



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)

ПРИНЯТА

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского
Минздрава России
Протокол от 24.06.2022 № 5
Председатель ученого совета,
директор ИПКВК и ДПО

И. О. Бугаева

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России
Н.В. Щуковский
« 31 » « 08 » 2022 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ
БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭПИДЕМИОЛОГА»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
эпидемиологии
Протокол от 17.06.2022 г. № 11
Заведующий кафедрой:

В.И. Ерёмин

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины:

- подготовка квалифицированного врача—эпидемиолога, владеющего универсальными и профессиональными компетенциями, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи; к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций.

Задачи освоения дисциплины:

1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-эпидемиолога, хорошо ориентирующегося в различных эпидемиологических ситуациях, имеющего базовые, фундаментальные медицинские знания и углубленные знания смежных дисциплин, обладающего эпидемиологическим мышлением и способного успешно решать свои профессиональные задачи
2. Овладение необходимым уровнем знаний в области эпидемиологии; обучение организации и проведению санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и ограничение распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций
3. Обучение проведению сбора и медико-статистического анализа информации о состоянии санитарно-эпидемиологической обстановки, предусмотренного законодательством в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия для обеспечения безопасной среды обитания человека
4. Ознакомление с принципами осуществления контрольно-надзорных функций в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе осуществление надзора в сфере защиты прав потребителей
5. Совершенствование знаний по оценке состояния здоровья населения и среды обитания человека
6. Приобретение знаний ведения документации, предусмотренной для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения
7. Совершенствование знаний основ медицинской этики и деонтологии, основ медицинской психологии

2. Перечень планируемых результатов

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями (УК)**:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник программы ординатуры должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа ординатуры:

производственно-технологическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1);

- готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний (ПК-2);

- готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере (ПК-4);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-5);

- готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья (ПК-6);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК-8).

2.1. Планируемые результаты обучения

п/№	номер/ индекс компетенции	содержание компетенции (или ее части)	в результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	уметь	владеть	оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	познавательные психические процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь); основы аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики.	использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессах формирования эпидемиологического мышления при решении задач врача-эпидемиолога; использовать в практической деятельности навыки аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики, практического анализа и логики различного рода рассуждений; использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессе выстраивания взаимоотношений с коллегами; использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе.	навыками формирования эпидемиологического мышления в решении профессиональных задач.	тестовый контроль, контрольные вопросы
2	УК-2	готовность к управлению	основы медицинской психологии;	бережно относиться к историческому наследию и	способностью четко и ясно изложить свою	тестовый контроль,

		коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология" в практике врача-эпидемиолога.	культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством; соблюдать этические и деонтологические нормы в общении.	позицию при обсуждении различных ситуаций; навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты деятельности в общении с коллегами и экспертами.	контрольные вопросы
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний	историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины; теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования –	разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации	методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

		(отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями; основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности; современные теории учения об эпидемическом процессе; суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей; организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности особенности противоэпидемических мероприятий при	профилактической и противоэпидемической помощи населению; обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии; применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний; проводить сбор эпидемиологического анамнеза; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; осуществлять комплекс профилактических и	инфекционных и неинфекционных заболеваний; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; алгоритмом проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; умением расследования случаев инфекционных заболеваний; умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; навыками составления предписания по	
--	--	--	---	--	--	--

			<p>инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей;</p> <p>основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней;</p> <p>принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний;</p> <p>этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний;</p> <p>эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;</p> <p>постановку эпидемиологического диагноза при основных</p>	<p>противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;</p> <p>организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями;</p> <p>организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой;</p> <p>осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности.</p>	<p>выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики.</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>группах инфекционных заболеваний;</p> <p>принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций;</p> <p>тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций;</p> <p>права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы;</p> <p>организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики;</p> <p>эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой.</p>			
4	ПК-2	<p>готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний</p>	<p>общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней;</p> <p>организацию эпидемиологических исследований;</p> <p>систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению</p>	<p>проводить статистический анализ;</p> <p>анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории;</p> <p>использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза;</p>	<p>методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний;</p> <p>методами оценки сложившейся санитарно-</p>	<p>тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы</p>

			<p>профилактических и лечебных мероприятий; основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики; эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику; принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; современные теории учения об эпидемическом процессе;</p>	<p>научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач</p>	<p>эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний;</p>	
--	--	--	--	---	--	--

			<p>методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; содержание и организацию противоэпидемической работы; тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций; основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий; учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях; основные законодательные акты, регламентирующие проведение</p>	<p>эпидемиологических исследований; выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них; проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию; проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки;</p>	<p>навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний; методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; методикой постановки диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний); знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации;</p>	
--	--	--	---	---	---	--

			<p>вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний эпидемическим показателям.</p>	<p>по</p> <p>заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;</p> <p>проводить сбор эпидемиологического анамнеза;</p> <p>формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов;</p> <p>оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки;</p> <p>разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий;</p> <p>организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и</p>	<p>методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации</p> <p>методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий; проводить анализ привитости населения, составлять отчётность по прививочной работе; формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора; проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показаниям.</p>		
5	ПК-4	готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для	лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики;	использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности;	навыками работы с компьютерными программами, применяемыми в практической	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

		использования профессиональной сфере	в	современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний; средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; требования к оборудованию для «холодовой цепи»; требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»; общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций.	пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности; организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; проводить бракераж МИБП.	деятельность Роспотребнадзора; методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике; знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники); навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием.	
6	ПК-5	готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям		гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению	организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней; проводить анализ привитости населения,	навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации;	тестовый контроль, ситуационные задачи,

		<p>оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний</p>	<p>здоровья, профилактике заболеваний; общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; расширенную программу иммунизации; этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний.</p>	<p>составлять отчётность по прививочной работе; проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов; организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии.</p>	<p>методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты; знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации; методами обучения населения основным гигиеническим</p>	<p>контрольные вопросы</p>
--	--	--	--	---	--	----------------------------

					мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.	
7	ПК-6	готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам; значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения.	разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии;	умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения; методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения.	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

				<p>осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями;</p> <p>обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения</p>		
8	ПК-8	<p>готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере</p>	<p>принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; права и обязанности врача-эпидемиолога; специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга;</p> <p>принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней.</p>	<p>применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности;</p> <p>применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации;</p> <p>организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника;</p>	<p>методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;</p> <p>методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии;</p> <p>методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций;</p> <p>навыками составления первичной документации (акты обследования)</p>	<p>тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы</p>

				организовать работу эпидемиологического отдела.	эпидемического очага, «экстренные извещения», заклучения, протоколы лабораторных исследований и др.).	
--	--	--	--	---	---	--

**2.2. МАТРИЦА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ВО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
(УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ), РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА И ФОРМЫ
АТТЕСТАЦИИ**

Блоки и дисциплины учебного плана ОПОП ВО	Блок 1							Блок 2			Блок 3	Факультативные дисциплины		
	Базовая часть					Вариативная часть				Практики			Базовая часть	
	Обязательные дисциплины					Обязательная часть		Дисциплины по выбору						
	Эпидемиология	Педагогика	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	Общественное здоровье и микробиология	Микробиология	Инфекционные болезни в практике врача-эпидемиолога	Дезинфектология	Вакцинопрофилактика	Специфическая профилактика инфекционных болезней (адаптационная)	Производственная (клиническая) практика (базовая часть): дискретная форма, стационарная	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть): дискретная форма, стационарная/выездная	Государственная итоговая аттестация	Фтизиатрия	Базовая сердечно-легочная реанимация и экстренная медицинская помощь
Индекс и содержание компетенций	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Универсальные компетенции														
УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	×			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	×			×		×	×	×	×	×	×	×	×	
УК-3: готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по		×										×		

дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения														
Профессиональные компетенции														
Производственно-технологическая деятельность														
ПК-1: готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	×		×			×	×	×	×	×	×	×	×	
ПК-2: готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний	×					×	×	×	×	×	×	×	×	
ПК-3: готовность к анализу санитарно-эпидемиологических последствий катастроф и чрезвычайных ситуаций	×		×							×	×	×		

ПК-4: готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере	×					×	×	×	×	×	×	×		
Психолого-педагогическая деятельность														
ПК-5: готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	×	×		×		×		×	×	×	×	×	×	
ПК-6: готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	×			×		×	×	×	×	×	×	×	×	
Организационно-управленческая деятельность														
ПК-7: готовность к использованию основ экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности	×			×			×	×	×	×	×	×		
ПК-8: готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере	×			×		×				×	×	×		
ПК-9: готовность к организации и управлению деятельностью организаций и (или) их структурных подразделений, осуществляющих свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения	×			×				×	×	×	×	×		

ПК-10: готовность к оказанию базовой сердечно-легочной реанимации и экстренной медицинской помощи		×													×		×	
Рекомендуемые оценочные средства	Виды аттестации	Формы оценочных средств																
	Текущая (по дисциплине) - зачет	Тестовый контроль	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
		Практико-ориентированные вопросы	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
		Решение ситуационных задач	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	Промежуточная (по дисциплине) - зачет	Тестовый контроль	×		×	×	×			×	×	×	×	×			×	×
		Практико-ориентированные вопросы	×		×	×	×			×	×	×	×	×			×	×
		Решение ситуационных задач	×		×	×	×			×	×	×	×	×			×	×
	Промежуточная (по дисциплине) - экзамен	Тестовый контроль	×	×					×	×								
		Практико-ориентированные вопросы	×	×					×	×								
		Решение ситуационных задач	×	×					×	×								
	Государственная итоговая	Тестовый контроль	×	×	×	×	×								×			

аттестация (государственный экзамен)	Практико-ориентированные вопросы	×										×	×	×		
	Вопросы для собеседования	×	×	×	×	×								×		
	Решение ситуационных задач	×												×		

2.3. Сопоставление описания трудовых функций профессионального стандарта (проекта профессионального стандарта) с требованиями к результатам освоения учебной дисциплины по ФГОС ВО (формируемыми компетенциями)

Профессиональный стандарт	Требования к результатам подготовки по ФГОС ВО (компетенции)	Вывод о соответствии
ОТФ: организация и осуществление эпидемиологической деятельности и профилактики инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней	ВПД: производственно-технологическая, психолого-педагогическая, организационно-управленческая	Соответствует
ТФ 1: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики инфекционных болезней, в том числе инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	УК – 1, 2 ПК – 1, 6	Соответствует
ТФ 2: эпидемиологическое обоснование, организация проведения, оценка эффективности иммунопрофилактики	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 5, 8	Соответствует
ТФ 3: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики паразитарных болезней	УК – 1, 2 ПК – 1, 6	Соответствует
ТФ 4: организация эпидемиологического мониторинга и профилактики особо опасных инфекционных болезней, проведение мероприятий по санитарной охране территории, противоэпидемического обеспечения населения в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера и массовых мероприятий	УК – 1, 2 ПК – 1, 6	Соответствует
ТФ 5: организация и проведение эпидемиологического мониторинга и профилактики неинфекционных болезней	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 6	Соответствует
ТФ 6: организация и оценка эффективности мероприятий по дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации и контроль их проведения	УК – 1, 2 ПК – 1, 2, 4	Соответствует
ТФ 7: организация и реализация деятельности по обеспечению эпидемиологической безопасности в медицинской организации	УК – 1, 2 ПК – 1, 4, 8	Соответствует
ТФ 8: проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	УК – 1, 2, 3 ПК – 2, 8	Соответствует
ТФ 9: оказание медицинской помощи в экстренной форме	УК – 1, 2	Соответствует

Необходимо учитывать, что в профессиональном стандарте не нашли отражения следующие универсальные компетенции: УК-3.

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Эпидемиология» относится к Блоку 1 вариативной части (Б1.В.ОД) обязательным дисциплинам федерального государственного стандарта высшего образования по специальности

32.08.12 «Эпидемиология».

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальности «Медико-профилактическое дело».

Учебная дисциплина не имеет последующих учебных дисциплин (модулей).

Обучение завершается проведением промежуточной аттестации (экзамена).

4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 3 зачетных единиц. (108 акад. часов).

4.1. Трудоемкость учебной дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы		Трудоемкость		Количество часов в семестре			
				1-й	2-й	3-й	4-й
		Объем в зачетных единицах (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)				
1		2	3	4	5	6	7
Аудиторная (контактная) работа, в том числе:		2,4	88				
лекции (Л)		0,1	6			6	
практические занятия (ПЗ)		2,3	82			82	
семинары (С)							
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		0,6	20			20	
Вид промежуточной аттестации	Зачет (З)		зачет				
	Экзамен (Э)						
ИТОГО общая трудоемкость	час.	108					
	ЗЕТ	3					

5. Структура и содержание учебной дисциплины «Эпидемиология»:

Дисциплина реализуется на 2 году обучения.

