенки глотки. Миндалины увеличены, у некоторых больных видны белые нежные налёты, которые легко снять шпателем.

У взрослых в отличие от детей клинические признаки бронхита выявляют редко. Для детей характерен умеренный непродолжительный кашель со скудным слизистым отделяемым. Кроме того, почти у каждого пятого заболевшего ребёнка развивается острый стенозирующии ларинготрахеит, который протекает тяжело, с выраженным экссудативным компонентом. У некоторых детей возникает обструктивный синдром, имеющий отёчную или смешанную формы. Он может сохраняться до 3 нед. При этом кашель влажный, навязчивый; выдох затруднён, одышка смешанного типа. Аускультативно определяется большое количество влажных разнокалиберных и единичных сухих хрипов. У детей раннего возраста возможно развитие облитерирующего бронхита.

Нередко аденовирусная инфекция сопровождается умеренной лимфоаденопатией. Увеличиваются шейные, поднижнечелюстные, медиастинальные и мезентериальные лимфатические узлы. Мезаденит проявляется либо на фоне других проявлений аденовирусной инфекции, либо как основной синдром. Основной клинический признак - острая приступообразная боль преимущественно в нижней части живота (в правой подвздошной, околопупочной областях). Часто появляется тошнота, реже рвота, диарея. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы практически отсутствуют. У части больных имеет место гепатолиенальный синдром, иногда с повышением активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ).

Часто развивается конъюнктивит. Вначале он односторонний, позже поражается второй глаз. Различают катаральный, фолликулярный и плёнчатый конъюнктивит. Последняя форма наиболее типична. Конъюнктива век гиперемирована, зернистая, несколько набухшая; возможно небольшое выделение секрета. Через 1-3 дня на конъюнктиве появляются белые или серовато-белые плёнчатые налёты. Частый симптом - отёк век. Реже наблюдают кератоконъюнктивит, при котором образуется инфильтрат в субэпителиальном слое роговицы, возникает её помутнение, снижается острота зрения. Процесс длится до одного месяца и, как правило, обратим.

У взрослых при аденовирусной инфекции могут быть клинические признаки цистита. Описаны случаи острого энцефалита, вызываемого чаще серотипом 7 аденовирусов. В самостоятельную форму болезни выделена фарингоконъюнктивальная лихорадка, имеющая довольно чёткую клиническую картину, с высокой 4-7-дневной лихорадкой, интоксикацией, ринофарингитом, плёнчатым конъюнктивитом.

***Осложнения аденовирусной инфекции***

Частые осложнения - отит, синусит и пневмония, развивающиеся в результате присоединения вторичной инфекции. Нередко на фоне аденовирусной инфекции происходит обострение хронического тонзиллита. Описаны случаи осложнения аденовирусного мезаденита кишечной инвагинацией.

***Диагностика аденовирусной инфекции***

Клинически аденовирусную инфекцию диагностируют по наличию конъюнктивита, фарингита, лимфаденопатии на фоне лихорадки.

Картина крови при аденовирусной инфекции неспецифична и не имеет диагностического значения. Серологическая диагностика используется для ретроспективной расшифровки этиологии ОРВИ. Широко применяют РТГА и РСК. Методы экспресс-диагностики представлены реакцией непрямой гемадсорбции, ИФА и РИФ. Они позволяют в течение 3-4 ч обнаружить антигены аденовирусов в эпителиальных клетках носовой полости. Соскоб клеток производится в первые дни инфекционного процесса. Обнаружение вирусных антигенов в ядрах эпителиальных клеток свидетельствует о латентном течении инфекционного процесса, наличие антигенов в цитоплазме позволяет диагностировать острое заболевание. Выделение вируса в культуре ткани используется для научных целей.

*Лечение аденовирусной инфекции*

Режим - постельный на период лихорадки.

В большинстве случаев при неосложнённой форме аденовирусной инфекции этиотропную терапию не назначают.

При тяжёлом течении инфекционного процесса возможно назначение арбидола, препаратов интерферона и его индукторов (циклоферон, амиксин).

*Среди препаратов интерферона лейкоцитарного человеческого используют: интерферон лейкоцитарный человеческий сухой 2 раза в сутки в оба носовых хода по 5 капель (по 0,25 л),*
*офтальмоферон, интерлок по 1 капле 10 раз в сутки в каждый глаз (для лечения конъюнктивита),*
*лейкинферон для инъекций сухой (вводят в/м, ингаляционно) 100 тыс. МЕ.*

Антибиотики показаны при присоединении вторичной бактериальной инфекции.

*2) Ответить на вопросы для самоконтроля.*

**Г р и п п.**

1. Опишите этиологию и эпидемиологию гриппа.
2. Что такое антигенный шифт и дрейф?
3. Укажите особенности патогенеза гриппа, расскажите о роли вирусемии и токсемии в развитии генерализованных нарушений микроциркуляции, патогенезе респираторного синдрома.
4. Какова клиника типичного гриппа.
5. На чем основаны критерии тяжести гриппа?
6. Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.
7. Расскажите обособенностях терапии гриппа.
8. Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
9. П а р а г р и п п.
10. Этиология.
11. Каковы источники инфекции. Механизм заражения, пути пути передачи инфекции.
12. Какие органы и ткани поражаются при парагриппе. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.
13. Опишите типичное течение парагриппа у взрослых.

14. Лечение
15. Профилактика

**Аденовирусная инфекция:**

16. Дать определение аденовирусной инфекции.
17. Перечислить эпидемиологические свойства аденовирусов.
18. Укажите источник инфекции, механизм заражения аденовирусной инфекцией?
19. Эпидемиологические особенности аденовирусной инфекции.
20. Клиника заболевания.
21. Осложнения.
22. Терапия.
23. Профилактика.

*3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Уровень поражения верхних дыхательных путей при гриппе (1), парагриппе (2):

1) нос
2) гортань
3) трахея
4) бронхи
5) альвеолы

2. Аденовирусная инфекция обусловливает:

1) периваскулярные воспалительно-инфильтративные процессы во всех отделах дыхательных путей
2) тромбоз артериол и венул дыхательных путей
3) воспалительно-инфильтративные процессы в прикорневых зонах лёгкого
4) поражение средних бронхов
5) заполнение альвеол экссудатом и отёчной жидкостью

3. Аденовирусная инфекция (1) и парагрипп (2) сопровождаются:

1) выраженной интоксикацией
2) умеренной интоксикацией
3) явлениями назофарингита, коньюнктивита
4) ларингитом
5) полиаденопатией заднешейных и нижнечелюстных лимфатических узлов

4. Осложнения парагриппа (1) и гриппа (2):

1) энцефалит
2) менингоэнцефалит
1) стеноз гортани
2) вирусная пневмония
4) экссудативный плеврит
5) обострение дремлющих инфекций

5. Методы лабораторной диагностики гриппа:

1) выделение возбудителя из мокроты
2) выделение возбудителя из носовой слизи
3) РНГА
4) РСК
5) МИФ для выявления АГ в мазках-отпечатках со слизистой носа

6. Для лечения гриппа (1) и парагриппа (2) используют:

1) циклоферон
2) азитромицин
3) озельтамивир
4) доксициклин
5) 4-аминохинолины

7. Подозрение на аденовирусную пневмонию основывается:

1) умеренная интоксикация
2) упорный сухой кашель
3) симптомы дыхательной недостаточности
4) скудность физикальных данных

5) боли в грудной клетке при дыхании
8. Основной источник инфекции при парагриппе:
1) домашние животные
2) грызуны
3) больные люди
4) насекомые
9. Возбудитель аденовирусной инфекции:
1) грамотрицательная бактерия
2) пневмотропный вирус
3) особый вид риккетсий
4) токсоплазма
5) риккетсии
10. Заражение гриппом происходит:
1) при контакте с больными
2) аэрогенным путем
3) при купании в водоемах
4) при уходе за больными животными
5) пищевым и контакто-бытовым путем
11. Укажите неправильные утверждения: заражение аденовирусной инфекцией происходит при:
1) контакте с больными
2) пользовании кондиционером
3) проведении ИВЛ
4) купании в бассейне
12. Укажите неправильные утверждения: при гриппе наблюдается:
1) пневмония
2) диспепсический синдром
3) токсическое поражение почек и печени
4) гнойный менингоэнцефалит
5) катарально-респираторный синдром

**Эталоны ответов:**

1. 1) 1,3 2) 1,2
2. 4,5
3. 1) 1,2,5 2)2,4
4. 1)3 2) 1,2,4,5
5. 1,2,3,4,5
6. 1) 1 2) 3
7. 1,3,5
8. 3
9. 2
10. 1, 2
11. 2,3
12. 2,3,4

*4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

**1. Решите задачу.**

Больной А., 60 лет, поступил в инфекционную больницу на 9-й дань болезни. Заболевание началось постепенно: в течение нескольких дней отмечалась слабость, недомогание, сухой кашель, осиплость голоса, снижение аппетита. Последние 2 дня температура утром 37,0-37,5$^0$С. В контакте с инфекционными больными на был. Профилактических прививок не получал.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, сыпи нет, пульс 80 уд./мин. Ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм.рт.ст, в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. **Алгоритм разбора задач.**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

**2. Выполните практические задания.**

*1. Составить схему патогенеза ОДН при отёке лёгких при гриппе и стенозе гортани.*

*2. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика аденовирусной инфекции, гриппа, парагриппа»*

| **заболевание** | **Возбудитель** | **Пути и факторы передачи** | **Синдромы, уровень поражения верхних дыхательных путей** | **Возраст больных** | **Диагностика** | **лечение** | **Осложнения** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Аденовирусная инфекция** | | | | | | | |
| **Грипп** | | | | | | | |
| **Парагрипп** | | | | | | | |

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Инфекционные болезни: учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов.- Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов, Т. К. Кускова.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 377 с. ЭБС Консультант студента **URL:** https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468623.html. - Текст: электронный. Экземпляры: Консультант студента
2. Инфекционные болезни: учебник для студентов медицинских вузов. - Е. П. Шувалова [и др.].- СПб.: СпецЛит, 2019. - 575 с.

**Дополнительная:**

1. Острые респираторные вирусные инфекции: учеб. пособие для студентов мед. вузов / ФГБГОУ ВО "Кировский ГМУ Минздрава России"; сост.: А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных. - Киров, 2017. - 90 с.
2. **https://medbase.ru/pages/buy_acc.html**

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«17» февраля 2026 г., протокол № 7
Зав. кафедрой Бондаренко А.Л.

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

**Кафедра инфекционных болезней**

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)**

# ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)**

**Инфекционные болезни. Фтизиатрия. (Раздел «Инфекционные болезни»)**

Специальность: 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП – Стоматология
Форма обучения очная

## 1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

| Показатели оценивания | Критерии и шкалы оценивания | | | | Оценочное средство | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | не зачтено | зачтено | зачтено | зачтено | для текущего контроля | для промежуточной аттестации |
| *ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач* | | | | | | |
| *ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного инфекционного профиля.<br>- по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях инфекционных заболеваний,<br>-по основным профилактическим и противоэпидемиче | Общие, но не структурированные знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного инфеционного профиля.<br>-по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях инфекционных заболеваний,<br>-по основным профилактическим и | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания<br>-По методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного инфекционного профиля.<br>-По этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях инфекционных заболеваний,<br>-по основным профилактически | Сформированные систематические знания<br>-по методике сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациента и ее особенностях у больного инфекционного профиля.<br>-по этиологии, патогенезу, клинической картине, диагностике, особенностям течения и возможных осложнениях инфекционных заболеваний, | тест устный опрос, клинический разбор | Тест, собеседование |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ским мероприятиям при инфекционных заболеваниях, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | противоэпидемическим мероприятиям при инфекционных заболеваниях, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | м и противоэпидемическим мероприятиям при инфекционных заболеваниях, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | -по основным профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям при инфекционных заболеваниях, правилам проведения противоэпидемических мероприятий в очаге. | | |
| Уметь | Частично освоенное умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на инфекционное заболевание. | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на инфекционное заболевание. | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на инфекционное заболевание. | Сформированное умение по сбору полного анамнеза у больного с подозрением на инфекционное заболевание. | устный опрос, решение ситуационных задач, портфолио | решение ситуационных задач |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | В целом успешное, но не систематическое применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, -анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | Успешное и систематическое применение навыков -получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, - анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. | Тесты, решение ситуационных задач | прием практических навыков, решение ситуационных задач |
| *ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач* | | | | | | |
| *ИД ОПК 6.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов* | | | | | | |
| Знать | Фрагментарные знания -по клиническим рекомендациям | Общие, но не структурированные знания -по клиническим | Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания | Сформированные систематические знания | тест устный опрос, клинич | тест собеседование |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по порядкам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным инфекционного профиля. | рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по порядкам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным инфекционного профиля. | -по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по порядкам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным инфекционного профиля. | -по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по порядкам оказания медицинской помощи больным инфекционного профиля<br>-по стандартам медицинской помощи больным инфекционного профиля. | еский разбор | |
| Уметь | Частично освоенное умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских | В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и | В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию | Сформированное умение<br>-по разработке оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента.<br>-по разработке плана лечения с учетом течения заболевания, подборке, назначению лекарственной терапии, использованию методов немедикаментозного лечения.<br>- по формулировке медицинских показаний к избранному | устный опрос решение ситуационных задач, портфолио | решение ситуационных задач |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых. инфекционного профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых. инфекционного профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых. инфекционного профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | методу лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания.<br>-по обоснованию схемы, плана и тактики ведения пациентов, медицинских показаний и противопоказаний к операции.<br>-по обоснованию, планированию и применению основных методов лечения стоматологических заболеваний у больных детей и взрослых. фтизиатрического профиля<br>-по определению объема и последовательности предполагаемых мероприятий по лечению<br>-по определению необходимости направления пациента к соответствующим врачам-специалистам.<br>-по направлению пациентов на стационарное лечение при стоматологических заболеваниях в установленном порядке. | | |
| Владеть | Фрагментарное применение навыков обоснования | В целом успешное, но не систематическое применение | В целом успешное, но содержащее отдельные | Успешное и систематическое применение | решение ситуац | прием практических навыко |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у взрослых инфекционного профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения. | навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у взрослых инфекционного профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | пробелы применение навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у взрослых инфекционного профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | навыков обоснования наиболее целесообразной тактики лечения, формирования плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях у взрослых инфекционного профиля, наблюдения за ходом лечения пациента, оценки возможных осложнений, вызванных применением методики лечения | ионных задач | в решение ситуационных задач |