5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах, формируемые компетенции и трудовые действия	Формы контроля
Б1.В.ОД.1	УК-1, 2 ПК-1, 2, 4, 5, 6, 8	Избранные вопросы инфекционных болезней	<p>Инфекционные болезни известны с давних времен. Описание инфекционных заболеваний встречается в трудах Гиппократов. В древности, в средние века и в наше время распространение инфекций нередко было связано с военными действиями, миграцией населения, экстремальными ситуациями, природными катаклизмами, экологической обстановкой. Началом подлинного расцвета науки об инфекционных болезнях можно считать конец 18 века, когда были открыты микробы и связано это с именами Л. Пастера, Р. Коха, Д.И. Ивановского и др.</p> <p>Инфекционный процесс – процесс взаимодействия микроорганизма и макроорганизма в определенных условиях внешней среды.</p> <p>Инфекционная болезнь – крайняя степень развития инфекционного процесса. Особенности инфекционных болезней, которые отличают их от неинфекционных болезней.</p> <p>Понятие об инфекционном процессе. Виды возбудителей болезни, их свойства, исходы инфекционных болезней, виды бактерионосителей.</p> <p>Для развития и распространения инфекции необходимо выполнение 3-х основных звеньев эпидемиологической цепочки: источник инфекции; механизм передачи инфекции; восприимчивый организм. Характеристика звеньев эпидемиологической цепочки.</p> <p>Раннее активное выявление инфекционных больных имеет важное значение как для их быстрого и полного выздоровления, а возможно и сохранения жизни при тяжелых заболеваниях, так и для эпидемического благополучия населения.</p> <p>Диагноз инфекционного заболевания устанавливают комплексно, на основании клинических симптомов (синдромов), эпидемиологических, иммунологических и аллергологических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.</p> <p>Методы подтверждения инфекционного заболевания.</p> <p>Анамнез инфекционной болезни. Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез. Клинический осмотр.</p> <p>Лабораторная и инструментальная диагностика.</p> <p>Микробиологическая диагностика - лабораторные методы, направленные на выявление этиологии инфекционных болезней.</p>	Экзамен

			<p>Серологические (иммунологические) методы исследования - методы исследования, основанные на специфическом взаимодействии антигенов, антител, комплимента.</p> <p>Реакции с использованием химических и физических меток.</p> <p>Иммуногистологические методы предназначены для определения антигенов на поверхности или внутри клетки, например, для обнаружения маркеров лимфоцитов и иммунокомплексов при гломерулонефрите.</p> <p>Кожно-аллергические диагностические пробы.</p> <p>Биологический метод используют для идентификации возбудителя и токсинов путем заражения лабораторных животных.</p> <p>Рентгенологические методы исследования, компьютерная томография, эндоскопические методы, ультразвуковое исследование.</p> <p>Начало полноценного лечения должно быть, как можно более скорым чтобы не допустить выраженного расстройства функций организма, предотвратить развитие суперинфекций и осложнений, что напрямую влияет на тяжесть и длительность заболевания, а также на вероятность летального исхода.</p> <p>Лечение инфекционных больных должно быть комплексным.</p> <p>При определении показаний для госпитализации инфекционного больного учитываются диагноз болезни, тяжесть состояния больного, его возраст, степень эпидемической опасности для окружающих, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, домашние условия (возможность для ухода, соблюдение санэпидрежима и т.д.).</p> <p>При лечении инфекционных больных в домашних условиях медицинские работники берут на себя ответственность за организацию динамического наблюдения и полноценной терапии с обязательным выполнением контрольных исследований.</p> <p>Квалифицированный уход за инфекционными больными способствует их выздоровлению, профилактике осложнений, помогает предотвратить заражение окружающих.</p> <p>Этиотропное лечение направлено на уничтожение или нарушение размножения и активности возбудителя.</p> <p>Принципы противобактериального лечения.</p> <p>В лечении некоторых инфекций значимое место занимает неспецифическая иммунотерапия.</p> <p>Патогенетическое лечение направлено на коррекцию нарушений гомеостаза при инфекционном заболевании.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>По индивидуальным показаниям при инфекционных заболеваниях применяют методы физиотерапии и бальнеотерапии.</p> <p>После многих инфекционных заболеваний рекомендуют диспансерное наблюдение реконвалесцентов, а также санаторно-курортное лечение.</p> <p>Инфекционные болезни - группа заболеваний, которые вызываются специфическими патогенными возбудителями, характеризуются заразительностью, циклическим течением и формированием постинфекционного иммунитета.</p> <p>Болезни с фекально-оральным механизмом передачи. Их возбудителями могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы. Для возбудителей с кишечной локализацией характерен преимущественно фекально-оральный механизм передачи. Выделение возбудителя из зараженного организма связано с актом дефекации.</p> <p>Обычно выделяют 3 типа конкретно складывающихся путей передачи инфекции: пищевой; водный; контактно-бытовой.</p> <p>Варианты пищевого и водного путей заражения весьма разнообразны и зависят от эколого-биологических свойств возбудителя и способа его попадания в пищевые продукты и воду. При брюшном тифе и дизентерии, вызванной шигеллами Флекснера, отмечают преимущественное заражение через воду или посредством контактно-бытовой передачи. При дизентерии, вызванной шигеллами Зонне, чаще выявляют пищевой путь передачи инфекции (главным образом с молоком и молочными продуктами). Пищевой и водный пути передачи разделяют по конечному фактору. Контактнo-бытовая передача реализуется в организованных коллективах и семьях; она определяется действием санитарно-гигиенических факторов и соблюдением личной гигиены. Возбудителей заболеваний отличает относительно узкая органотропность. Возбудитель брюшного тифа размножается в лимфатических узлах с выходом в просвет кишечника через кровь и желчные пути, а шигеллы Флекснера - в толстой кишке. Все это определяет своеобразие эпидемиологии отдельных нозологических форм антропонозов с фекально-оральным механизмом передачи.</p> <p>Условия и факторы, способствующие распространению этих инфекций, многообразны. Ими могут быть как невыявленные источники инфекции (бактерионосители, больные легкими формами болезни), так и множественные пути, и факторы передачи заболевания. Закономерно повторяющиеся признаки позволяют выделить черты водных, пищевых и контактно-бытовых вспышек</p>	
--	--	--	---	--

			<p>кишечных инфекций. Кишечные инфекции относят к категории болезней, управляемых санитарно-гигиеническими мероприятиями.</p> <p>Наибольшее значение имеет санитарный контроль за эпидемиологически значимыми объектами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - канализационной сетью и очистными сооружениями; - источниками водоснабжения и водопроводной сетью. <p>В сфере особого внимания находятся предприятия, связанные с заготовкой, хранением, приготовлением и реализацией пищевых продуктов (общественное питание, торговля), а также ДДУ и ЛПУ. Иммунопрофилактика имеет дополнительное значение.</p> <p>Зоонозы - это инфекции, общие для человека и животных в естественных условиях. Организм человека служит для возбудителей зоонозов неспецифическим хозяином, т.е. человек становится для них биологическим тупиком. Иногда человек становится источником инфекции, но никогда не служит резервуаром возбудителей зоонозов.</p> <p>По этиологии зоонозы разделяют на следующие инфекции:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бактериальные (бруцеллез, чума, туляремия, кампилобактериоз, лептоспироз, сальмонеллез, сибирская язва, риккетсиозы, хламидиозы, боррелиозы); - вирусные (геморрагические лихорадки, бешенство); - прионные (скрепи, губчатая энцефалопатия). <p>У возбудителей зоонозов тропность к отдельным органам и тканям выражена слабее, чем у возбудителей антропонозов, что определяет их политропность и полипатогенность. Это свойство обеспечивает непрерывность циркуляции возбудителя в природе. При этом роль различных животных как резервуаров инфекции неодинакова - выделяют основных и второстепенных хозяев.</p> <p>Нередко отмечают локализацию возбудителей в ЖКТ и на наружных покровах (нетрансмиссивные зоонозы). Возможна и трансвариальная передача возбудителя (у клещей). Заражение людей возбудителями факультативно-трансмиссивных и нетрансмиссивных зоонозов чаще всего происходит при участии самых различных факторов передачи. С фекально-оральным механизмом связано заболевание лептоспирозом (через воду), сальмонеллезами, трихинеллезом, сибирской язвой и ботулизмом (с мясом инфицированного при жизни животного), бруцеллезом (с молоком) и др.</p> <p>Существует возможность передачи ряда возбудителей, отличающихся повышенной устойчивостью во внешней среде, пылевым путем (туляремия, сибирская язва, ку-лихорадка). Контактный (чрескожный) механизм передачи свойствен бешенству, содоку, столбняку, ящуру, сапу, лейшманиозу и др.</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Интенсивность и характер связи людей с эпизоотическими очагами определяют те или иные элементы социальных условий. С социальными и природными условиями связана активность механизма передачи возбудителей среди домашних животных и синантропных грызунов. Эпидемический процесс зоонозов носит зависимый характер. Его полностью обуславливает эпизоотический процесс. Риск заражения многими зоонозами имеет выраженную социальную, бытовую, профессиональную и иную специфику. Заболеваемость сельского населения обычно выше, чем городского.</p> <p>В РФ эпидемиологическая и эпизоотологическая обстановка по зоонозам остается напряженной. В сложившихся социально-экономических условиях особенности борьбы с заболеваниями, общими для человека и животных, в значительной степени связаны с развитием частного сектора в животноводстве, бесконтрольной миграцией скота, в том числе из неблагополучных регионов. Это затрудняет учет и проведение вакцинопрофилактики животных, создает трудности в осуществлении государственного ветеринарного и санитарно-эпидемиологического надзора. Исключительная стойкость и циклическое возрастание активности обуславливают периодические резкие подъемы заболеваемости. Увеличение масштабов и интенсивности освоения территорий приводит к широкому распространению этих заболеваний среди населения.</p> <p>Профилактика зоонозов в первую очередь основана на своевременном выявлении опасности заражения людей той или иной инфекцией. Эпизоотологические и эпидемиологические особенности инфекции, эффективные средства профилактики и возможности их применения определяют выбор основных мероприятий. В одних случаях это могут быть режимно-ограничительные мероприятия, в других - ветеринарно-санитарные, дератизационные, дезинсекционные, санитарно-противоэпидемические (профилактические), прививочные мероприятия и экстренная профилактика, а также их сочетания. Проблема профилактики зоонозных инфекций - проблема не одной, а нескольких служб и ведомств, прежде всего служб санитарно-эпидемиологического и ветеринарного надзора. Для ее решения необходима общая стратегия.</p> <p>К паразитарным болезням относят протозоозы, вызываемые патогенными простейшими (амебиаз, токсоплазмоз, малярия и др.), и гельминтозы, называемые также глистными инвазиями.</p> <p>По оценкам ВОЗ, каждый четвертый житель Земли поражен кишечными паразитами. Особенность большинства паразитарных болезней - длительное, многолетнее присутствие возбудителя в организме больного (при отсутствии</p>	
--	--	--	--	--

			<p>специфического лечения), что определяется продолжительностью жизни многих гельминтов или частыми повторными заражениями.</p> <p>Для паразитарных болезней характерна высокая частота различных специфических клинических проявлений, часто не ассоциированных с присутствием паразитов и недостаточно известных врачам в качестве симптомов паразитарного заболевания. Общим патологическим воздействием практически всех возбудителей паразитарных болезней человека является аллергизация и подавление иммунологической реактивности организма. Установлено, что паразитарные болезни приводят к развитию разнообразных форм приобретенного иммунодефицита, связанных с полным подавлением ответа Т-системы иммунитета на любые Аг (включая Аг паразитов) и поликлональной активацией В-системы (малярия, эхинококкозы, трихинеллез и др.) или менее выраженными дефектами клеточных и гуморальных иммунных реакций. Некоторые тяжелые паразитозы (эхинококкозы) вызывают хронические поражения иммунной системы.</p> <p>Среди всех регистрируемых в России паразитарных заболеваний человека наиболее распространены кишечные гельминтозы.</p> <p>Гельминтозы - это болезни человека, животных и растений, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), резко отличающимися по своей биологии от других живых возбудителей: вирусов; бактерий; простейших.</p> <p>Среди современных проблем здравоохранения гельминтозы занимают важное место и по характеру многолетнего разнонаправленного воздействия на здоровье населения сопоставимы с неблагоприятным влиянием окружающей среды в районах экологического бедствия. Гельминтозы оказывают многообразное патологическое воздействие на состояние здоровья, прежде всего, детского организма. Выраженная аллергизация при гельминтозах сопровождается подавлением иммунитета, кроме того, гельминтозы способствуют развитию вторичных сопутствующих неинфекционных и инфекционных заболеваний. В этиологической структуре гельминтозов 85-90% приходится на гельминты и 10-15% - на протозоозы.</p> <p>В настоящее время известно более 280 видов гельминтов, паразитирующих в организме человека. Свыше 70 видов встречаются на территории России и стран СНГ. По мнению ведущих специалистов страны, ежегодно инвазируется не менее 15 млн человек.</p> <p>Жизненный цикл отдельных гельминтов чрезвычайно разнообразен, но основные его этапы имеют общие закономерности.</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Гельминты проходят последовательные стадии развития: яйца; личинки; половозрелые формы.</p> <p>На различных стадиях развития гельминты предъявляют разнообразные, иногда полярные требования к условиям среды.</p> <p>Заражение гельминтозами чаще всего происходит после попадания в организм яиц и (или) личинок гельминтов. Механизм заражения и факторы передачи определяют условия их развития вне организма человека. В соответствии с этим заболевания, вызванные гельминтами, подразделяют на гео-, биогельминтозы и контактные (контактные) гельминтозы.</p> <p>При гельминтозах источником инвазии будет тот организм, в котором паразит достигает половой зрелости и продуцирует яйца, т.е. окончательный хозяин (дефинитивный хозяин) гельминта. При большинстве гельминтозов источником инвазии служит зараженный человек (аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез и др.). Помимо человека, источником инвазии могут быть домашние и дикие животные (при описторхозе, дифиллоботриозах и др.). Есть гельминтозы, при которых источником инвазии являются только животные (трихинеллез, эхинококкоз, альвеококкоз).</p> <p>Значение разных групп населения как источников инвазии зависит от возраста, пола, рода занятий и условий жизни.</p> <p>Социальные факторы играют ведущую роль в распространении гельминтозов, их ограничении, а равным образом в их ликвидации.</p> <p>Распространению гео- и биогельминтозов способствуют такие бытовые навыки населения, как отсутствие уборных и рассеивание экскрементов во внешней среде, применение необезвреженных фекалий людей для удобрения огородов и садов, употребление в пищу сырого и недостаточно термически обработанного мяса ряда животных и рыбы, а также употребление сырой воды.</p> <p>Проникновение возбудителей гельминтозов в организм человека возможно двумя путями: через рот (перорально); через кожу (перкутанно).</p> <p>Довольно часто после проникновения продолжается их дополнительная миграция в человеческом организме, длящаяся до момента полного созревания паразита</p> <p>В организме человека гельминты чаще всего паразитируют в ЖКТ, хотя принципиально возможна их локализация буквально во всех органах.</p> <p>Механизмы действия гельминтов на организм человека чрезвычайно разнообразны: сенсбилизация; токсическое действие; травмирующее действие; вторичное воспаление; нарушение обменных процессов;</p>	
--	--	--	--	--

			<p>гематофагия; нервно-рефлекторное влияние; психогенное действие; иммуносупрессивное действие.</p> <p>Клиническая картина/</p> <ul style="list-style-type: none"> • Острая стадия инвазии продолжается 2-4 нед (при массивной инвазии может продлеваться до 2 мес). Обусловлена внедрением гельминта и паразитированием в организме человека мигрирующих личинок, вызывающих аллергические реакции. Наиболее важная и вместе с тем сложная задача - это выявление инвазии на 1-й, острой стадии, до развития вышеупомянутых глубоких изменений. • Латентная (подострая) стадия развивается после острой стадии. В этот период происходит постепенное созревание юных гельминтов. • Хроническая стадия соответствует полному развитию паразитов в половозрелые особи. Длительность и клиническая картина хронической стадии зависят от вида гельминта, интенсивности инвазии, тропности паразита к тем или иным системам организма и от развивающихся осложнений. <p>Лабораторная диагностика включает следующие исследования: паразитологические; серологические; аллергологические.</p> <p>Лечение/</p> <p>В острой стадии гельминтозов широко используют методы дезинтоксикационного и десенсибилизирующего лечения. При тяжелом течении некоторых гельминтозов (трихинеллез, трематодозы печени, шистосомозы) назначают глюкокортикостероиды.</p> <p>Специфические химиопрепараты, применяемые для лечения гельминтозов, чрезвычайно разнообразны по химической структуре, механизмам действия, избирательности или универсальности действия на различные гельминты, степени терапевтической активности, токсичности.</p> <p>Профилактические мероприятия/</p> <p>Мероприятия по борьбе и профилактике гельминтозов могут быть направлены на уничтожение возбудителя (в хозяине или во внешней среде) или нейтрализацию (выключение) основных факторов передачи. В основном уничтожение возбудителей проводят лечением инвазированных лиц. Этот метод находит применение при антропонозах, а также при зоонозах, связанных с сельскохозяйственными животными.</p> <p>Низкий уровень санитарной культуры населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические и бытовые условия способствуют довольно быстрому восстановлению исходного числа инвазированных лиц. В связи с этим ведущую роль играют меры, направленные на выключение</p>	
--	--	--	--	--