**2. Типовые контрольные задания и иные материалы**

**2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки**

| *Код компетенции* | *Комплект заданий для оценки сформированности компетенций* |
|---|---|
| *ОПК-5* | **Примерные вопросы к зачету (с №1 по №5 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>1. Принципы диагностики инфекционного заболевания. Лабораторные методы исследования, направленные на выявление возбудителя в организме человека.<br>2. Лабораторные методы в диагностике инфекционных болезней (вирусологический, бактериологический, серологический, паразитологический). Значение в диагностике определенных классов иммуноглобулинов.<br>3. Иммунологические методы диагностики инфекционных заболеваний. Методы определения клеточного и гуморального иммунитета. Иммуноблотинг, полимеразная цепная реакция. Клинико-иммунологическая оценка лабораторных данных.<br>4. Принципы и методы лечения инфекционных заболеваний.<br>5. Принципы лечения бактерионосительства.<br><br>**Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с № 1 по №10 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>**1.** Дайте определение понятий «инфекция», «инфекционный процесс».<br>**2.** Назовите основные отличительные особенности инфекционных болезней от заболеваний терапевтического профиля.<br>**3.** Как можно классифицировать инфекционных болезни по механизму передачи? |

**4.** Дать определения следующим понятиям: механизм передачи, факторы передачи, пути передачи, источник инфекции, резервуар инфекции.

***Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации***

***1 уровень:***

1. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС – ЭТО:

1) распространение инфекционных болезней среди животных

2) наличие возбудителей в окружающей среде

3) взаимодействие микро- и макроорганизма*

4) зараженность инфекционными агентами переносчиков

5) распространение болезней среди людей

2. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

1) специфичностью возбудителя

2) наличием инкубационного периода

3) заразительностью

4) формированием иммунитета

5) ациклическим течением*

3. ИЗ УКАЗАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ К и антропонозам ОТНОСИТСЯ:

1) иерсиниоз

2) бешенство

3) вирусный гепатит В*

4) легионеллез

5) бруцеллез

4. ЗАБОЛЕВАНИе, ПРИ КОТОРом БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:

1) туляремия*

2) бешенство

3) амебиаз

4) грипп

5) парагрипп

5. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЮЩИХ БОЛЕЗНЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1) дизентерии - бактериологическое исследование кала

2) вирусных гепатитов - иммунологическое исследование крови

3) геморрагической лихорадки с почечным синдромом - бактериологическое исследование крови*

4) туляремии - внутрикожную аллергическую пробу

5) *малярии - бактериоскопию мазка крови*

***2 уровень:***

1. ИЗ УКАЗАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ К САПРОНОЗАМ (1) и антропонозам (2) ОТНОСИТСЯ:

1) эшерихиоз

2) бешенство

3) вирусный гепатит В

4) легионеллез

5) бруцеллез

1) 2,4,5 2) 3

2. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ БОЛЬНЫЕ НЕ ЗАРАЗНЫ (1) и заразны (2) ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ:

1) туляремия

2) бешенство

3) амебиаз

4) лептоспироз

*5. бруцеллез*

*1) 1,4,5 2) 2*

***3 уровень:***

*Больной гепатитом А оставлен для лечения на дому.*

*Проведите необходимые противоэпидемические мероприятия: (несколько ответов)*

*а) Изолировать больного в отдельную комнату**

*б) Изоляция больного не требуется*

*в) Дезинфекцию в квартире не проводят*

***г) Проводят текущую и заключительную дезинфекцию в квартире****

**Примерные ситуационные задачи**

1. Больной А., 60 лет, поступил в инфекционную больницу на 9-й дань болезни. Заболевание началось постепенно: в течение нескольких дней отмечалась слабость, недомогание, сухой кашель, осиплость голоса, снижение аппетита. Последние 2 дня температура утром 37,0-37,5$^0$С. В контакте с инфекционными больными на был. Профилактических прививок не получал.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая, сыпи нет, пульс 80 уд./мин. Ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены. АД 110/70 мм.рт.ст, в легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. Язык суховат, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Эталон решения задачи:**

**Клинический диагноз:** ***Парагрипп, острый бронхит, ларингит.***

**Диагностика.**

ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ, осмотр ЛОР- врача.

**Лечение**

1. **Полупостельный режим** (Весь лихорадочный)
2. **Стол №15**
3. **Иммуномодуляторы:** циклоферон 4 таб по схеме: 1,2,4,6,8 дни
4. **Патогенетическая терапия:**

**1. Дезинтоксикация** (обильное питье, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, вит. С 5%:-5 мл+ Эуфиллин 2,4%-10мл).

*1.* **Антиоксиданты:** токоферол, аевит, витамин U.

*2.* Таб. Бромгексин 8 мг - 3 р.с., м-ра от кашля, полоскание зева р-ом фурациллина

*3.* Ингаляции с эвкалиптом, лазолваном № 5

*2. Вы – врач, на вызове у больного 30 лет. Заболел три дня назад, беспокоит сильный кашель, насморк, слезоточение, температура тела 38.0º-38.3ºС.*

Эпид.анамнез: О проведённых прививках не помнит. Контакт с инфекционными больными отрицает.

| | |
|---|---|
| | При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве – гиперемия, на слизистой щек мелкоточечные белые высыпания, на мягком небе – энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены.<br><br>1. Эталон ответа:<br>1. Синдром интоксикации, катаральный, энантемы.<br>2. **Корь, катаральный период.**<br>*1)* Следует направить больного в инфекционный стационар, т.к. только легкие формы заболевания лечатся на дому.<br>*2)* Дифференцировать следует с ОРЗ (аденовирусной инфекцией), но в пользу кори говорит отсутствие прививок против кори, наличие пятен Филатова на слизистой щек и энантема на мягком небе.<br>*Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Карантин на контактных накладывается на 21 день, весь период карантина – контроль за температурой тела, осмотр кожи, слизистых. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Не принимать не болевших корью и не привитых. Мед. отвод от прививок против других инфекций на все время карантина. Не привитым и не болевшим корью ввести коревой гамма-глобулин в первые три дня контакта. Сан.просвет.работа с контактными.* |
| | **Примерный перечень практических навыков**<br>1. Сбор анамнеза у больного с инфекционным заболеванием.<br>2. Сбор и анализ направленного эпидемиологического анамнеза.<br>3. Клиническое обследование больного с инфекционным заболеванием. |
| | **Примерные задания для написания (и защиты) рефератов**<br>4. Новая коронавирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика инфекции.<br>5. Клиническая характеристика различных форм герпетической инфекции.<br>6. ВИЧ-инфекция. Современная ситуация, этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика инфекции. |
| | **Примерное задание к формированию портфолио**<br>Составить самостоятельно ситуационные задачи по теме острые респираторные инфекции. |
| ***ОПК-6*** | **Примерные вопросы к зачету**<br>**(с №17 по №22 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>17. Методы и средства специфической профилактики инфекционных болезней. Вакцино- и серопрофилактика. Виды вакцин. Анатоксины. Сыворотки.<br>18. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клинические проявления, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, правила выписки, диспансерное наблюдение, профилактические и противоэпидемические мероприятия при следующих нозологических формах:<br>19. Гепатит А.<br>20. Гепатит В.<br>21. Гепатит С.<br>22. Гепатит D.<br><br>**Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля**<br>**(с №5 по №10 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**<br>**5.** Противоэпидемические мероприятия (определение понятий, группировка противоэпидемических мероприятий, качество противоэпидемических средств<br>**6.** Дайте определение понятиям манифестная форма, субклиническая, (инаппарантная), стертая, персистентная (латентная) инфекция, медленная, реинфекция, супер-инфекция. |