			<p>промежуточных и конечных факторов передачи инвазии. Среди них особое значение имеет защита окружающей среды от фекального загрязнения (строительство очистных сооружений и их правильная эксплуатация, контроль за состоянием надворных туалетов, запрещение применения необезвреженных фекалий в качестве удобрения и др.).</p> <p>При этом следует помнить, что определяющее значение в борьбе с гельминтозами имеет уровень жизни и культуры населения. Проведение чисто медицинских мероприятий без серьезного изменения условий жизни, привычек и культурного уровня населения дает лишь кратковременный эффект.</p> <p>Инфекции дыхательных путей разделяют:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на бактериальные (дифтерия, коклюш, стрептококковая, менингококковая и гемофильная инфекции, туберкулез и т.д.); - вирусные (грипп и другие ОРВИ, корь, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха, герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз, ЦМВ-инфекция и т.д.). <p>Заражение при воздушно-капельном механизме передачи происходит очень легко. Поэтому инфекционные болезни дыхательных путей относят к числу наиболее распространенных. Для отдельных нозологий характерны те или иные особенности аэрозольного механизма передачи, определяемые тропностью возбудителей в пределах слизистой оболочки дыхательных путей, наличием или отсутствием дополнительной локализации за пределами слизистой оболочки дыхательных путей, а также индивидуальными свойствами возбудителя (прежде всего вирулентностью и устойчивостью во внешней среде). Легкость и быстрота распространения возбудителей кори, краснухи и ветряной оспы при высокой восприимчивости к ним приводят к взрывному распространению инфекции в организованных детских коллективах. В то же время глубокая локализация возбудителя коклюша, поражение нижних отделов дыхательных путей обуславливают затрудненное выделение его во внешнюю среду и заражение только при тесном общении с больным (изо рта в рот). Это определяет вялый, длительный характер вспышек коклюша в детских учреждениях. Высокая устойчивость возбудителей дифтерии и туберкулеза обеспечивает им возможность распространения воздушно-пылевым и другими путями (пищевым, контактно-бытовым).</p> <p>Характерная особенность инфекций дыхательных путей - преимущественное поражение детей младшего возраста, особенно посещающих организованные коллективы. Легкость заражения аэрозольным путем обуславливает детский характер большинства инфекций, помесичную (сезонность) и погодную</p>	
--	--	--	---	--

			<p>(периодичность) неравномерность заболеваемости и другие эпидемиологические черты. Инфекционно-иммунологические взаимоотношения популяций в паразитарной системе определяют основные закономерности развития эпидемического процесса при аэрозольных антропонозах. Для ряда нозологий показано, что меняющаяся под влиянием циркулирующего возбудителя иммунологическая структура коллектива оказывает воздействие на биологические свойства возбудителя, прежде всего на его вирулентность. В условиях естественного развития эпидемического процесса длительность сформировавшегося постинфекционного иммунитета, а также демографические факторы, например, рождаемость и миграция населения, приводящие к накоплению неиммунной прослойки среди населения и снижению уровня коллективного иммунитета, определяют интервал между подъемами заболеваемости.</p> <p>Значительное количество больных легкими формами, широко распространенное здоровое или постинфекционное носительство возбудителя, позднее обращение за медицинской помощью и заразность больных уже в инкубационный период создают затруднения в проведении своевременных лечебноограничительных мероприятий по отношению к источникам инфекции. Эффективных мер воздействия на чрезвычайно легко реализующийся аэрозольный механизм передачи инфекций также до сих пор нет. В связи с этим основной и надежной возможностью воздействия на эпидемический процесс инфекций дыхательных путей служит вакцинация населения. Эффективность иммунопрофилактики доказана многолетним мировым опытом. Под ее влиянием произошли изменения эпидемиологических черт болезней (изменились возрастная структура заболевших, сезонность, периодичность, очаговость и т.д.). Вместе с тем ослабление внимания к проведению вакцинации вызывает резкое ухудшение эпидемиологической ситуации и рост заболеваемости многими инфекционными болезнями, управляемыми средствами иммунопрофилактики. В связи с этим Российская Федерация пережила эпидемию дифтерии, крупную вспышку полиомиелита, также повысилась заболеваемость корью, коклюшем, эпидемическим паротитом. Наряду с отмеченным до настоящего времени существуют болезни (скарлатина, ОРВИ и др.), для которых нет средств активной иммунопрофилактики. Эти заболевания до сих пор относят к категории неуправляемых инфекционных болезней. Проявления эпидемического процесса этих инфекций во многом такие же, как и несколько десятилетий назад. В осуществлении эпидемиологического надзора за</p>	
--	--	--	---	--

			<p>инфекциями дыхательных путей большое значение имеет слежение за иммунологической структурой населения, качеством иммунопрофилактики и биологическими свойствами циркулирующего возбудителя.</p> <p>Кровяные (трансмиссивные) инфекционные болезни вызывают возбудители, первично локализующиеся, а в дальнейшем и циркулирующие в кровотоке. Среди них встречаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антропонозы (сыпной эпидемический тиф, болезнь Брилла-Цинссера, возвратный эпидемический тиф, малярию и др.); - зоонозы (туляремию, чуму, клещевой энцефалит, лихорадку Денге, геморрагические лихорадки, ку-лихорадку и др.). <p>Выведение возбудителя из зараженного организма происходит только с помощью кровососущих членистоногих-переносчиков: вшей; блох; комаров; москитов; клещей и др.</p> <p>Возбудители большинства трансмиссивных болезней приспособлены к определенным переносчикам. Например, возбудителей сыпного тифа преимущественно переносит платяная вошь, возбудителей малярии - комары рода <i>Anopheles</i> и т.д.</p> <p>Подобная специфичность обусловила ряд эпидемиологических особенностей трансмиссивных болезней, прежде всего неодинаковую распространенность в определенных географических регионах, определяемую ареалом обитания переносчиков. Неодинаковая активность переносчиков в разные времена года влияет на уровень инфицирования и заболеваемости населения. На активность эпидемического процесса существенное влияние оказывают социальные условия, поскольку они воздействуют непосредственно на увеличение или сокращение количества переносчиков. Борьба с педикулезом - основа профилактики сыпного и возвратного тифов. Большое значение имеют мероприятия, направленные на источник инфекции (своевременное выявление, ранняя госпитализация), а также широкое применение специфической химиопрофилактики (при малярии и др.).</p> <p>Болезни с контактным механизмом передачи (инфекции наружных покровов) включают: бактериальные; грибковые; вирусные; протозойные; паразитарные инфекции.</p> <p>Большинство из них протекает хронически и сопровождается длительной персистенцией возбудителя в организме. Пути передачи возбудителей этих разнородных заболеваний отличаются большим разнообразием. При некоторых болезнях, передаваемых преимущественно половым путем, передача возбудителей происходит при непосредственном соприкосновении и</p>	
--	--	--	--	--

			<p>попадании возбудителя на поврежденные кожный и слизистые покровы (прямой контакт). При других болезнях заражение происходит опосредованно - через контаминированные объекты внешней среды (одежду, белье, головные уборы, посуду и т.д.), перевязочные материалы, а также руки. Заражение ВИЧ-инфекцией и ВГВ нередко происходит при переливании крови, пересадке органов и других инвазивных лечебно-диагностических процедурах, а также парентеральном введении психоактивных препаратов. Медицинский контроль в декретированных группах населения (работники пищевых предприятий, торговли, ДДУ, медработники), своевременное выявление, лечение и отстранение от работы больных лиц направлены на недопущение заражения соответствующих контингентов населения. Также крайне важны меры по предупреждению передачи возбудителя при переливании крови, пересадке органов и тканей и проведении лечебно-диагностических инвазивных манипуляций. Перспективно внедрение аутогемотрансфузий, когда больному переливают его же кровь, заготовленную до плановой операции. Неспецифическая профилактика включает применение одноразовых инструментов при манипуляциях, связанных с повреждением кожного покрова и слизистых оболочек, тщательную стерилизацию медицинского инструментария, а также тщательное выявление вирусных Аг у доноров. Большое значение имеет повсеместное внедрение и улучшение централизованной стерилизации изделий медицинского назначения. Прерывание естественных путей передачи обеспечивают следующие санитарно-гигиенические меры:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуализация всех предметов личной гигиены (бритвенных приборов, зубных щеток, мочалок, расчесок и др.) и отдельное их хранение; - соблюдение правил личной гигиены; - предупреждение микротравм в быту и на производстве; - для профилактики полового пути передачи инфекции - исключение случайных половых связей либо использование механических контрацептивных средств; - предупреждение профессиональных заражений в ЛПУ - неукоснительное соблюдение правил противэпидемического режима, особенно в гемодиализных, хирургических, лабораторных и других отделениях, где персонал часто контактирует с кровью; - при выполнении любых парентеральных вмешательств и процедур обязательно использование резиновых перчаток. 	
--	--	--	--	--

			<p>Учитывая многообразие путей передачи и большое количество источников возбудителей, наиболее перспективное средство профилактики этих инфекций - вакцинация, однако на сегодняшний день эту меру можно широко применять лишь в отношении ВГВ.</p> <p>Универсальные компетенции (УК):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1) ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2) <p>Профессиональные компетенции (ПК):</p> <p>Производственно-технологическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций (ПК-1) <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none"> • историю эпидемиологии, основные этапы формирования эпидемиологии как фундаментальной медицинской науки, относящейся к области профилактической медицины; • теоретические основы двух разделов эпидемиологии с единой методологией исследования – эпидемиологии инфекционных и эпидемиологии неинфекционных болезней, для осуществления научных исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями; • основные теории эпидемического процесса и особенности применения их в различных областях профилактической и противоэпидемической деятельности; • современные теории учения об эпидемическом процессе; • суть концепции механизма передачи возбудителей инфекции, его компоненты и классификации основных инфекционных болезней по механизму передачи их возбудителей; • организационные и функциональные основы противоэпидемической деятельности • особенности противоэпидемических мероприятий при инфекциях с различными механизмами передачи возбудителей; • основы противоэпидемической защиты при чрезвычайных ситуациях; 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • принципы организации санитарной охраны территории от заноса особо опасных инфекционных болезней; • принципы формирования эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний; • этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний; • эпидемиологию и профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; • постановку эпидемиологического диагноза при основных группах инфекционных заболеваний; • принципы профилактики особо опасных и карантинных инфекций; • тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций; • права и обязанности граждан и государства в области вакцинопрофилактики, основные регламентирующие документы; • организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики; эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой. <p>Необходимые умения (уметь):</p> <ul style="list-style-type: none"> • разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; • обобщать теоретические сведения и научно-практические данные в предметной области общей эпидемиологии, эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней, клинической эпидемиологии; • применять изученный материал для оценки причин и условий возникновения и развития инфекционных и неинфекционных заболеваний; • проводить сбор эпидемиологического анамнеза; • определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • организовывать оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пострадавшим в очагах поражения при чрезвычайных ситуациях; • осуществлять комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении различных групп инфекций, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; • организовывать мероприятия по ликвидации чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; • организовать эпидемиологический надзор за вакцинопрофилактикой; • осуществлять мониторинг документированной привитости, серологический мониторинг, мониторинг побочных проявлений после иммунизации, мониторинг эпидемиологической эффективности. <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; • методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; • технологиями системы организации профилактической и противоэпидемической помощи; • алгоритмом проведения комплекса мероприятий по снижению заболеваемости инфекционными и неинфекционными болезнями и улучшения здоровья населения с оценкой их эффективности; • умением расследования случаев инфекционных заболеваний; • умением разработки рекомендаций по организации профилактической и противоэпидемической работы; • методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора за иммунопрофилактикой населения; • навыками составления предписания по выявленным нарушениям в области вакцинопрофилактики. <p>✓ готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний (ПК-2)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; • организацию эпидемиологических исследований; • систему доказательств и принципы доказательности в принятии обоснованных решений по проведению профилактических и лечебных мероприятий; • основы эпидемиологического надзора и эпидемиологической диагностики; • эпидемиологические исследования как научно-обоснованную медицинскую практику; • принципы и методы ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, эпидемиологической диагностики инфекционных заболеваний • статистические приёмы, используемые в эпидемиологическом анализе; • цели и методы санитарно-эпидемиологических исследований и использование их результатов в профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; • современные теории учения об эпидемическом процессе; • методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; • лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; • содержание и организацию противоэпидемической работы; • тактику проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных группах инфекций; • основные показатели качества проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий; • учётно-отчётные формы по разделу инфекционной патологии, используемые в органах и учреждениях Роспотребнадзора и в лечебно-профилактических учреждениях; • основные законодательные акты, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний по эпидемическим показаниям. <p>Необходимые умения (уметь):</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводить статистический анализ; • анализировать эпидемиологическую ситуацию на территории; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • использовать статистические методы для оценки эпидемиологической ситуации на территории и ее прогноза; • научно обосновывать, организовывать осуществлять и интерпретировать результаты различных типов эпидемиологических исследований заболеваемости населения инфекционными и неинфекционными болезнями для выявления причин, условий и механизмов ее формирования; • применять эпидемиологический метод исследования для решения задач обеспечения эпидемиологического благополучия населения; • проводить эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями; • проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости, формулировать эпидемиологический диагноз • самостоятельно; формулировать выводы на основе поставленной цели и реализованных задач эпидемиологических исследований; • выявлять факторы риска основных заболеваний человека, проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия при них; • проводить эпидемиологическое обследование очага, определяя его границы, круг людей (животных), подлежащих эпидемиологическому (эпизоотологическому) наблюдению, изоляции, ограничительным мероприятиям, лабораторному и клиническому обследованию; • проводить эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний и делать заключение об источниках, путях и факторах передачи возбудителей в очаге; • определять тип вспышки, организовать расследование и ликвидацию вспышки; • заполнять карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания; • проводить сбор эпидемиологического анамнеза; • формулировать и проверять гипотезы о причинных факторах путем проведения различных типов эпидемиологических исследований, выявлять и подтверждать причинно-следственные связи заболеваемости населения и различных внутренних и внешних факторов; оценивать эпидемиологическую обстановку и осуществлять постановку эпидемиологического диагноза, расследовать эпидемические вспышки; 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий; организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; • принимать обоснованные решения по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий; • проводить анализ привитости населения, составлять отчетность по прививочной работе; • формулировать конкретные рекомендации по оптимизации мер борьбы и профилактики, исходя из результатов эпидемиологического надзора; • проводить статистический анализ своевременности и качества вакцинации по эпидемическим показателям. <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • методикой проведения ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости населения и эпидемиологического обследования очагов инфекционных заболеваний; • методами оценки сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки, анализом и планированием организационных и противоэпидемических мероприятий; • технологиями систем эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга, предэпидемической диагностики и применять их для эффективного управления заболеваемостью и сохранения здоровья населения; • методами расчета статистических показателей, характеризующих эпидемический процесс и распространенность инфекционных и неинфекционных заболеваний; • методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; • навыками проведения эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний; • методикой проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • технологиями системы организации профилактической и противозидемической помощи; • методикой постановки эпидемиологического диагноза в изучаемой ситуации (во время вспышек, групповых заболеваний); • знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; • методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации; методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации • методикой проведения ретроспективного и оперативного анализа вакцинации населения. <p>✓ готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере (ПК-4)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none"> • лабораторные методы диагностики инфекционных болезней, включая иммунологические методы диагностики; • современные методы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний; • средства и методы дезинфекции, стерилизации, дезинсекции, дератизации; правила проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; • требования к оборудованию для «холодовой цепи»; • требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»; • общие требования к организации экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в случаях возникновения внештатных ситуаций. <p>Необходимые умения (уметь):</p> <ul style="list-style-type: none"> • использовать компьютерные медико-технологические системы в процессе профессиональной деятельности; • пользоваться набором средств сети Интернет для профессиональной деятельности; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • организовать проведение текущей и заключительной дезинфекции, дератизации и дезинсекции объектов; • организовывать мероприятия по обеспечению «холодовой цепи» при хранении и транспортировке иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики; • оценивать правильность хранения МИБП в медицинской организации; • проводить бракераж МИБП. <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками работы с компьютерными программами, применяемыми в практической деятельности Роспотребнадзора; • методами эпидемиологической диагностики госпитальных инфекций; современными методами диагностики паразитарных заболеваний; • знаниями современных средств и методов дезинфекции и стерилизации, использовать их в практике; • знаниями руководящих документов и умением организовать выполнение обязательных правил предстерилизационной обработки и стерилизации изделий медицинского назначения (в т.ч. эндоскопической техники); • навыками работы с лабораторными приборами и оборудованием. <p>Психолого-педагогическая деятельность:</p> <p>✓ готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний (ПК-5)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none"> • гигиенические меры оздоровительного характера, способствующие сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний; • общие и организационные вопросы иммунопрофилактики инфекционных болезней; • методы и средства иммунопрофилактики, методы определения уровня коллективного иммунитета; • расширенную программу иммунизации; • этиологию, эпидемиологию, клиническую картину, диагностику, лечение и меры профилактики наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний. <p>Необходимые умения (уметь):</p> <ul style="list-style-type: none"> • организовывать иммунопрофилактику инфекционных болезней; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • проводить анализ привитости населения, составлять отчётность по прививочной работе; • проводить расчёт потребности иммунобиологических препаратов для вакцинации населения, организовывать контроль за хранением и распределением указанных препаратов; • организовывать иммунопрофилактику детского и взрослого населения при эпидемиологическом неблагополучии <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • навыками использования нормативно-правовых актов в области иммунопрофилактики в Российской Федерации; • методиками гигиенического воспитания населения, включая декретированные контингенты; • знаниями сроков прививок, принятых в Российской Федерации, иммунологических медицинских препаратов, применяемых для защиты населения от инфекционных болезней (вакцины, анатоксины, специфические сыворотки, иммуноглобулины) и схем иммунизации; • методикой организации контроля за проведением массовой иммунизации, методами оценки коллективного иммунитета, оценкой целесообразности, качества и эффективности специфической иммунопрофилактики в конкретной эпидемиологической ситуации; • методами обучения населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний. <p>✓ готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья (ПК-6)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценку риска окружающей среды на здоровье населения и соответствия санитарным правилам и нормам; • значимость этики и деонтологии применительно к вакцинопрофилактике; • этические и деонтологические принципы вакцинопрофилактики; • антипрививочное движение в России, основных представителей данного направления; парадигмы антипрививочного движения. <p>Необходимые умения (уметь):</p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • разрабатывать и внедрять комплекс профилактических средств и мероприятий, организовывать профилактическую и противоэпидемическую помощь населению, вести санитарное воспитание и обучение населения и пропаганду здорового образа жизни, обучать медицинских персонал вопросам организации профилактической и противоэпидемической помощи населению; • проводить информационно-просветительную работу о значении вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями; • оценить правильность организации вакцинопрофилактики с позиции деонтологии; • осуществлять информирование населения о вреде и пользе вакцинопрофилактики, о значимости ее в борьбе с инфекционными заболеваниями; • обоснованно опровергать основные парадигмы антипрививочного движения <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • умением оценки факторов риска возникновения инфекционной заболеваемости, показателей инфекционной заболеваемости; • методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья населения; • методами санитарно-просветительской работы среди медицинского персонала, пациентов, их окружения и населения. <p>Организационно-управленческая деятельность:</p> <p>✓ готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере (ПК-8)</p> <p>Необходимые знания (знать):</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы и правовые основы деятельности министерств (ведомств, должностных лиц) по охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения; • права и обязанности врача-эпидемиолога; • специфику эпидемиологического надзора при различных группах инфекций в рамках системы социально-гигиенического мониторинга; • принципы организации контроля за лечебно-профилактическими и другими учреждениями, предприятиями по вопросам профилактики инфекционных болезней. <p>Необходимые умения (уметь):</p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • применять экономические и правовые знания в профессиональной деятельности; • применять основы теории управления для организации и управления организациями и (или) их структурными подразделениями, осуществляющими свою деятельность в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; • организовывать деятельность врача-эпидемиолога лечебно-профилактической организации; • организовать работу врача-эпидемиолога и его помощника; • организовать работу эпидемиологического отдела. <p>Трудовые действия (владеть):</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами управления деятельностью федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в обеспечении ЗОЖ и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; • методами организации и управления структурными подразделениями центра гигиены и эпидемиологии; • методикой и алгоритмом проведения эпидемиологического надзора при различных группах инфекций; • навыками составления первичной документации (акты обследования эпидемического очага, «экстренные извещения», заключения, протоколы лабораторных исследований и др.). 	
--	--	--	---	--