**7.** Назовите периоды в клинике инфекционных заболеваний.

**8.** Дать определение патогенности, вирулентности, токсигенности, инвазивности.

**9.** Перечислите лабораторные методы верификации диагноза.

***10.*** Назовите алгоритм обоснования диагноза инфекционного заболевания.

***Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации***

***1 уровень:***

1. Аденовирусная инфекция обусловливает:

1) периваскулярные воспалительно-инфильтративные процессы во всех отделах дыхательных путей

2) тромбоз артериол и венул дыхательных путей

3) воспалительно-инфильтративные процессы в прикорневых зонах лёгкого*

4) поражение средних бронхов

5) заполнение альвеол экссудатом и отёчной жидкостью

*2. Метод лабораторной диагностики гриппа:*

1) выделение возбудителя из мокроты

2) идентификация возбудителя из носовой слизи методом ПЦР*

3) выделение возбудителя с поверхности кожи

4) бак посев

***5)*** *МИФ для выявления АГ в мазках-отпечатках со слизистой рта*

***3. Основной источник инфекции при парагриппе:***

1) домашние животные

2) грызуны

3) больные люди*

4) насекомые

4. Возбудитель аденовирусной инфекции:

1) грамотрицательная бактерия

2) пневмотропный вирус*

3) особый вид риккетсий

4) токсоплазма

5) риккетсии

5. Заражение гриппом происходит:

1) при контакте с кровью

2) аэрогенным путем*

3) при купании в водоемах

4) при уходе за больными животными

***5) пищевым и контакто-бытовым путем***

***2 уровень:***

1. Аденовирусная инфекция (1) и парагрипп (2) сопровождаются:

1) выраженной интоксикацией

2) умеренной интоксикацией

3) явлениями назофарингита, коньюнктивита

4) ларингитом

5) полиаденопатией заднешейных и нижнечелюстных лимфатических узлов

1) 1,2,5 2)2,4

2. Осложнения парагриппа (1) и гриппа (2):

1) энцефалит

2) менингоэнцефалит

**1)** стеноз гортани

**2)** вирусная пневмония

4) экссудативный плеврит

*5) обострение дремлющих инфекций*

*1)3 2) 1,2,4,5*

***3 уровень:***

Две студентки мед. училища проходили практику в инфекционной больнице. Студентка Сидорова Е. в основном работала в процедурном кабинете, а студентка Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом).

Через две недели после прохождения учебной производственной практики Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня потемнела моча (цвет пива).

Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА:**

1. У Ивановой Р. ***Предварительный Дз: Гепатит А, желтушная форма, степень тяжести?***

У Сидоровой Е. ***Предварительный Дз: Острый гепатит В(С)?, желтушная форма, степень тяжести?***

2. Ивановой Р. при условии отдельного проживания и лёгкого течения ГА госпитализация не показана. Сидоровой Е. Госпитализация показана, т. к. возможно тяжёлое течение ГВ.

3. ОАК, ОАМ, билирубин, ферменты АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, протромбин, ЭКГ.

4. Для подтверждения диагноза необходимо провести серологическое обследование методом ИФА на маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Д, G., +ПРЦ.

5. Дифференциальная диагностика проводится с вирусными гепатитами А, В, С, Д, G.

**6. Лечение:** Ивановой Р.

Базисная терапия: **Постельный режим** (на весь желтушный период)

**Стол №5,**

**дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)**

**Этиотропная терапия**: в данном случае не показана

**Дезинтоксикация** (раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл + рибоксин 2% -10 мл., реамберин).

**Антиоксиданты:** токоферол, аевит.

**Лечение:** Сидоровой Е

Базисная терапия: **Постельный режим** (на весь желтушный период)

**Стол №5,**

**дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)**

**Этиотропная терапия:** решение о назначении ПВТ после 30 дня болезни и сохранении маркёров репликации.

**Дезинтоксикация** (раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл + рибоксин 2% -10 мл., реамберин 400,0 в.в.+ ремаксол 400-800 в.в. №5).

**Антиоксиданты:** токоферол, аевит

**Примерные ситуационные задачи**

1. Больная В., 18 лет. Заболела 3 дня назад, впервые, когда появились субъективные ощущения в виде жжения, зуда, покалывания в углу рта и на верхней губе. Заболевание связывает с сильным переохлаждением.

Одновременно почувствовала недомогание, появились головные, мышечные и суставные боли. На следующий день на фоне гиперемии появились сгруппированные пузырьки (до 5 элементов) возле угла рта, на губе. Одновременно повысилась температура до 38,5 °С.

На 3-й день болезни аналогичные пузырьковые высыпания, сопровождающиеся зудом и жжением кожи, появились на ягодицах.

При осмотре температура тела 38°С. Больная вялая, апатичная. На фоне гиперемии на левой ягодице везикулы в количестве до пятнадцати элементов.

Пальпируются подчелюстные, заушные, паховые лимфоузлы в диаметре до 0,8 см, плотные, болезненные.

**Эталон решения ситуационной клинической задачи**

**1. Клинический диагноз и его обоснование:**

**Предварительный диагноз: Герпетическая инфекция I-II типа, распространенная форма, средней тяжести, первичный эпизод.**

Диагноз выставлен на основании острого начала заболевания синдрома интоксикации (повышение температуры до 38 °С, слабость); продрома (жжение, зуд, покалывание кожи угла рта и слизистой губы, мышечные и суставные боли, недомогание); характерных кожных изменений в разгаре заболевания (локальная гиперемия кожи; сгруппированные везикулы на лице; в последующем – на ягодицах), изменения регионарных лимфатических узлов.

1. Госпитализирована по клиническим показаниям (распространенная форма).

2. Для подтверждения диагноза необходимо назначить: ИФА с герпетическими диагностикумами I и II типов ВПГ (диагностичным является четырехкратное нарастание титра антител к ВПГ в парных сыворотках, обнаружение IgM); ПЦР для выявления ДНК герпес-вирусов; экспресс-диагностика ВПГ- инфекции (метод электронной микроскопии содержимого везикул);

3. Необходимо провести диф. диагноз с ГИ, вызванной другими герпес-вирусами, ветряной оспой, аллергическим дерматитом.

4. Лечение:

**1.** Валацикловир 500 мг-2 р в сутки, курс 10 дней или фамвир;

**2.** клафоран 2 г/сут (для профилактики присоединения бактериальной инфекции)

**3.** Дезинтоксикационная терапия (обильное питьё)

**3)** местно 5 %-й крем ацикловира 5–6 раз в сутки; р-ром бриллиантовой зелени.

**4)** иммунокоррекция (12,5 %-2,0 р-р циклоферона №10 внутримышечно по схеме)

- антигистаминные препараты (кестин 10 мг 1 раза в день 7 дней)

*2 .Пациент Ф., 20 лет, военнослужащий. Заболевание связано с внутривенным употреблением героина, 2 года назад перенес желтушную форму острого гепатита С, жалоб не предъявляет. При поступлении: состояние удовлетворительное, иктеричность склер. Со стороны легких и сердца - без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край плотный, гладкий.*

**В ОАК:** Эр-5,0□$10^{12}$л, НВ-163 г/л, ЦП-1,1, лейк-6,4□$10^{9}$л, сегм-66%, пал-5%, лимф-19%, мон-9%, эоз-1%, СОЭ-2 мм/ч. Биохимический анализ крови: общ. билир. - 35,1 мкмоль/л, прям. - 15,1 мкмоль/л, непрям. - 20,0 мкмоль/л, АЛТ-242 Ед (N - до 40 Ед), АСТ- 90 Ед, протромбин - 70%, ЩФ-229 мкмоль/л, диастаза крови-20,3 ммоль/л, общ.белок-71,5 г/л, альб-49%, глоб.-51%, □1-8,9%, □2-9,2%, -13%, -26%, индекс А/Г-0,96.

**Маркеры вирусных гепатитов:** HBsAg - не обнаружен, выявлены - сумм. анти-HCV и сумм. анти-HBcor, в PCR определена HCV RNA, генотип 3, HBV DNA - не обнаружена. При биопсии печени выявлена гидропическая дистрофия гепатоцитов, портальные тракты расширены, фиброзированы, с умеренной лимфоидной инфильтрацией. Синусоиды с явлениями капилляризации, ИГА-7 баллов.

**ЗАДАНИЯ:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Определите показания к госпитализации.

3. Назначьте дополнительные методы обследования.

| | |
|---|---|
| | 4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.<br>5. Назначьте адекватное лечение.<br>6. Укажите правила выписки больного |
| | **Примерный перечень практических навыков**<br>4. Постановка предварительного диагноза инфекционного заболевания и его обоснование с выделением синдромов.<br>5. Составление плана обследования больного с инфекционным заболеванием.<br>6. Определение клинических и эпидемиологических показаний для госпитализации больного с инфекционным заболеванием и возможности лечения его на дому. |
| | **Примерные задания для написания (и защиты) рефератов**<br>1. Дифференциальная диагностика дифтерии и стрептококковой ангины.<br>2. Эпидемиологические и клинические особенности, диагностика, лечение и профилактика хронического гепатита С.<br>3. Этиологические и эпидемиологические особенности бешенства, клинические проявления различных форм заболевания, методы диагностики, лечебные и профилактические мероприятия. |
| | **Примерное задание к формированию портфолио**<br>Составить самостоятельно ситуационные задачи по теме острые вирусные гепатиты |

**Критерии оценки зачетного собеседования, устного опроса, собеседования текущего контроля:**

**Оценка «зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

**Оценка «не зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

**Критерии оценки тестовых заданий**:

**«зачтено»** - не менее 71% правильных ответов;
**«не зачтено»** - 70% и менее правильных ответов.

**Критерии оценки ситуационных задач***:*

**«отлично»** - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках

патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

**«хорошо»** - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

**«удовлетворительно»** - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

**«неудовлетворительно»** - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить ЭКГ и ФВД; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

**Критерии оценки практических навыков**:

**«зачтено»** - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

**«не зачтено»** - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

**Критерии оценки написания (и защиты) рефератов:**

**«зачтено»** – обоснована актуальность проблемы и темы, содержание соответствует теме и плану реферата, полно и глубоко раскрыты основные понятия проблемы, обнаружено достаточное владение терминологией, продемонстрировано умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал, умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы, к анализу привлечены новейшие работы по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.), полностью соблюдены требования к оформлению реферата, грамотность и культура изложения материала на высоком уровне.

**«не зачтено»** – не обоснована или слабо обоснована актуальность проблемы и темы, содержание не соответствует теме и плану реферата, обнаружено недостаточное владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы, не продемонстрировано умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал, умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы, использован очень ограниченный круг литературных источников по проблеме, не соблюдены требования к оформлению реферата, отсутствует грамотность и культура изложения материала.

**Критерии оценки по формированию портфолио:**

**«зачтено»** - представленные в портфолио работы соответствуют требованиям к структуре и

оформлению. Портфолио отвечает таким требованиям как полнота, самостоятельность, продуктивность систематизации, оптимальность, результативность и разнообразие представленных материалов; эффективность отбора, анализа, оценки, использования необходимой информации для выполнения профессиональных задач; качество, культура оформления представленных работ; креативный характер.

**«не зачтено»** - портфолио не представлено, либо не выполнено хотя бы одно задание.

### 2.2. Примерные вопросы к зачету

1. Принципы диагностики инфекционного заболевания. Лабораторные методы исследования, направленные на выявление возбудителя в организме человека.
2. Лабораторные методы в диагностике инфекционных болезней (вирусологический, бактериологический, серологический, паразитологический). Значение в диагностике определенных классов иммуноглобулинов.
3. Иммунологические методы диагностики инфекционных заболеваний. Методы определения клеточного и гуморального иммунитета. Иммуноблотинг, полимеразная цепная реакция. Клинико-иммунологическая оценка лабораторных данных.
4. Принципы и методы лечения инфекционных заболеваний.
5. Принципы лечения бактерионосительства.
6. Этиотропная терапия инфекционных заболеваний (антибактериальные, противовирусные, антигельминтные, противопротозойные, антимикотические препараты). Принципы назначения, механизм действия, показания и методы применения.
7. Серотерапия. Антитоксические и антимикробные сыворотки. Использование иммуноглобулинов. Осложнения иммунотерапии.
9. Принципы иммуномодулирующей терапии при инфекционных заболеваниях. Классификация иммунокорректоров. Механизмы действия различных иммуномодуляторов. Показания к применению иммунокоррегирующих средств.
9. Патогенетическая терапия. Методы и средства дезинтоксикационной терапии.
10. Причины и механизмы развития различных видов дегидратации. Принципы и средства оральной и парентеральной регидратационной терапии.
11. Осложнения при этиотропном и патогенетическом лечении инфекционных больных. Анафилактический шок.
12. Неотложные состояния при инфекционных болезнях: инфекционно-токсический шок, острая дыхательная недостаточность, гиповолемический шок, острая печеночная энцефалопатия. Патогенез, клинические проявления.
13. Требования к устройству инфекционных больниц и отделений. Устройство и организация работы приемного отделения. Условия и режим работы мельцеровского бокса.
14. Понятие об общей структуре инфекционной службы. КИЗы. Организация их работы и роль в борьбе с инфекционными заболеваниями.
15. Организация лечения больных ОРВИ на дому.
16. Общие принципы профилактики инфекционных болезней.
17. Методы и средства специфической профилактики инфекционных болезней. Вакцино- и серопрофилактика. Виды вакцин. Анатоксины. Сыворотки.
18. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация, клинические проявления, осложнения, лабораторная и инструментальная диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, правила выписки, диспансерное наблюдение, профилактические и противоэпидемические мероприятия при следующих нозологических формах:
19. Гепатит А.
20. Гепатит В.
21. Гепатит С.
22. Гепатит D.
23. Хронические вирусные гепатиты.
24. Грипп.