5.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздел а п/п	Год обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства ¹			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
Б1.В.ОД.1	2	Избранные вопросы инфекционных болезней	Контроль СРО, контроль освоения раздела	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	90	160	88

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольная работа, собеседование по вопросам, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	Период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
Раздел 1. Избранные вопросы инфекционных болезней			
1.	Основные сведения об инфекционных болезнях.		2
2.	Принципы и методы диагностики инфекционных болезней.		2
3.	Основные направления и принципы лечения инфекционных больных.		2
Всего		6	

5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам обучения

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	Период обучения	
		1 год	2 год
1	2	3	4
Раздел 1. Избранные вопросы инфекционных болезней			
1.	Кишечные инфекции		28
2.	Инфекции дыхательных путей		18
3.	Трансмиссивные (кровяные) инфекции		18
4.	Инфекции наружных покровов		18
Всего		82	

Проведение лабораторных работ/лабораторного практикума не предусмотрено.

5.5. Тематический план семинаров с распределением часов по годам обучения

Проведение семинаров не предусмотрено.

5.6. Самостоятельная работа обучающегося (СРО) с указанием часов и распределением по годам обучения:

Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1.	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	5	Собеседование
2.	Работа с учебной и научной литературой	5	Собеседование
3.	Подготовка и написание докладов, обзоров научной литературы на заданные темы	5	Проверка докладов и обзоров научной литературы
4.	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	5	Тестирование, собеседование

5.7. Самостоятельная работа обучающегося по освоению разделов учебной дисциплины и методическое обеспечение

№ п/п	Количество часов по годам обучения		Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
	1 год	2 год				
Б1.В.ОД.1		20	Избранные вопросы инфекционных болезней	Подготовка к аудиторным занятиям	Инфекционные болезни : учеб. [для лечеб. и мед.-профилакт. фак.] / под ред.: Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 692[2] с. : ил. - Библиогр.: с. 684. - Предм. указ.: с. 685-692. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.	тестовый контроль, ситуационные задачи, контрольные вопросы

НАПИСАНИЕ КУРСОВЫХ РАБОТ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО

6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Эпидемиология»

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – методические указания по организации самостоятельной работы ординаторов.

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Данная часть рабочей программы вынесена в отдельное приложение – Фонд оценочных средств по дисциплине. Приложение №2

Примерная тематика типовых экзаменационных вопросов

1. Чума. Клиника бубонной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
2. Осложнения острых респираторных заболеваний. Клиническая характеристика в зависимости от возраста. Лечение.
3. Сальмонеллез. Клиника и лечение гастроинтестинальной формы.

Примеры типовых зачетных тестовых заданий

1. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирулентность возбудителя	
Б.	Наличие рецидивов заболевания	
В.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
Г.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репаративных	

2. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Петехиальной сыпи	
Б.	Узловой эритемы	
В.	Кореподобной сыпи	+
Г.	Скарлатиноподобной сыпи	

3. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	гипотермией	
Б.	прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии	+
В.	нарастанием мышечного тонуса	
Г.	нормализацией сердечной деятельности	

Примеры типовых ситуационных задач

Ситуационная задача № 1

Девочка М. 15 лет, заболела в сентябре остро с озноба, повышения температура тела до 40 С, головной боли, слабости. Отмечалась инъектированность склер, гиперемия лица. Получала лечение по поводу ОРВИ, с 4 дня болезни назначен ампициллин энтерально, а на 5 сутки – внутримышечно. В эпиданамнезе установлен контакт с грызунами. Состояние характеризовалось нарастанием вялости, сонливости, сохранялась фебрильная температура тела, появились мышечные боли в икроножных мышцах, пояснице, на 8 день болезни – желтушность кожи и склер, темная моча. На 10 день - больная госпитализируется. В развитии заболевания отмечается ухудшение состояния: выражены симптомы интоксикации, беспокойство сменяется апатией, кожные покровы бледные, цианотичные, холодные, влажные. АД значительно снижено. Выражена тахикардия, но пульс удовлетворительного наполнения. Одышка- 46 в 1 мин. Олигоанурия. Тяжесть состояния больной усугублялась появлением геморрагической сыпи на коже, носовых кровотечений, кровоизлияний в склеры. В гемограмме: Нв – 90 г/л, лейкоциты – 19,8 x 10⁹/л, э – 0, п/я – 8%, с/я – 55%, л – 32%, м – 5%, анизоц.+++ , пойкил.+++ , СОЭ – 50 мм/час. В БАК билирубин 80,0 мкмоль/л, АЛАТ – 22,0 Е/л, АСАТ – 18,2 Е/л, тимол. проба – 7,2, ПТИ – 76%, мочевины – 57ммоль/л, креатинин – 120 ммоль/л. В ОАМ – цвет «пива», белок – 8г/л, цилиндры гиалин. – 8 – 7 – 9 – в п/зр, зернистые – 10 – 12 в п/зр, лейкоциты – 24 – 32 в п/зр. На 15 день

болезни в моче обнаружена *L. icterohemorrhagiae*, нарастание титра антител в РМА с 1:20 до 1:100 к 21 дню. На рентгенограмме признаки левосторонней мелкоочаговой пневмонии.

Задание

1. О каком заболевании необходимо думать? Поставьте диагноз.
2. Какова эпидемиология данного заболевания?
3. Назовите клиническую классификацию болезни.
4. Оцените лабораторные данные, подтверждающие диагноз.
5. Определите лечебную тактику.
6. Укажите принципы профилактики.

Ситуационная задача № 2

Ребенок 3 мес., поступил на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония. Две недели назад на фоне нормальной т появился кашель, который имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством, покраснением лица, высыванием языка, звонким вдохом, периодически заканчивался рвотой или отхождением трудно откашливаемой мокроты. Анамнез: ребенок от 2 нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов с т – 3690 г. На грудном вскармливании. Вакцинирован в роддоме БЦЖ. У бабушки в течение 3 недель сухой кашель. При осмотре в отделении: т – 5400. Кашель до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ. Состояние тяжелое, ребенок вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. В легких дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, которые исчезают после приступа, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2,0 см, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме. На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки – *Haemophilus pertussis*. Общий анализ крови: HGB – 140 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $30,0 \times 10^9/л$; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 3 мм/ч.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные эпидемиологического анамнеза.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Тесты оцениваются как «зачтено»/ «не зачтено». При прохождении обучающимся тестового контроля ниже чем на 70% - ставится оценка не зачтено, при прохождении тестирования на 71-100% - выставляется оценка зачтено.

Ответ на ситуационную задачу оценивается как «зачтено» и «не зачтено». При полном ответе и/или при не полном ответе на дополнительные вопросы задачи.

При положительном ответе на теоретический вопрос ставится оценка «зачтено». Итоговая оценка определяется как средняя из совокупности всех трех этапов зачета. Оценки «зачтено» означают успешное прохождение промежуточной аттестации.

К итоговой аттестации допускается обучающиеся после успешной сдачи промежуточной аттестации – зачетов по дисциплинам основной и вариативной части программы и факультативов.

8. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
Основная литература		
1.	Инфекционные болезни : учеб. [для лечеб. и мед.-профилакт. фак.] / под ред.: Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 692[2] с. : ил. - Библиогр.: с. 684. - Предм. указ.: с. 685-692.	100
2.	Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский [и др.]. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.	240
3.	Инфекционные болезни у детей: учебник / В. Ф. Учайкин, О. В. Шамшева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	102
Дополнительная литература		
1.	Лекции по инфекционным болезням : учебное пособие / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2007. - 1030[2] с. : ил. - (Учебная литература для студентов медицинских вузов).	10
2.	Лечение инфекционных больных : учеб.-метод. пособие для студ. мед. вузов / Ю. В. Лобзин, Ю. П. Финогеев, С. Н. Новицкий ; под общ. ред. Ю. В. Лобзина. - СПб. : Фолиант, 2003. - 126 с.	27
3.	Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней: учебное пособие / Н. В. Медуницын, В. И. Покровский. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2005.	10
4.	Грипп в практике клинициста, эпидемиолога и вирусолога : [научное издание] / Т. В. Сологуб, И. И. Токин, В. В. Цветков, Л. М. Цыбалова. - Москва : Мед. информ. агентство, 2017. - 270[1] с. - Библиогр.: с. 258-270.	1

8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
Основные источники	
1.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 1. [Электронный ресурс] / Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3699-8. https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html
2.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 2. [Электронный ресурс] / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-3700—1 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html
3.	Инфекционные болезни. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html
4.	Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / Покровский В. И. , Пак С. Г. , Брико Н. И. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-3822-0. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438220.html
Дополнительные источники	
1.	Алгоритмы ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационаре. (Методические рекомендации). Москва: ГВКГ имени Н.Н. Бурденко 2020, 16 с. – URL : https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43166008
2.	Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Под ред. Ходжаян А.Б., Козлова С.С., Голубевой М.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428221.html
3.	Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 582 с. - Электронный ресурс. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427309.html

4.	Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение : [Электронный ресурс] : практическое руководство / Ющук Н.Д. ; Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Маев И.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. - https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425558.html
5.	ВИЧ-инфекция и СПИД : [Электронный ресурс] : серия "Национальные руководства" / Покровский В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. - (Серия "Национальные руководства"). https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html .
6.	Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439005.html

8.2.1. Доступ к электронно-библиотечным системам (ЭБС), сформированным на основании прямых договоров и государственных контрактов с правообладателями на 2021-2022 гг.