25. Аденовирусная инфекция.
45. Парагрипп.
26. Дифтерии ротоглотки.
27. Дифтерия гортани. Стадии крупа, лечение.
28. Инфекционный мононуклеоз.
29. Герпетическая инфекция.
30. Сепсис.
31. Чума.
32. Туляремия.
33. Сибирская язва.
34. ВИЧ-инфекция.
35. Рожа.
36. Столбняк.
37. Корь.
38. Скарлатина.
39. Краснуха.
40. Ветряная оспа.
41. Паротитная инфекция.

**Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля**

1. Дайте определение понятий «инфекция», «инфекционный процесс».
2. Назовите основные отличительные особенности инфекционных болезней от заболеваний терапевтического профиля.
3. Как можно классифицировать инфекционных болезни по механизму передачи?
4. Дать определения следующим понятиям: механизм передачи, факторы передачи, пути передачи, источник инфекции, резервуар инфекции.
5. Противоэпидемические мероприятия (определение понятий, группировка противоэпидемических мероприятий, качество противоэпидемических средств
6. Дайте определение понятиям манифестная форма, субклиническая, (инаппарантная), стертая, персистентная (латентная) инфекция, медленная, реинфекция, супер-инфекция.
7. Назовите периоды в клинике инфекционных заболеваний.
8. Дать определение патогенности, вирулентности, токсигенности, инвазивности.
9. Перечислите лабораторные методы верификации диагноза.
10. Назовите алгоритм обоснования диагноза инфекционного заболевания.
11. Современные представления о возбудителях ОРВИ, их антигенных свойствах и изменчивости.
12. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения ОРВИ.
13. Патогенез, репродукция вируса. Патогенез респираторного синдрома.
14. Клиника не осложненных форм ОРВИ с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести. Острая дыхательная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Другие осложнения со стороны органов дыхания и нервной системы, современная классификация.
15. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза гриппа, ОРВИ.
16. Принципы лечения больных с гриппом, ОРВИ.
17. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
18. Профилактика. Типы вакцин. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
19. А д е н о в и р у с н а я  и н ф е к ц и я.
20. Эти ол оги я. Особенности возбудителя. Устойчивость в окружающей среде.
2 1 . Эпидеми ол огия. Источники инфекции. Механизм передачи. Периодичность. Сезонность. Возрастное распространение. Восприимчивость. Иммунитет. Особенности изменений на слизистой рта.

22. Пат ог ен ез . Кл ини ка Клиническая классификация. Осложнения. Исходы.
23. Диагн ости ка. Дифференциальный диагноз с другими ОРВИ. Леч ен и е. Лечение осложнений.
24. Пр офи ла кти ка. Специфическая профилактика.
25. ПАРАГРИПП. Эти ол оги я. Характеристика вируса. Устойчивость во внешней среде.
26. Эп и дем и ол ог и я . Источники инфекции. Механизм передачи инфекции. Сезонность. Восприимчивость. Иммунитет. Па т ог ен ез . Внедрение возбудителя и изменения на уровне гортани. Клиника . Инкубационный период. Цикличность течения. Клинические симптомы. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Ди а г н ост и ка . Серологические методы исследования. Леч ени е.
27. Какие эпидемиологические особенности следует выяснять при подозрении на данные инфекции.
28. Укажите клинические признаки коревой, краснушной экзантемы, проведите дифференциальный диагноз.
29. Укажите клинические признаки проведите дифференциальный диагноз.
30. Провести дифференциальный диагноз патологических изменений в полости рта и ротоглотки при данных заболеваниях.
31. Какие методы лабораторной диагностики данных заболеваний.
32. Укажите основные принципы терапии указанных заболеваний.
33. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очагах паротитной инфекции, кори, краснухи.
34. *Какова профилактика данных инфекции.*
35.
36. Перечислите группы герпесвирусов.
37. Опишите их основные свойства.
38. Расскажите об эпидемиология ГИ.
39. Каковы источники инфекции, пути передачи?
40. Выделите группы риска по развитию ГИ.
41. Опишите основные звенья патогенеза различных форм ГИ.
42. Расскажите классификацию ГИ.
43. Какова клиническая характеристика герпетического поражения кожи, слизистых, ротовой полости при простом герпесе, ветряной оспе, опоясывающем герпесе?
44. Объясните причины рецидивирующего течения ГИ.
45. Какова лабораторная диагностика ГИ. Наиболее достоверные методы.
46. Проведите дифференциальную диагностику поражений кожи и слизистых при везикулёзных сыпях различной этиологии.
47. Опишите принципы лечения ГИ.
48. Особенности лечения герпетического стоматита.
49. Какие противовирусные препараты используются в терапии.
50. Принципы применения иммуномодуляторов с лечении ГИ.
51. Опишите профилактику простого и опоясывающего герпеса при проведении
52. 1. Расскажите о достижениях медицинской науки в изучении вирусных гепатитов А, Е.
53. 2. Опишите особенности эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах А, Е в России на современном этапе, заболеваемость.
54. 3. Объясните основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при вирусных гепатитах А,Е.
55. Какие особенности преджелтушного периода имеют острые вирусные гепатиты А, Е. Опишите клиническую картину заболеваний, современную классификацию?
56. Какие лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусных гепатитов А, Е.
57. Расскажите о принципах лечения больных с острыми гепатитами А и Е.
58. Укажите правила выписки пациентов с острыми гепатитами и диспансерное наблюдение за ними.