1. ЭБС «Консультант студента» ВО+ СПО <http://www.studentlibrary.ru/> ООО «Политехресурс» Контракт №328СЛ/10-2021/469 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свидетельство о гос. регистр. базы данных №2013621110 от 6.09.2013г.
2. ЭБС «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/> ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением - Комплексный медицинский консалтинг» Контракт №633КВ/10-2021/468 от 30.12.2021г., срок доступа до 31.12.2022г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 17.10.2011+ Изменение в свид-во о гос. рег. базы данных №2011620769 от 4.06.2019г.
3. ЭБС IPRbooks <http://www.iprbookshop.ru/> ООО Компания «Ай Пи Ар Медиа» Лицензионный договор № 9193/22К/247 от 11.07.2022г., срок доступа до 14.07.2023г. Свид-во о гос. рег. базы данных №2010620708 от 30.11.2010 + Изменение в свид. о гос. рег. базы данных №2010620708 от 17.12.2018г.
4. Национальный цифровой ресурс «Рукоонт» <http://www.rucont.lib.ru>. ООО Центральный коллектор библиотек "БИБКОМ" Договор №470 от 30.12.2021, срок доступа с 01.01.2022 по 31.12.2022г. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2011620249 от 31 марта 2011г.

8.3. Перечень периодических изданий:

1. Инфекционные болезни и эпидемиология
2. Инфекционные болезни и вакцинация
3. Журнал им. Г.Н. Сперанского
4. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.
5. Детские инфекции
6. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии
7. Эпидемиология и вакцинопрофилактика
8. Российский медицинский журнал
9. Саратовский научно-медицинский журнал
10. Научно-практический журнал Врач
11. The Lancet
12. The Lancet Infectious diseases
13. AIDS Reviews
14. New England Journal of Medicine
15. Antiviral Therapy
16. Clinical Infectious Diseases
17. Retrovirology
18. Scopus

8.4. Перечень электронных образовательных, научно-образовательных ресурсов и информационно-справочных систем специальности 32.08.12 «Эпидемиология»

№ п/п	Официальные эпидемиологические сообщества	Интернет - страница
Отечественные		
1	НАСКИ - Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций	http://nasci.ru/
2	ВНПОЭМП - Всероссийское научно-практическое общество эпидемиологов, микробиологов, паразитологов	http://www.npoemp.ru/514/
3	Национальное научное общество инфекционистов	http://nnoi.ru/
Зарубежные		
1	IntechOpen	https://www.intechopen.com/books
2	European AIDS Clinical Society	https://www.eacsociety.org/
Научно-образовательные медицинские порталы		
1	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
5	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
6	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
7	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
8	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
Информационно-справочные системы		
1	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

8.5. Нормативно-правовые акты

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 № 52-ФЗ.
2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.98 № 157 (с изменениями на 2 июля 2021 года).
3. Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 17.09.98 № 77.
4. Закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30.03.1995 № 38-ФЗ.
5. СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг".
6. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".
7. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
8. Постановление правительства РФ от 15.07.99 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».
9. Постановление Правительства РФ от 25.12.2001 № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27.03.2007 № 12 «Об усилении мероприятий по эпидемиологическому надзору за холерой»;
11. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 25.12.2007 №94 «Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации»
12. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи».
13. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.04.2011 № 32 «О противоэпидемических мерах и профилактике холеры в РФ».
14. Постановление Главного государственного санитарного врача по Саратовской области «О проведении профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по эпидемическим показаниям отдельным категориям (группам) граждан Саратовской области в 2021 году».
15. Постановление Главного государственного санитарного врача по Саратовской области № 9 от 15.09.2021г. "О проведении дополнительных мероприятий по профилактике полиомиелита".
16. Постановление Главного государственного санитарного врача по Саратовской области № 8 от 26.07.2021г. "О проведении изучения популяционного иммунитета к гриппу у населения Саратовской области".
17. Приказ МЗ РФ от 26.11.98 № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
18. Приказ МЗ РФ от 20 мая 2005 г. N 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте» (в ред. Приказов Роспотребнадзора от 10.07.2007 N 215, от 07.04.2009 N 321).
19. Приказ МЗ СССР от 03.09.91 № 254 «О развитии дезинфекционного дела в стране»
20. Приказ МЗ РФ от 16.06.97 № 184 «Об утверждении методических указаний по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, используемых в лечебно-профилактических учреждениях»
21. Приказ МЗ РФ от 21.03.2014 N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
22. Приказ МЗ РФ от 29.07.2000 № 229 «О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций».
23. Приказ МЗиСР РФ от 05.12.2005 № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных с ВИЧ-инфекцией».
24. Приказ МЗ РФ от 17.05.1999 № 174 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка».
25. Приказ МЗ СССР от 13.12.1989 № 654 «О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний».
26. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.10.2021 № 2900-р «Об утверждении Плана мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ - 11) на территории РФ на 2021 - 2024 годы»
27. МУ-287-113 от 30.12.98 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».
28. МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним».
29. Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».
30. МР 3.5.1.0101-15 «Биологический метод дезинфекции с использованием бактериофагов».
31. МУ 3.5.736-99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях».
32. «Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями» № 28-6/34 от 02.09.87.

33. «Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов» № 15/6-5 от 28.02.91.
34. МУК 4.2.1991-05 «Контроль соблюдения условий паровой стерилизации растворов питательных сред с применением химических индикаторов».
35. МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями».
36. МУ 3.2.1022-01 «Мероприятия по снижению риска заражения населения возбудителями паразитозов».
37. МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры».
38. МУ 3.1.3018-12 «Эпидемиологический надзор за дифтерией».
39. МУ 3.3.1891-04 «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».
40. МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок».
41. МУ 3.3.1879-04 «Расследование поствакцинальных осложнений»
42. МУ 3.3.1.2045-06 «Осложнения после прививок против оспы: клинические формы, лечение, профилактика, диагностика, мониторинг».
43. МУ 3.1.2007-05 «Эпидемиологический надзор за туляремией».
44. МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».
45. МУ 3.2.974-00 «Малярийные комары и борьба с ними на территории Российской Федерации».
46. МУ 3.5.2644-10 «Организация и проведение дезинфекционных мероприятий при дерматомикозах».
47. МУ 3.1.1.2957-11 «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика ротавирусной инфекции»
48. МУ 3.1.1.2488-09 «Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки».
49. МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией».
50. МУ 3.1.2.2160-07 «Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией».

9. Информационные технологии

Интернет-адрес страницы кафедры <http://www.sgmru.ru/info/str/depts/epidem/>
<https://youtube.com/channel/UCpbhrQNzOf21SZkQ1ZhrQ3g>
<https://zoom.us/>

9.1. Электронно-библиотечные системы

№ п/п	Издания
Основные источники	
5.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 1. [Электронный ресурс] / Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-3699-8. https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html
6.	Ющук Н.Д., Лекции по инфекционным болезням. Том 2. [Электронный ресурс] / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-3700—1 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html
7.	Инфекционные болезни. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html
8.	Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология : учебник / Покровский В. И. , Пак С. Г. , Брико Н. И. - 3-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1008 с. - ISBN 978-5-9704-3822-0. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438220.html
Дополнительные источники	

7.	Алгоритмы ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационаре. (Методические рекомендации). Москва: ГВКГ имени Н.Н. Бурденко 2020, 16 с. – URL : https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43166008
8.	Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Под ред. Ходжаян А.Б., Козлова С.С., Голубевой М.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Электронный ресурс. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428221.html
9.	Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 582 с. - Электронный ресурс. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427309.html
10.	Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение : [Электронный ресурс] : практическое руководство / Ющук Н.Д. ; Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Маев И.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. - https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425558.html
11.	ВИЧ-инфекция и СПИД : [Электронный ресурс] : серия "Национальные руководства" / Покровский В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с. - (Серия "Национальные руководства"). https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454213.html .
12.	Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439005.html

9.2. Электронные образовательные, научно-образовательные ресурсы и информационно-справочные системы специальности 32.08.12 «Эпидемиология»

№ п/п	Официальные эпидемиологические сообщества	Интернет - страница
Отечественные		
1	НАСКИ - Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций	http://nasci.ru/
2	ВНПОЭМП - Всероссийское научно-практическое общество эпидемиологов, микробиологов, паразитологов	http://www.npoemp.ru/514/
3	Национальное научное общество инфекционистов	http://nnoi.ru/
Зарубежные		
1	IntechOpen	https://www.intechopen.com/books
2	European AIDS Clinical Society	https://www.eacsociety.org/
Научно-образовательные медицинские порталы		
1	Научная электронная библиотека	www.elibrary.ru
2	Научно-образовательный медицинский портал	www.med-edu.ru
3	Всероссийская образовательная интернет-программа для врачей «Интернист»	www.internist.ru
4	Медицинский образовательный сайт/социальная сеть для врачей	https://vrachivmeste.ru
5	Научная сеть SciPeople	www.scipeople.ru
6	Российская национальная библиотека (СПб)	www.nlr.ru
7	Международный медицинский портал	www.univadis.ru
8	Научная электронная библиотека – электронные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier	www.elsevier.com
Информационно-справочные системы		
1	Министерство здравоохранения Российской Федерации	www.rosminzdrav.ru
2	Министерство здравоохранения Саратовской области	www.minzdrav.saratov.gov.ru

9.3. Программное обеспечение

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2В1Е-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2023-02-20, количество объектов 3500.
CentOSLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины.

11. Материально-техническое обеспечение (Приложение 3).

12. Кадровое обеспечение (Приложение 4).

13. Иные учебно-методические материалы: конспекты лекций (Приложение 5); методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине.

Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	В.И. Ерёмин	к.м.н., доцент	заведующий кафедрой эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	А.Н. Данилов	д.м.н., доцент	профессор	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Н.А. Заяц	к.м.н., доцент	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Н.В. Рябинин	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

5.	А.И. Хворостухина	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	С.С. Абрамкина		старший преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
7.	Е.Г. Гладилина	к.м.н.	ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
8.	С.Ю. Чехомов		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
9.	О.А. Хлебожарова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
10.	М.А. Шиловская		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
11.	А.О. Дергунова		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
12.	А.А. Богданова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.

Разумовского Минздрава России

_____ Н.В. Щуковский

« 31 » 08 2022_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-
ЭПИДЕМИОЛОГА»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
эпидемиологии

Протокол от 17.06.2022 г. № 11

Заведующий кафедрой:

_____ В.И. Ерёмин

ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим занятиям
3.	Решение ситуационных задач	Комплект типовых ситуационных задач

**КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 1 С
УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Кишечные инфекции»)**

1. Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Непосредственно из крови	
Б.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
В.	Из лимфатических образований кишечника	
Г.	Из клеток эпителия кишечника	

2. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирулентность возбудителя	
Б.	Наличие рецидивов заболевания	
В.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
Г.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

3. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-8 дней	
Б.	9-14 дней	+
В.	15-25 дней	
Г.	25-30 дней	

4. Какой признак нарушения функции нервной системы характерен для брюшного тифа?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Головная боль	
Б.	Апатия, адинамия	
В.	Заторможенность	
Г.	Общая слабость	+

5. Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при дизентерии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Желудок	
Б.	Тонкая кишка	
В.	Проксимальные отделы толстой кишки	
Г.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

6. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высота и продолжительность лихорадки	
Б.	Гемодинамические расстройства	
В.	Степень интоксикации	+
Г.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

7. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Патогенность	
Б.	Источник инфекции	
В.	Антигенная структура по О-антигенам	+
Г.	Антигенная структура по Н-антигенам	

8. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	
Б.	От 12 до 24 часов	+
В.	От 25 до 48 часов	
Г.	От 49 до 72 часов	

9. При контактном пути передачи сальмонеллеза инкубационный период чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	
Б.	От 7 До 24 часов	
В.	От 25 до 48 часов	
Г.	Более 72 часов	+

10. Длительность инкубационного периода при пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	+
Б.	От 7 до 12 часов	
В.	От 13 до 24 часов	
Г.	Свыше 24 часов	

11. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Симпатическую нервную систему	
Б.	Чувствительные мотонейроны	
В.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
Г.	Периферические нервы	

12. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Угнетение дыхательного центра	
Б.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
В.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
Г.	Все перечисленное	

13. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
Б.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
В.	Выделении возбудителя из испражнений	
Г.	Все перечисленное	

14. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1 лечебную дозу, независимо от тяжести болезни однократно	+
Б.	1 лечебную дозу однократно при легком течении и средней тяжести	
В.	2 лечебные дозы трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении	
Г.	2 лечебные дозы однократно	

15. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
А.	Тетрациклин	
Б.	Пенициллин	
В.	Канамицин	
Г.	Левомецетин	+

16. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Крупный рогатый скот	
Б.	Мышевидные грызуны	
В.	Человек	+
Г.	Птицы	

17. Максимальные сроки выделения вируса больными при ротавирусном гастроэнтерите составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-6 дней	
Б.	7-12 дней	
В.	13-21 день	+
Г.	22-30 дней	

18. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Желудка	
Б.	Тонкой кишки	
В.	Толстой кишки	
Г.	Верхних дыхательных путей	+

19. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Тенезмы, стул водянистый	
Б.	Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом	+
В.	Стул без изменений	
Г.	Тенезмы, примесь крови в испражнениях	

20. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Клиническая картина заболевания	
Б.	Эпидемиологические данные	

В.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
Г.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

21. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Капельный	
Б.	Фекально-оральный	+
В.	Парентеральный	
Г.	Половой	

22. Для вирусного гепатита А характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высокая устойчивость возбудителя во внешней среде	+
Б.	Наибольшая заболеваемость у детей до 1 года	
В.	Заболеваемость не имеет сезонного характера	
Г.	Не характерны циклические подъемы заболеваемости	

23. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышением активности АлАТ	
Б.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
В.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
Г.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

24. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
Б.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
В.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
Г.	В течение 3 лет	

25. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Чаще болеют дети в возрасте 2-5 лет	+
Б.	В основном болеют взрослые 20 - 35 лет	
В.	Передается водным путем	
Г.	Характеризуется эпидемическим распространением	

26. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лихорадка	
Б.	Слабость, снижение аппетита	
В.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
Г.	Артралгии	

27. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
Б.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
В.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+
Г.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	

28. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Инкубационный период редко превышает 3 суток	
Б.	Обращает на себя внимание бледность кожных покровов, несмотря на высокую лихорадку, интоксикация выражена слабо	
В.	Диарея может приводить к развитию обезвоживания	
Г.	Наиболее частая причина летальных исходов – острая почечная недостаточность	+

29. Укажите правильное утверждение. Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Гентамицин	
В.	Доксициклин	
Г.	Клафоран	

30. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Свиной	
Б.	Бычий	
В.	Козий	+
Г.	Собачий	

31. Укажите, кто не является источником инфекции при бруцеллезе:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
А.	Свиньи	
Б.	Коровы	
В.	Домашние птицы	+
Г.	Козы, овцы	

32. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х месяцев	+
Б.	От 3-х до 6 месяцев	
В.	Свыше 6 месяцев	
Г.	Более года	

33. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х месяцев	
Б.	До 6 месяцев	
В.	Свыше 6 месяцев	+
Г.	Более года	

34. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Острой форме	
Б.	Острой и подострой форме	
В.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
Г.	Хронической форме	

35. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
Б.	Степени тяжести процесса	
В.	Степени активности инфекционного процесса	
Г.	Реинфекции	

36. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Дифтерии	
Б.	Токсоплазмозе	+
В.	Сальмонеллезе	

Г.	Коклюш	
----	--------	--

37. Лихорадка, боль в мышцах при движении и в покое, одутловатость лица, эозинофилия крови характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Цистицеркоза	
Б.	Клонорхоза	
В.	Трихинеллеза	+
Г.	Аскаридоза	

38. Укажите правильное утверждение. Клинический симптом наиболее характерный для энтеробиоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нарушение аппетита	
Б.	Схваткообразные боли в животе	
В.	Перианальный зуд	+
Г.	Головные боли	

39. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Бычьим цепнем	
Б.	Карликовым цепнем	
В.	Свиным цепнем	
Г.	Широким лентецом	+

40. У больного с язвенным поражением кишечника в жидких фекалиях со слизью обнаружена кровь. Какую протозойную болезнь наиболее вероятно предположить?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лейшманиоз	
Б.	Токсоплазмоз	
В.	Амебиаз	+
Г.	Лямблиоз	

41. При употреблении в пищу недостаточно проваренного мяса млекопитающих можно заразиться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Трипаносомозом	
Б.	Лямблиозом	
В.	Токсоплазмозом	+
Г.	Балантидиазом	

**КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 2 С
УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Инфекции дыхательных путей»)**

1. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ротавирусам	
Б.	Пикорнавирусам	
В.	Энтеровирусам	
Г.	Ортомиксовирусам	+

2. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Больной человек	+
Б.	Реконвалесцент	
В.	Объекты окружающей среды	
Г.	Здоровый человек	

3. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Аэрозольный	+
Б.	Контактный	
В.	Фекально-оральный	
Г.	Трансмиссивный	

4. Какой симптом указывает в пользу гриппа при проведении дифф. диагноза с парагриппом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Значительная интоксикация	+
Б.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
В.	Развитие синдрома крупа	
Г.	Развитие мезаденита	

5. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ремантадин	+
Б.	Интрон	
В.	Вальтрекс	
Г.	Зовиракс	

6. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Толстая капля крови	
Б.	Иммуноферментный анализ	+
В.	Вирусологический анализ	

Г.	РПГА	
----	------	--

7. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	
Г.	Риновирусная инфекция	+

8. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	+
В.	Аденовирусная инфекция	
Г.	РС инфекция	

9. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

10. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

11. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

12. При какой ОРВИ наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	+
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	

Г.	РС инфекция	
----	-------------	--

13. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
Б.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
В.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
Г.	Длительно сохраняется в воде	

14. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	7-20 дней	
Б.	9-21 дней	+
В.	4-14 дней	
Г.	11-21 день	

15. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Везикулезная	
Б.	Пятнисто-папулезная	+
В.	Мелкоточечная	
Г.	Пятнисто-везикулезная	

16. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высыпает одновременно на всем теле	
Б.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
В.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
Г.	После себя не оставляет пигментации	

17. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-2 дня	
Б.	3-4 дня	
В.	До 7-ми дней	+
Г.	8-10 дней	

18. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	В инкубационный период	
Б.	В первый день катарального периода	
В.	За 1-2 дня до высыпания	+
Г.	В период высыпания	

19. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирусологическое исследование	
Б.	Бактериологическое исследование	
В.	РПГА	
Г.	Иммуноферментный анализ	+

20. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	3 мес	
Б.	6 мес	
В.	12 мес	+
Г.	18 мес	

21. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Острое начало	
Б.	Катаральные проявления	
В.	Полиморфное высыпание на слизистой	
Г.	Везикулезная сыпь	+

22. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Больной ветряной оспой	+
Б.	Вирусоноситель	
В.	Реконвалесцент	
Г.	Бактерионоситель	

23. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Геморрагическое содержание везикул	
Б.	Поражение внутренних органов	
В.	Некрозы кожи	
Г.	Большие пузыри с мутным содержимым	+

24. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Герпесвирус	+
Б.	Пикорнавирус	
В.	Энтеровирус	
Г.	Парамиксовирус	

25. Входные ворота при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Верхние дыхательные пути	+
Б.	Конъюнктура	
В.	Кожа	
Г.	Половые органы	

26. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нейтрофилез + лимфопения	
Б.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
В.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
Г.	Лимфоцитоз + эозинофилия	

27. Вирус Эпштейн-Барр относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Семейству ортомиксовирусов	
Б.	Семейству парамиксовирусов	
В.	Семейству пикорнавирусов	
Г.	Семейству герпесвирусов	+

28. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Петехиальной сыпи	
Б.	Узловой эритемы	
В.	Кореподобной сыпи	+
Г.	Скарлатиноподобной сыпи	

29. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ампициллин	+
Б.	Цефазолин	
В.	Эритромицин	
Г.	Преднизолон	

30. Какие изменения лимфоузлов можно выявить у больного с инфекционным мононуклеозом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Увеличение размеров	+
Б.	Болезненность	
В.	Изменение кожи над ними	
Г.	Отек подкожной клетчатки	

31. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Арбовирус	
Б.	Парамиксовирус	+
В.	Герпесвирус	
Г.	Риновирус	

32. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пневмония	
Б.	Орхит	+
В.	Полиневриты	
Г.	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	

33. Какой из нижеперечисленных параметров лабораторного обследования был признан значимым фактором риска развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и смерти у пациентов с COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Снижение уровня лактатдегидрогеназы	
Б.	Повышенные уровни D-димера	+
В.	Нейтропения	
Г.	Лимфоцитоз	

34. Какой из нижеперечисленных показателей наиболее точно отражает предполагаемый инкубационный период COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	В течение 24 часов	
Б.	3-4 недели	
В.	От 2 дней до 2 недель	+
Г.	Больше, чем 1 месяц	

35. Какое из нижеперечисленных клинических проявлений является наиболее часто регистрируемым у пациентов с COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Чихание	
Б.	Гипотония	
В.	Диарея	
Г.	Лихорадка	+

36. Какой из нижеперечисленных диагностических тестов чаще всего должен использоваться в диагностике COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Иммунофлуоресцентный анализ (ИФА)	
Б.	Анализ полимеразной цепной реакции обратной транскрипции в реальном времени (ПЦР-РТ)	+
В.	Выделение вируса в культуре клеток	
Г.	Тест на обнаружение вирусных антигенов	

37. При компьютерной томографии органов грудной клетки основными типичными проявлениями вирусной пневмонии (COVID-19) являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
Б.	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
В.	Единичные солидные узелки	
Г.	Плевральный выпот	

38. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Мазок из ротоглотки и носа на менингококк	
Б.	Посев крови на менингококк	
В.	Бактериоскопия толстой капли крови	
Г.	Посев ликвора на менингококк	+

39. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Левомецетин	
В.	Ампициллин	
Г.	Сульфамометоксин	

40. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Левомецетин	
В.	Ампициллин	
Г.	Сульфамометоксин	

41. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Простейшим	
Б.	Микоплазмам	
В.	Хламидиям	
Г.	Бактериям	+

42. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Цефалоспорины	
Б.	Гентамицин	
В.	Эритромицин	+
Г.	Пенициллин	

43. Чаще всего дифтерия носа у взрослых протекает в форме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Катаральной, катарально-язвенной	+
Б.	Пленчатой	
В.	Токсической	
Г.	Распространенной	

44. Укажите правильное утверждение: к клиническим признакам токсической формы дифтерии относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Односторонняя некротическая ангина	
Б.	Отек миндалин на пораженной стороне	
В.	Отек подкожной клетчатки	+
Г.	Умеренная боль в горле при глотании	

45. Местом обязательной ликвидации фибринозной пленки при дифтерии гортани является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Надгортанник	
Б.	Боковые стенки гортани	
В.	Истинные голосовые складки	+
Г.	Подкладковое пространство	

46. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
А.	Миндалинах	+
Б.	Миндалинах и передних небных дужках	
В.	Миндалинах и маленьком язычке	
Г.	Миндалинах и задней стенке глотки	

47. Вы проводите дифференциальный диагноз поражения гортани парагриппозной и дифтерийной этиологии. В пользу дифтерии свидетельствует:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грубый лающий кашель	
Б.	Шумное дыхание	
В.	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	
Г.	Стойкая афония	+

48. Типичным осложнением со стороны сердца при тяжелых формах дифтерии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Септический эндокардит	
Б.	Эндомиокардит вторичный	
В.	Порок сердца	
Г.	Токсический миокардит	+

49. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пятнисто-папулезная	
Б.	Уртикарная	
В.	Петехиальная	
Г.	Мелкоточечная	+

50. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1–2 день	
Б.	14–16 день	
В.	5–8 день	+
Г.	18–21 день	

51. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфоцитоз	
Б.	Лимфопения	
В.	Нейтрофилез	+
Г.	Нейтропения	

52. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Аминогликозиды	
Б.	Цефалоспорины	
В.	Пенициллин	+
Г.	Тетрациклины	

53. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Палочка Леффлера	
Б.	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
В.	Палочка Борде — Жангу	+
Г.	Палочка Коха	

54. Длительность заразного периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	10 дней с момента заболевания	
Б.	20 дней с момента заболевания	
В.	30 дней с момента заболевания	+
Г.	10 дней от начала приступа кашля	

55. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Бактериемия	
Б.	Токсемия	
В.	Интоксикация	
Г.	Сенсибилизация	+

56. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Бактериологическое исследование	
Б.	Серологическое исследование	+
В.	Гематологическое исследование	
Г.	Вирусологическое исследование	

57. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	3 дня	
Б.	7 дней	+
В.	14 дней	
Г.	21 день	

**КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 3 С
УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Трансмиссивные (кровяные) инфекции»)**

1. При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышение мочевины	
Б.	Повышение креатинина и мочевины	
В.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Г.	Повышение калия редко	

2. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Менингоэнцефалитический	
Б.	Абдоминальный	
В.	Геморрагический	+
Г.	Диспептический	

3. Отличительной особенностью Крымской геморрагической лихорадки от других лихорадок является?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	+
Б.	Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом	
В.	Острая почечная недостаточность	
Г.	Суставной синдром	

4. Отличительной особенностью Омской геморрагической лихорадки от других лихорадок является?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	
Б.	Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС	
В.	Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом	+
Г.	Суставной синдром	

5. При исследовании периферической крови у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в разгар заболевания отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Увеличение количества эозинофилов	
Б.	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
В.	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
Г.	Увеличение тромбоцитов	

6. При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышение мочевины	
Б.	Повышение креатинина и мочевины	
В.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Г.	Повышение калия редко	

7. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антибиотики	
Б.	Специфический гамма — глобулин	+
В.	ГКС	
Г.	Введение специфической сыворотки	

8. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Листерия	
Б.	Боррелия	
В.	Хламидия	
Г.	Вирус	+

9. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Деменция	
Б.	Атаксия	
В.	Слепота и снижение слуха	
Г.	Атрофические параличи мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей	+

10. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Кожной аллергической пробой	+
Б.	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	

В.	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
Г.	РСК	

11. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антитоксическая сыворотка	
Б.	Ацикловир	
В.	Ганцикловир	
Г.	Иммуноглобулин	+

12. Где должны лечиться больные с менингеальной формой клещевого энцефалита?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Амбулаторно	
Б.	В дневном стационаре	
В.	В инфекционном стационаре	+
Г.	В консультативно-диагностическом центре	

13. Характер эритемы при клещевом энцефалите.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	
Б.	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
В.	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
Г.	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	

14. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
Б.	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
В.	Отек болезненный и равномерный	
Г.	Первичный бубон чаще единичный	+

15. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
Б.	Геморрагическая септицемия	+
В.	Наличие токсических лимфаденитов	
Г.	Инфекционно-токсический шок	

16. Для кожной формы чумы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы, везикулы и пустулы	
Б.	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
В.	Образование фликтены	
Г.	Развитие лимфангоита	+

17. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
Б.	Быстрое поражение сосудов	+
В.	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
Г.	Образование множественных очагов инфекции	

18. Для легочной формы чумы наиболее типично:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Наличие режущих болей в груди, одышка	
Б.	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
В.	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
Г.	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

19. Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пунктат из бубона	
Б.	Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен	
В.	Мокрота, слизь из зева	
Г.	Кровь, секционный материал	+

20. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирусы	
Б.	Риккетсии	
В.	Простейшие	
Г.	Бактерии	+

21. Инкубационный период при туляремии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	19-21 день	
Б.	35 дней	
В.	3-7 дней	+
Г.	10 дней	

22. Правила выписки из стационара больного туляремией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Не ранее 7 дня нормальной температуры	+
Б.	Не ранее 5 дня нормальной температуры	
В.	Не ранее 21 дня нормальной температуры	
Г.	Не ранее 14 дня нормальной температуры	

23. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антропоноз	+
Б.	Зооноз	
В.	Зооантропоноз	
Г.	Сапроноз	

24. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Примахин	+
Б.	Хинин	
В.	Делагил	
Г.	Нитрофураны	

25. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Комаров рода Anopheles	+
Б.	Комаров рода Culex	
В.	Комаров рода Aedes	
Г.	Платяных вшей	

26. Какой из видов малярии является наиболее опасным с точки зрения тяжести течения и возможности развития осложнений:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Pl.ovale	
Б.	Pl.vivax	
В.	Pl.falciparum	+
Г.	При сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	

27. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Озноб, кашель, насморк	
Б.	Пот, озноб, жар	

В.	Жар, озноб, пот	
Г.	Озноб, жар, пот	+

28. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Паренхиматозное	
Б.	Гемолитическая	+
В.	Обтурационная	
Г.	Связана с холестазом	

29. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	<i>Pl. vivax</i>	
Б.	<i>Pl. falciparum</i>	
В.	при сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	
Г.	<i>Pl. malariae</i> .	+

**КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ № 4 С
УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Инфекции наружных покровов»)**

1. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х недель	
Б.	От 3-х недель до нескольких лет	
В.	От 3-х недель до 3-х месяцев	+
Г.	От 5 до 10 дней	

2. Антитела к ВИЧ у ВИЧ-инфицированных наиболее часто определяются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Через 1 месяц после инфицирования	
Б.	Через 6 месяцев после инфицирования	
В.	В течение 1-2 недели после заражения	
Г.	Через 3 месяца после заражения	+

3. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Наличие поверхностной мембраны	
Б.	Наличие РНК	
В.	Интеграция в геном клетки хозяина	+
Г.	Наличие сердцевинной части	

4. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Внешний белок мембраны	
Б.	Белки сердцевинны вириона	
В.	Обратная транскриптаза	+
Г.	Трансмембранный белок	

5. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 месяцев	
Б.	6-12 месяцев	
В.	2-5 лет	
Г.	Более 10- 15 лет	+

6. Ведущая причина иммунодефицита и поражения различных органов и тканей при ВИЧ - инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Формирование аутоантител к тетрапептидам мембран клеток макроорганизма	
Б.	Цитопатическое действие вируса	
В.	Нарушение функции макрофагов	+
Г.	Снижение образования количества Т - лимфоцитов в костном мозге	

7. Отличие моно-нуклеозоподобного синдрома при острой ВИЧ-инфекции от инфекционного мононуклеоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лихорадка	
Б.	Полиаденопатия	
В.	Тонзиллит	
Г.	Появление в крови молодых форм лимфоцитов	+

8. Гистологические изменения в лимфоузлах при острой ВИЧ — инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
Б.	Воспалительные изменения	
В.	Склерозирование лимфоидной ткани	
Г.	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

9. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

Поле для	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

выбора ответа		
А.	Внешний белок мембраны	
Б.	Белки сердцевины вириона	
В.	Обратная транскриптаза	+
Г.	Трансмембранный белок	

10. Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Артралгический	
Б.	Диспепсический	+
В.	Астеновегетативный	
Г.	Латентный	

11. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Аэрозольный	
Б.	Контактный	
В.	Парентеральный	+
Г.	Трансмиссивный	

12. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	РНК - содержащий гепаднавирус	
Б.	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
В.	ДНК - содержащий энтеровирус	
Г.	РНК - содержащий пикорнавирус	

13. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Интерферон	+
Б.	Ацикловир	
В.	Фоскарнет	
Г.	Азидотимидин	

14. Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита Д:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Выявление в крови HBs антигена	
Б.	Выявление в крови HBe антигена	
В.	Тяжелое течение заболевания	

Г.	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+
----	---	---

15. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Типичных легких форм болезни	
Б.	Среднетяжелых форм болезни	+
В.	Тяжелых форм болезни	
Г.	Злокачественных форм болезни	

16. Основной путь передачи гепатита В детям первого года жизни:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грудное молоко	
Б.	Интранатальный	+
В.	Контактный	
Г.	Трансплацентарный	

17. При злокачественной форме вирусных гепатитов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Увеличиваются размеры печени	
Б.	В клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз	
В.	Уменьшаются размеры печени	+
Г.	Уменьшается желтуха	

18. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Retroviridae	
Б.	Herpesviridae	
В.	Rhabdoviridae	+
Г.	Togaviridae	

19. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антропонозам	
Б.	Зоонозам	+
В.	Зооантропонозам	
Г.	Сапронозам	

20. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нарастанием мышечного тонуса	
Б.	Нормализацией сердечной деятельности	
В.	Параличи развиваются по нисходящему типу	
Г.	Летальным исходом у 100 % больных	+

21. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Гипотермией	
Б.	Прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии	+
В.	Нарастанием мышечного тонуса	
Г.	Нормализацией сердечной деятельности	

22. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
Б.	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+
В.	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
Г.	Все перечисленное	

23. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Подкожно	+
Б.	Внутривенно	
В.	Внутрикожно	
Г.	Внутримышечно	

24. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Стафилококк	
Б.	Клебсиелла	
В.	Бета-гемолитический стрептококк	+
Г.	Пневмококк	

25. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Живот	
Б.	Грудная клетка	
В.	Верхние конечности	
Г.	Нижние конечности	+

26. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Появление эритемы на коже	
Б.	Боли в очаге поражения	
В.	Повышение температуры с ознобом	+
Г.	Отек мягких тканей в очаге поражения	

27. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Эритромицин	
В.	Бисептол	
Г.	Линкомицин	

28. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Экссудативная эритема	
Б.	Злокачественный карбункул	+
В.	Эризипеллоид	
Г.	Шанкرويد	

31. При кожной форме сибирской язвы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфаденит, как правило, безболезненный	
Б.	Струп в центре карбункула отторгается через 2-4 недели	
В.	Нагноение в области карбункула, как правило, не наблюдается	
Г.	С первого дня болезни характерна выраженная лихорадка	+

32. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Специфический глобулин	+
Б.	Противосибирезвенную сыворотку	
В.	Противосибирезвенную вакцину	
Г.	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

33. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	От 8 до 12 часов	
Б.	От 2 до 3 дней	+
В.	От 5 до 7 дней	

Г.	Более 2-х недель	
----	------------------	--

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №1 (ТЕМА «Кишечные инфекции»)

1. Клинические проявления инфекционных заболеваний, протекающих с диарейным синдромом. Принципы лабораторной диагностики и лечения этих заболеваний.
2. Ротавирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
4. Бруцеллез. Клиника острой формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
5. Бруцеллез. Клиника хронической формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
6. Бруцеллез. Клиника резидуальной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
7. Лептоспироз. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
8. Лептоспироз. Клиника. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
9. Лептоспироз. Осложнения. Лечение и профилактика.
10. Вирусный гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация.
11. Вирусный гепатит А. Клиника преджелтушного периода, диагностические критерии.
12. Вирусный гепатит А. Клиника желтушного периода, диагностические критерии.
13. Вирусный гепатит А. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
14. Вирусный гепатит А. Лечение, диспансеризация, профилактика.
15. Вирусный гепатит Е. Этиология, эпидемиология, клиника.
16. Вирусный гепатит Е. Дифференциальная, лабораторная диагностика. Лечение.
17. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Классификация. Клиника.
18. Пищевые токсикоинфекции. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Диагностическая и лечебная тактика.
19. Шигеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
20. Шигеллез. Клиника гастроэнтероколитической формы. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Шигеллез. Клиника колитической формы. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Шигеллез. Лабораторная диагностика. Правила выписки и диспансеризации.
23. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.

24. Сальмонеллез. Клиника и лечение гастроинтестинальной формы.
25. Сальмонеллез. Клиника и лечение генерализованных форм.
26. Сальмонеллез. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Профилактика внутрибольничных инфекций.
27. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
28. Брюшной тиф. Клиника типичных форм. Дифференциальный диагноз. Лечение.
29. Брюшной тиф. Клиника атипичных форм. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
30. Брюшной тиф. Осложнения, правила выписки. Диспансеризация.
31. Паратиф А и В. Особенности течения. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика.
32. Гельминтозы. Классификация. Общие закономерности патологического процесса. Понятие девастиации и дегельминтизации.
33. Нематодозы (аскаридоз, энтеробиоз, трихинеллез и др.). Клиника, диагностика и лечение.
34. Цестодозы (тениаринхоз, тениоз). Клиника, диагностика и лечение.
35. Трематодозы (описторхоз, фасциолез). Клиника, диагностика и лечение.
36. Гельминтозы. Методы лабораторной диагностики. Профилактика.
37. Актуальные протозойные заболевания (амебиаз, лямблиоз, токсоплазмоз). Клиника, диагностика, лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №2 (ТЕМА «Инфекции дыхательных путей»)

1. Грипп. Этиология, эпидемиология, клиника.
2. Грипп. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
3. Грипп. Осложнения. Лечение.
4. Грипп. Лечение в амбулаторных условиях.
5. Грипп А (H5N1). Пандемический грипп (H1N1). Особенности клинического течения.
6. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
7. Дифтерия. Клиника локализованной и распространенной форм.
8. Дифтерия. Клиника токсической формы. Осложнения.
9. Дифтерия дыхательных путей. Клиника, диагностика. Осложнения.
10. Дифтерия. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
11. Коронавирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Лабораторная диагностика методы экспресс-диагностики. Особенности клинического течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Осложнения острых респираторных заболеваний. Клиническая характеристика в зависимости от возраста. Лечение.
13. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника и течение болезни. Осложнения. Краснуха у беременных. диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
14. Корь. Этиология, эпидемиология, иммуитет. Клиника и течение болезни. Проблема персистенции вируса. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз и профилактика.
15. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клинические варианты течения болезни. Особенности у взрослых. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
16. Ветряная оспа. Этиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
17. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №3 (ТЕМА «Трансмиссивные (кровяные) инфекции»)

1. Геморрагические лихорадки. Общая характеристика болезней, объединенных этим термином.
2. Геморрагические лихорадки, встречающиеся на территории России. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.

3. ГЛПС. Особенности возбудителей ГЛПС. Основные источники заражения и пути передачи. Клиника. Лечение. Профилактика.
4. Лихорадка Эбола. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение.
5. Чума. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
6. Чума. Клиника бубонной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
7. Чума. Клиника легочной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
8. Чума. Лечение и профилактика.
9. Туляремия. Этиология, эпидемиология, классификация.
10. Туляремия. Клиника, дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
11. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
12. Малярия. Этиология, эпидемиология, классификация, патогенез.
13. Малярия. Клиника трехдневной малярии (Pl. Vivax, ovale), диагностика и лечение.
14. Клиника тропической малярии. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №4 (ТЕМА «Инфекции наружных покровов»)

1. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
2. ВИЧ-инфекция. Клиника первичных проявлений, диагностика, лечение.
3. ВИЧ-инфекция. Клиника вторичных проявлений, диагностика, лечение.
4. ВИЧ-инфекция. Клиника терминальной стадии. Диагностика, лечение.
5. ВИЧ-инфекция. Характеристика основных оппортунистических инфекций.
6. Вирусный гепатит В. Этиология, эпидемиология, патогенез.
7. Вирусный гепатит В. Классификация и клиника.
8. Вирусный гепатит В. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
9. Вирусный гепатит В. Исходы, прогноз, лечение, профилактика, диспансеризация.
10. Вирусный гепатит В. Осложнения. Клиника и лечение острой печеночной энцефалопатии.
11. Вирусный гепатит Д. Этиология, эпидемиология, клиника.
12. Вирусный гепатит С. Этиология, эпидемиология, профилактика.
13. Вирусный гепатит С. Клиническое течение, дифференциальная и лабораторная диагностика, лечение.
14. Вирусные гепатиты. Этиологическая структура. Клинико-лабораторные особенности вирусных гепатитов В, С. Пути их передачи, методы профилактики.
15. Бешенство. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника.
16. Бешенство. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.
17. Столбняк. Этиология, эпидемиология, патогенез, профилактика.
18. Столбняк. Клиника, диагностика, лечение.
19. Рожь. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клиника и лечение.
20. Сибирская язва. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация.
21. Сибирская язва. Кожные формы. Клиника, диагностика, лечение.
22. Сибирская язва. Клиника кишечной, легочной и септической формы. Диагностика и лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1 (ТЕМА «Кишечные инфекции»)

Ситуационная задача №1

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живет в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учебы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезенка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Эталон ответа

1. Наиболее вероятный диагноз: вирусный гепатит А, желтушный вариант, средней тяжести.

2. Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: возраст пациента, живет в общежитии, питается в столовой, на основании симптомов начала заболевания: преджелтушный период по «диспепсическому» варианту, наличия симптомов поражения печени: желтуха, гепатомегалия, темный цвет мочи, осветленный кал.

3. План лабораторной диагностики: кровь маркеры вирусного гепатита А: anti-HAV IgM, общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на биохимические показатели: билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, альбумин, кровь на коагулограмму, УЗИ органов брюшной полости.

4. Основу терапии при ВГА составляет базисная терапия: режим полупостельный и диета белково-углеводная, дезинтоксикационная терапия – энтеросорбенты, обильное питье до 2,0-3,0 л в сутки, поливитамины, в период реконвалесценции – гепатопротекторы, желчегонные препараты.

5. Используют специфическую и неспецифическую профилактику. Специфическую профилактику осуществляют инактивированными вакцинами (Аваксим, Вакта, Хаврикс-720, Хаврикс 1440). Вакцинация против ВГА включена в календарь прививок по эпидемическим показаниям. Вакцинация против ВГА разрешена с 12 мес. 2 дозы с интервалом в 6 мес.

Неспецифическая профилактика включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение доброкачественной питьевой водой и продуктами питания.

Ситуационная задача №2

Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание.

Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия.

Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД 95/60 мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
4. Проведите клинко-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
5. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

Эталон ответа

1. Наиболее вероятный диагноз: вирусный гепатит А.
2. Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: возраст пациента, по месту учебы имеются случаи заболевания «желтухой», на основании симптомов начала заболевания преджелтушный период по «гриппоподобному» варианту, наличия симптомов поражения печени: желтуха, темный цвет мочи, осветленный кал.
3. Клинические синдромы периода разгара болезни желтуха, темная моча, светлый кал, гепатомегалия, наличие кожного зуда, что свидетельствует о наличии холестаза.
4. В преджелтушный период (первая неделя болезни), после репликации вируса в печени вирус попадает в кровь, у пациента виремия, сопровождающаяся катаральными и диспепсическими симптомами. Затем, после выработки специфических антител, уровень виремии быстро снижается, самочувствие пациента улучшается, но в печени продолжается воспаление, что сопровождается появлением цитолитического и холестатического синдромов.
5. План лабораторной диагностики: кровь маркеры вирусного гепатита А: anti-HAV IgM, общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на биохимические показатели: билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, альбумин, кровь на коагулограмму, УЗИ органов брюшной полости.

Ситуационная задача №3

Больная А., 16 лет, студентка медучилища, заболела 28.09.2008 г. Заболевание развивалось постепенно: появились головная боль, общая слабость, повысилась температура до 37,6°, плохо спала. В последние дни ощущала повышенную температуру тела с познанием, головную боль, слабость. 2.10.08 г. поступила в приемное отделение многопрофильное больницы.

Госпитализирована в пульмонологическое отделение с диагнозом: Внебольничная двусторонняя пневмония. Лечилась цефалоспоридами, макролидами. Состояние не улучшалось, продолжалась лихорадка до 38,5-39,5°C, головная боль, бессонница, слабость, раздражительность. 5.10.08 г. В виду отсутствия положительной динамики вызван инфекционист, который нашел больную в тяжелом состоянии. Больная вялая, адинамичная, кожные покровы бледные, на груди, животе единичные розеола, слизистая зева и полости рта ярко-красная. Язык сухой, обложен серовато-бурым налетом, боковые поверхности и кончик языка свободные от налета. В легких выслушиваются сухие рассеянные хрипы, частый кашель. Температура тела 39,8°C, пульс 78/мин. Тоны сердца приглушены, живот незначительно вздут, при пальпации мягкий, чувствительный в правой подвздошной области. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в сутки. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги, пальпируется селезенка. В периферической крови: L-4,0*10⁹/л, ю-1%, п-18%, с-45%, лимф. -32%, м-4%, СОЭ-20 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Брюшной тиф, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании длительности течения, лихорадки, интоксикации, характерной картины языка, подвздутого живота, чувствительного в илеоцекальном углу, умеренных диспепсических явлений, относительной брадикардии, гепатоспленомегалии, характерной картины периферической крови (лейкопения с палочкоядерным сдвигом).

2. Серологическое исследование крови (реакция Видаля, РНГА с брюшнотифозным, паратифозными диагностикумами), бактериологическое исследование кала, крови, мочи с целью выявления *Salmonella typhi*.

3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии; катетеризация вены; антибактериальная терапия (АБ терапия): ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь, цефтриаксон по 2,0 x 1 раз в сутки внутривенно. АБ терапия проводится до 10 дня после нормализации температуры; дезинтоксикационная терапия: внутривенно кристаллоидные растворы (раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) с учетом диуреза; гемостатическая терапия: 5% аминокaproновая кислота внутрь, диционин внутривенно, аскорутин по 1 таб x 3 раза в день; антипиретик парентерально: парацетамол, ибупрофен.

Ситуационная задача №4

Больной Г., 37 лет, находился на стационарном лечении в инфекционном отделении с диагнозом: Брюшной тиф с 26.02. по 26.03.09 г. Через 5 дней после выписки появились головная боль, общая слабость, познабливание, боли в животе, температура тела утром 37,1°C, вечером 38°C. В последующие дни температура тела сохранялась в пределах 37,5-38°C. 2.04 больной повторно госпитализирован в инфекционное отделение. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, чистые. Пульс 80/мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык суховат, утолщен, обложен серо-грязным налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Печень выступает на 1 см ниже реберной дуги; селезенка не увеличена. Положительный симптом Падалки справа. Стула нет. В периферической крови: L-4,1*10⁹/л, э-0%, п-10%, с- 36%, лимф. -45%, п-9%, СОЭ-22 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите возможные причины данного состояния больного.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Брюшной тиф, рецидив, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании сведений о ранее перенесенном брюшном тифе, сохраняющейся после выписки лихорадки, интоксикации, гепатомегалии, вздутия живота, его болезненности в правой подвздошной области, положительного симптома Падалки, лейкопении с анэозинофилией в периферической крови.