59. Каковы исходы острых вирусных гепатитов А и Е.
60. Печёночная энцефалопатия. Расскажите об этиология, патогенезе, клинике, и проведите неотложные мероприятия.
61. Каковы противоэпидемические мероприятия при острых гепатитах А, Е.
62. *Опишите профилактические меры в отношении вирусных гепатитов А, Е.*
63. 1. Расскажите о достижениях медицинской науки в изучении вирусных гепатитов В, С, Д.
64. 2. Опишите особенности эпидемиологического процесса при вирусных гепатитах В, С, Д в России на современном этапе, заболеваемость.
65. 3. Объясните основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при вирусных гепатитах В, С, Д.
66. 4. Какие особенности преджелтушного периода имеют острые вирусные гепатиты В, С, Д. Опишите клиническую картину заболеваний, современную классификацию?
67. Какие лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза вирусных гепатитов В, С, Д.
68. Расскажите о принципах лечения больных с острыми гепатитами.
69. Интерферонотерапия: показания, противопоказания, комбинированная терапия. Какие дополнительные методы обследования необходимы для назначения ПВТ.
70. Укажите правила выписки пациентов с острыми гепатитами и диспансерное наблюдение за ними.
71. Каковы исходы острых вирусных гепатитов. Как часто развиваются вирусные циррозы при острых гепатитах В, С, Д.
72. Печёночная энцефалопатия. Расскажите об этиология, патогенезе, клинике, и проведите неотложные мероприятия.
73. Каковы противоэпидемические мероприятия при острых гепатитах В, С, Д.
74. Опишите профилактические меры в отношении вирусных гепатитов В, С, Д.
75. Хронический гепатит В.
76. Каково антигенное строение HBV, какие особенности вируса способствуют хроническому течению гепатита В?
77. Какой процент хронизации?
78. Назовите источник инфекции при ГВ, механизм передачи, искусственные и естественные пути передачи.
79. Перечислите группы риска хронизации ГВ.
80. Расскажите о вирусо-иммуногенетической концепции патогенеза ГВ. Особенности взаимодействия вируса с гепатоцитами и клетками иммунной системы.
81. Опишите механизмы цитолиза гепатоцитов и холестаза, особенности патогенеза хронического ГВ.
82. Перечислите характерные морфологические изменения в печени при ГВ.
83. Каковы клинические проявления хронического ГВ. Клиническая характеристика активной и неактивной фазы процесса?
84. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
85. Укажите варианты течения ХГВ, критерии интегративной и репликативной фаз
86. Назовите осложнения и исходы ХГВ.
87. Дайте клиническую характеристику острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ I-IY степени).
88. Каков прогноз при хроническом ГВ?
89. Принципы терапии хронического ГВ, показания к интерферонотерапии, препараты, дозы длительность.
90. Хронический гепатит С.
91. Дайте определение хронического ГС.
92. Каковы современные представления об антигенном строении возбудителя?
93. Перечислите источники инфекции при ГС, группы риска.

94. Укажите особенности действия вируса, значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита.
95. Каково участие возбудителя гепатита С в формировании ряда аутоиммунных внепечёночных поражений, первичного рака печени?
96. Опишите особенности клиники хронических форм ГС. Клиническая характеристика активной и неактивной фазы процесса?
97. Какие клинические и лабораторные диагностические критерии различных фаз процесса вы знаете?
98. Назовите осложнения и исходы ХГС.
99. Каков прогноз при хроническом ГС?
**100.** Принципы терапии хронического ГС, показания к интерферонотерапии, препараты, дозы длительность.
**101.**
102. Перечислите свойства вируса иммунодефицита человека.
103. Назовите и охарактеризуйте пути передачи ВИЧ.
104. Назовите Российскую классификацию ВИЧ и классификацию ВОЗ.
105. Назовите особенности клинических проявлений стадии вторичных заболеваний (волосатая лейкоплакия языка, кандидозный стоматит, синуситы, фарингиты).
106. Перечислите методы специфической диагностики ВИЧ.
107. Назовите принципы терапии ВИЧ.
108. Как поступить для снижения риска инфицирования при уколе (порезе) инструментом, контаминированным ВИЧ?
109. Назовите меры профилактики ВИЧ.
110. Этиология орального кандидоза. Эпидемиология.
111. Патогенез орального кандидоза: этапы и механизмы формирования патологического процесса.
112. Факторы, способствующие развитию кандидоза полости рта, пути их инфицирования.
113. Клинические проявления острого орального кандидоза.
114. Клинические проявления хронического орального кандидоза.
115. Особенности клинического течения кандидозного стоматита у больных сахарным
116. диабетом, острым лейкозом, при ВИЧ – инфекции.
117. Дифференциальная диагностика кандидозов.
*118.* Лечение грибковых заболеваний полости рта. Профилактика.
119. *Проведите дифференциальный диагноз кандидозного тонзиллита с ангинами друг*
120.
121. Р о ж а.
122. Современные представления о возбудителе, его антигенных свойствах и изменчивости.
123. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения рожи, предрасполагающие факторы.
124. Патогенез патологических изменений при роже. Роль бактериемии и токсинемии в развитии генерализованных формах рожи. Патогенез кожных изменений.
125. Клиника не осложненных форм рожи с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести рожи. Геморрагическая и буллёзная форма рожи. Специфические осложнения, современная классификация.
126. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза рожи.
127. Принципы лечения больных с рожей.
128. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
129. Сезонная профилактика рожи.
130. С т о л б н я к.

131. Этиология. Источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения инфекции, особенности столбняка новорожденных.

132. Патогенез изменений нервной системы при столбняке. Значение токсинемии в патогенезе столбняка. Механизм развития судорожного синдрома при столбняке.

133. Типичная клиническая картина столбняка у взрослых, исход, причины смерти.

134. Симптоматическая терапия в лечении столбняка.

135. Методы экстренной и плановой профилактики столбняка.

136. О д о н т о г е н н ы й  с е п с и с

137. Современные особенности эпидемиологии одонтогенного сепсиса.

138. Факторы, способствующие развитию одонтогенного сепсиса

139. Клиническая классификация сепсиса.

140. Правила верификации диагноза.

141. Клиническая картина острого, подострого одонтогенного сепсиса, хрониосепсиса.

142. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса с другими инфекционными заболеваниями и соматической патологией.

143. Ранняя клиническая диагностика сепсиса.

144. Принципы лечения сепсиса.

145. Этиотропная терапия: возможности эмпирического подбора терапии, оценка эффективности, продолжительность.

*146.* Средства специфической и неспецифической патогенетической терапии.

147.

148. Симптомы и синдромы при дифтерии

149. Ранняя диагностика и дифф. диагностика дифтерии, стрептококковой ангины.

150. Ранние критерии тяжелого течения дифтерии, свидетельствующие о возможности развития осложнений. Стеноз гортани (острая дыхательная недостаточность), стадии. ИТШ. Другие ранние и поздние осложнения со стороны сердца и нервной системы, почек, современная классификация.

151. Неотложная терапевтическая помощь при осложнениях дифтерии.

152. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза дифтерии и ангин.

153. Острая дыхательная недостаточность. Причины, патогенез, типы ОДН, характеристика стадий, клинические особенности.

154. Клиника стеноза гортани, миокардита, полинейропатий. Неотложная помощь.

155. Комплексное лечение больных дифтерией, правила введения сыворотки по Безредке, дозы.

156. Профилактика. Типы вакцин.

157. Поражение ротоглотки у инфекционных больных (дифтерия, инфекционный мононуклеоз, скарлатина, ангина, герпангина).

158. Особенности возбудителей.

159. Морфологическая и антигенная характеристика.

160. Эпидемиологические особенности. Методы лабораторной биохимической и иммунодиагностики.

161. Врачебная тактика при работе с больным ангиной, дифтерией, инфекционным мононуклеозом.

162. Дифференциальный диагноз ангин. Осложнения. Предупреждение внутрибольничного заражения.

*163.* Принципы терапии и профилактики.

### *2.3. Примерный перечень практических навыков*

1. Сбор анамнеза у больного с инфекционным заболеванием.
2. Сбор и анализ направленного эпидемиологического анамнеза.
3. Клиническое обследование больного с инфекционным заболеванием.
4. Постановка предварительного диагноза инфекционного заболевания и его обоснование с выделением синдромов.
5. Составление плана обследования больного с инфекционным заболеванием.
6. Определение клинических и эпидемиологических показаний для госпитализации больного с инфекционным заболеванием и возможности лечения его на дому.
7. Интерпретация результатов лабораторных исследований (клинических, бактериологических, серологических и других).
8. Постановка клинического диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) в соответствии с МКБ, его обоснование, выделение клинико-лабораторных синдромов с объяснением механизмов их развития.
9. Проведение дифференциального диагноза с инфекционной и неинфекционной патологией.
10. Назначение адекватной этиотропной терапии и серотерапии, определение разовых, суточных и курсовых доз антибиотиков (химиопрепаратов) при конкретных инфекционных заболеваниях.
**11.** Определение наличия неотложных состояний и осложнений при инфекционных заболеваниях и оказание необходимой врачебной помощи на догоспитальном этапе и в условиях стационара при инфекционно-токсическом шоке, анафилактическом шоке, печеночной коме.

### 2.4. Примерные задания для написания рефератов

Перечень примерных тем рефератов по дисциплине:

1. Дифференциальная диагностика дифтерии и стрептококковой ангины.
2. Эпидемиологические и клинические особенности, диагностика, лечение и профилактика хронического гепатита С.
3. Этиологические и эпидемиологические особенности бешенства, клинические проявления различных форм заболевания, методы диагностики, лечебные и профилактические мероприятия.
4. Новая коронавирусная инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика инфекции.
5. Клиническая характеристика различных форм герпетической инфекции.
6. ВИЧ-инфекция. Современная ситуация, этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика инфекции.
7. Этиологические, эпидемиологические и клинические особенности, диагностика, лечение и профилактика особо-опасных инфекций.
8. Корь. Этиология, эпидемиология, клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика.
9. Этиологические, эпидемиологические и клинические особенности, диагностика и дифференциальный диагноз при вирусном и бактериальном паротите.

## 3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

### 3.1. Методика проведения тестирования

**Целью этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

**Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы**

| | Вид промежуточной аттестации |
|---|---|
| | зачет |
| Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы) | 18 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 2 |
| Всего баллов | **36** |
| Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность) | 8 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 4 |
| Всего баллов | **32** |
| Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача) | 4 |
| Кол-во баллов за правильный ответ | 8 |
| Всего баллов | **32** |
| Всего тестовых заданий | **30** |
| Итого баллов | **100** |
| Мин. количество баллов для аттестации | 70 |

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа.

**Результаты процедуры:**

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

### 3.2. Методика проведения приема практических навыков

**Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

**Описание проведения процедуры:**

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

**Результаты процедуры:**

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

### 3.3. Методика проведения устного собеседования

**Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий. Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

**Описание проведения процедуры:**

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по ситуационной задаче. Результат собеседования: в форме зачёта выставляются оценки «зачтено», «не зачтено».

**Результаты процедуры:**

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

### 3.8. Методика проведения защиты рефератов

**Методика защиты рефератов:** студент в устной форме докладывает основные положения реферата, отвечает на поставленные вопросы.

**Схема оформления реферата**

Реферат выполняются на стандартных листах форматом А4. Объем реферата – 8-10 страниц. Текст реферата печатается на компьютере. Шрифт Times New Roman - 14; интервал между строчками - 1,5. Размеры полей: левое - не менее 30 мм, правое - не менее 15 мм, верхнее и нижнее - не менее 20 мм. Номер страницы обозначается арабской цифрой без точки в конце и может располагаться вверху или внизу по центру или в правом углу.

**РЕФЕРАТ** должен включать следующие рубрики:

**титульные лист, оглавление (содержание),**

**введение** – вводная часть работы, в которой мотивируется обращение к данной теме (проблеме), излагается ее актуальность, формулируются цели и задачи работы, приводятся сведения, необходимые для понимания основного содержания и т.п.

**основная (содержательная) часть** работы, посвященная собственно раскрытию темы, может содержать рисунки, таблицы, фотографии.

**заключение** – заключительная часть работы, где дается обобщение изложенного материала, подчеркивается значение проделанной работы, формулируются выводы и т.п.

**список использованной литературы** - список всех источников, на основе изучения которых была сделана эта работа или которые были использованы в ней. Список, оформленный надлежащим образом, должен включать 4-5 источников за последние 5 лет.

Примеры библиографического описания источников в списке литературы:

1. книга одного автора:

Гончарова Т.А. Энциклопедия лекарственных растений. М.: Изд-во Дом МСП, 2001. 1120 с.;

2. книга двух, трех авторов:

Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., 2012. 252 с.;

3. книга четырех и более авторов:

Основы научных исследований: Учебник для вузов / В.И. Крутов [и др.]. - М.: Высшая школа, 2009. 400 с.;

4. статьи из книг, журналов, сборников:

Лаптева Е.Н., Рощин В.И., Султанов В.С. Специфическая активность полипренольного препарата "Ропрен" при токсическом поражении печени в эксперименте // Клиническое питание. 2007. № 3. С. 28-32;

5. иностранные издания:

Lin M.T., Beal M.F. Mitochondrial dysfunction and oxidative stress in neurodegenerative diseases // Nature. 2006. Vol. 443. P. 787-795.

### 3.6 Методика проведения оценки (защиты) портфолио

**Цель процедуры** в форме защиты портфолио является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к самостоятельной, творческой, научно-исследовательской деятельности.

**Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (на последнем занятии).

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя требования к структуре, содержанию и оформлению портфолио, критерии оценки.

Портфолио может содержать документы, подтверждающие результаты текущего контроля результатов освоения дисциплины.

**Описание проведения процедуры:**

На защите обучающийся должен хорошо ориентироваться в представленном портфолио, уметь объяснить методику выполнения заданий портфолио, отвечать на вопросы как теоретического, так и практического характера, относящиеся к содержанию портфолио.

В состав портфолио должны входить документы, подтверждающие практический опыт, сформированность компетенций и качество освоения вида профессиональной деятельности.

Технология оценивания: сопоставление установленных квалификационных требований с набором документированных свидетельских показаний, содержащихся в портфолио.

**Результаты процедуры:**

Результат процедуры оценивается «зачтено», «не зачтено».

Составитель: доцент Барамзина С.В.

Зав. кафедрой профессор Бондаренко А.Л.