2. Причиной рецидива могут быть неадекватная по длительности и выбору антибактериальная терапия, назначение при первой волне заболевания ГКС, несоблюдение диеты и режима в раннем периоде реконвалесценции.

3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии; катетеризация вены; антибактериальная терапия (АБ терапия): ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь, цефтриаксон по 2,0 x 1 раз в сутки внутривенно. АБ терапия проводится до 10 дня после нормализации температуры; дезинтоксикационная терапия: внутривенно кристаллоидные растворы (раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) с учетом диуреза; гемостатическая терапия: 5% аминокaproновая кислота внутрь, дицинон внутривенно, аскорутин по 1 таб x 3 раза в день; антипиретик парентерально: парацетамол, ибупрофен.

Ситуационная задача №5

Больная Г., 26 лет, заболела остро, когда отметила фебрильную лихорадку, слабость, плохой аппетит. В последующие дни температура тела продолжала повышаться и к 7-му дню от начала болезни держалась постоянно высокой (40-41 С), слабость нарастала, беспокоила головная боль, кашицеобразный стул 1-2 раза в сутки без патологических примесей. Принимала парацетамол - без эффекта. В стационар поступила на 17-й день болезни. При осмотре: состояние тяжелое. Т - 40,5 С. В сознании, контакт формальный, частично дезориентирована во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации. Менингеальных и очаговых знаков нет. Кожа бледная, на коже живота имеются единичные пятнышки розового цвета диаметром до 0,3 см, исчезающие при надавливании. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 58 в 1 мин, АД 95 и 60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот несколько вздут, чувствительный около пупка. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка – на 1 см. Стул кашицеобразный, с примесью темной крови. Мочится.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Лабораторная диагностика.
4. Лечение.

Эталон ответа

1. Брюшной тиф. Тяжелая форма. Острое течение. Осложнения: кишечное кровотечение, инфекционный делирий.

2. Постепенное развитие болезни, гипертермия, как ведущее проявление заболевания (длительность фебрильной лихорадки 17 дней, из них последние 10 дней постоянно высокая 40-41°С) без реакции на антипиретики; проявления тифозного статуса (слабость, головная боль, формальный контакт, частичная дезориентация во времени и пространстве, временами слуховые и зрительные галлюцинации); бледность кожных покровов, наличие розеолезных элементов на коже живота; жесткое дыхание в легких; глухость сердечных тонов, относительная брадикардия, тенденция к снижению АД; коричневый налет на языке; вздутие живота, гепато-лиенальный синдром, энтеритический характер стула 1-2 раза в сутки с примесью крови.

3. Бактериологические: выделение гемокультуры на протяжении всего лихорадочного периода, чаще в начале болезни, а также со 2-ой недели болезни - копро-, урино-, билиокультуры; ПЦР; серологические: РА, РНГА. Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 раза и более в парных сыворотках с интервалом 7-10 дней; определение антител IgM к *S.typhi* (ИФА).

4. Госпитализация в отделение интенсивной терапии; катетеризация вены; антибактериальная терапия (АБ терапия): ципрофлоксацин 0,5 x 2 раза в день внутрь, цефтриаксон по 2,0 x 1 раз в сутки внутривенно. АБ терапия проводится до 10 дня после нормализации температуры; дезинтоксикационная терапия: внутривенно кристаллоидные растворы (раствор Рингера, 5% раствор глюкозы) с учетом диуреза; гемостатическая терапия: 5% аминокaproновая кислота внутрь, дицинон внутривенно, аскорутин по 1 таб x 3 раза в день; антипиретик парентерально: парацетамол, ибупрофен; консультация психиатра для решения вопроса о лечении делирия.

Ситуационная задача №6

Девочка 10 лет, поступила в стационар на 9-й день болезни. Заболела остро с подъема температуры тела до 38°С. До настоящего времени сохраняется повышенная температура тела. Жалуется на головную боль, слабость, аппетит снижен. Появился жидкий стул с примесью небольшого количества слизи желтого цвета до 3-4 раз в сутки. При поступлении в стационар: температура тела 38°С, ребенок бледен, вял, сонлив. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям его видны отпечатки зубов, на губах везикулезные высыпания. Тоны сердца приглушены. Пульс 48 ударов в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации

болезненный в правой подвздошной области, где отмечается урчание и притупление перкуторного звука. Кожа чистая, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см. За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась в пруду и пила воду из колодца, ела немытые овощи и фрукты. В семье двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), родители здоровы. Общий анализ крови: Нв - 125 г/л, Эр - 4,0x10¹²/л, Лейк - 5,6x10⁹/л; п/я - 6%, с/я - 55%, э - 0%, л - 32%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час. Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - щелочная, слизь - большое количество, реакция на скрытую кровь (+++), стеркобилин (+), билирубин (-), мышечные волокна - небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир - нет, жирные кислоты - нет, мыла (++) , крахмал (++) , йодофильная флора (+), лейкоциты - (+++), эритроциты - (++) , яйца глистов - нет, дрожжевые грибы (++) . РИГА: с комплексным дизентерийным - отрицательная, с комплексным сальмонеллезным диагностикумом - 1:80. Исследования копрофильтрата на антиген ротавируса в ИФА - отрицательно.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании следует думать? Какой симптом, характерный для данного заболевания отсутствует?
2. Дайте оценку проведенных лабораторных исследований. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз?
3. Какова продолжительность строгого постельного режима и показания для расширения диеты?
4. Назначьте этиотропную терапию (режим дозирования и продолжительность курса лечения).

Эталон ответа

1. Брюшной тиф, типичный, среднетяжелая форма. В клинической картине отсутствуют характерные для брюшного тифа высыпания - розеола.
2. При лабораторном исследовании выявлены типичные изменения в гемограмме - сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п/я 6%), анэозинофилия, ускоренная СОЭ. При копрологическом анализе повышено количество лейкоцитов, эритроцитов, обнаружена скрытая кровь. Подтверждение диагноза возможно при обнаружении возбудителя в биоматериале и специфических антител в крови больного. Для бактериологического анализа используют кровь, кал, мочу, желчь, а также ликвор, гной, экссудат, соскоб с розеол. Серологические методы позволяют обнаружить специфические антитела в крови. Чаще всего применяют реакцию Видаля и РНГА с использованием О-, Н- и Vi- антигенов. Диагноз брюшного тифа считается серологически подтвержденным при титре антител 1:200 или при нарастании титра антител в 2-3 раза. Для экспресс-диагностики брюшного тифа используют реакции, направленные на обнаружение антигена в фекалиях, моче, - иммунофлюоресцентный метод, ИФА.
3. Больные брюшным тифом, независимо от тяжести заболевания, подлежат обязательной госпитализации. В эпидемиологическом отношении наибольшую опасность представляют больные легкими и стертыми формами брюшного тифа, поскольку они нередко сохраняют подвижный образ жизни и рассеивают возбудителя во внешнюю среду.
4. Строгий постельный режим необходимо соблюдать на протяжении всего лихорадочного периода болезни. Из рациона исключают острые, раздражающие продукты питания, а также картофель и цельное молоко, которые провоцируют или усиливают синдром энтерита. Переход на обычную диету можно разрешить на 15-20 день после установления нормальной температуры. Из средств этиотропной терапии применяют левомецетин по 0,25 г 4 раза в сутки энтерально. Левомецетин применяют на протяжении всего лихорадочного периода и еще 7-10 дней после установления нормальной температуры тела. Для эффективности санации можно комбинировать левомецетин с нитрофуранами (фурагином, фуразолидоном). Кроме того, можно использовать ампициллин, бактрим, лидаприм.

Ситуационная задача №7

Больная И., 50 лет поступила в инфекционное отделение через 8 часов после начала заболевания. Болезнь началась остро: одновременно появились боли по всему животу, тошнота, поднялась температура до 39,00С. Частый (до 15 раз) жидкий необильный стул, с незначительной примесью слизи и крови. Стала нарастать слабость, вялость, присоединилась головная боль. Заболевание связывает с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника. При осмотре вес больной 72,5 кг до болезни вес 74, адинамична, лицо бледное, кожа и слизистые сухие. Пульс 100 уд в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 100 и 60 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой. Живот несколько вздут. При пальпации умеренные боли по всему животу, но особенно по ходу

толстого кишечника, больше слева. В левой подвздошной области пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка. Больная отмечает появление тенезмов. В результате комплексной терапии (с включением антибактериальной) через сутки снизилась температура, стал реже стул, исчезли патологические примеси в кале.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Какие симптомы указывают на среднетяжелое течение болезни?
3. Составьте план обследования.
4. Лечение.

Эталон ответа

1. Шигеллез клинически, колитический вариант, синдром гемоколита. Среднетяжелая форма, дегидратация 1-й степени. Острое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала, температуры 39,0 С, выраженного колитического синдрома – частый необильный жидкий стул до 15 раз со слизью и кровью, тенезмы, болезненность при пальпации толстого кишечника, больше слева, где пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка; связь заболевания с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника.

2. Повышение температуры до 39,0 С, умеренно выраженные симптомы интоксикации – вялость, адинамия, бледность кожных покровов, пульс 100 уд/мин, умеренное снижение АД до 100 и 60 мм.рт.ст., глухость сердечных тонов, частота стула до 15 раз, незначительное количество слизи и крови в каловых массах. Дегидратация 1 степени.

3. ОАК; копроскопия (обнаружение патологических примесей); бактериологическое исследование – посев кала с целью выделения культуры возбудителя; серологическое обследование (РПГА, ИФА, РКА, РСК, реакция агрегатгемаглоцинации).

4. Госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям; диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень). Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюрированном и протертом виде. Режим питания. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Антибактериальные препараты: ципрофлоксацин 0,5 г х 1 раз в сутки или ампициллин в суточной дозе 4-6 г. Длительность а/б терапии в среднем 5-7 дней. Коррекция водно-солевого баланса (потеря жидкости у больной 74 кг-72,5 кг- 1,5 кг или 2%. Назначают растворы - Оралит (Регидрон, Глюкосолан) из расчета 74000 гр х 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов), в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Для купирования болевого синдрома – дротаверин 0,04 х 3 раза в сутки. Для связывания и выведения токсина назначают энтеросорбенты: смекта/неосмектин 1-2 пакета 2-3 раза в сутки. Для коррекции и компенсации пищеварительной недостаточности применяют ферментные препараты – ацетилпепсин и ферменты поджелудочной железы (креон, панкреатин).

Ситуационная задача №8

Больной Н., 43 лет, заболел остро, когда появились озноб, общая слабость, головокружение, ломота во всем теле, появились схваткообразные боли в нижнем отделе живота, частый жидкий стул. На 2-ой день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 40°С, усилились схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул со слизью до 20 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации. Из эпидемиологического анамнеза: за день до заболевания употреблял в пищу ливерную колбасу вместе с сослуживцем, у которого регистрируется аналогичная симптоматика. При осмотре: больной бледный, язык влажный, обложен грязно-серым налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, в эпигастрии, левой подвздошной области. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт.ст. Менингеальный синдром отсутствует. Мочиспускание безболезненное. В копрограмме: эритроциты - 5-8 в поле зрения, лейкоциты - 8-12 в поле зрения, слизи много. В периферической крови: L - 13,7*10⁹/л, СОЭ - 20 мм/час, э - 0 %, ю - 1 %, п - 35 %, с - 56 %, л - 6 %, м - 2 %.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.

2. Какое обследование необходимо провести для постановки диагноза?
Обязательно ли бактериологическое подтверждение заболевания в данном случае?
3. Назначьте этиотропное лечение.
4. Назовите правила выписки декретированной группы населения.
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, колитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, лихорадки, схваткообразных болей в нижних отделах живота, частого жидкого стула со слизью, ложных позывов на акт дефекации, характерных изменений в копрограмме (эритроциты, лейкоциты, слизь), умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренно ускоренной СОЭ в периферической крови, сведений эпидемиологического анамнеза.
2. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу. Подтверждение не обязательно, т.к. в данном случае колитический вариант шигеллеза может быть выставлен клинико-эпидемиологически и на основании характерной копрограммы.
3. Фторхинолоны (ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 5 дней; офлоксацин, норфлоксацин).
4. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.
5. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, после выписки на работу остаются на диспансерном наблюдении в течение 3 мес. с ежемесячным осмотром врачом, а также бактериологическим исследованием кала.

Ситуационная задача №9

Больная Н., 23 года, заболела утром, когда появились схваткообразные боли в животе. К вечеру беспокоили головная боль, слабость, разбитость, озноб, появился жидкий стул со слизью и прожилками крови бесчисленное количество раз. Ночью появилась тошнота, трижды была рвота желчью. Участковым терапевтом направлена на госпитализацию с диагнозом: Гастроэнтероколит. При осмотре: температура тела 37°C, кожные покровы бледные, сыпи нет. Пульс - 98/мин., ритмичный, умеренного наполнения, тоны сердца чистые. Язык суховат, обложен грязно-серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Сигмовидная кишка спазмирована, резко болезненная. В периферической крови: L - 13,5*10⁹/л, э - 2 %, п - 28 %, с - 31 %, л - 26 %, м - 13 %, СОЭ -18 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите лабораторно-диагностические методы обследования для постановки диагноза.
3. Назначьте патогенетическую терапию в период разгара заболевания.
4. Перечислите виды возбудителя данного заболевания.
5. Назовите правила выписки декретированной группы населения.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, субфебрилитета, интоксикации, диспепсического синдрома (тошнота, рвота, жидкий стул со слизью и кровью), схваткообразных болей в нижних отделах живота, спазмированной сигмовидной кишки, умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево при незначительно ускоренной СОЭ в периферической крови.
2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, Na, K, Ca, Mg).
3. Инфузионная дезинтоксикационная терапия (внутривенно капельно лактасоль, ацесоль до 1,5-2 л); энтеросорбенты (фильтрум, энтеродез, смекта); ферментные препараты (панкреатин, микразим, креон), спазмолитики.
4. *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii* и *Shigella sonnei*.
5. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.

Ситуационная задача № 10

Больной Ш., болен 2 года. В настоящее время беспокоит периодически возникающий жидкий стул на фоне умеренных болей в животе. Из анамнеза: 2 года назад повысилась температура до 39°C, беспокоили общая слабость, головная боль, рези внизу живота. Отмечался частый жидкий стул со слизью и кровью. Больной лечился в ЦРБ по поводу острой дизентерии, которая была подтверждена высевом из кала *Shigellae Flexneri*. После выписки из стационара беспокоят боли в животе и периодически кратковременные поносы. На протяжении 2х лет при бактериологическом исследовании кала периодически высеивается *Shigellae Flexneri*. При очередном поступлении в инфекционный стационар - общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации безболезненный. Стул оформлен. По результатам ректороманоскопии диагностируется катаральный проктосигмоидит. Бактериологическое исследование кала на дизентерию отрицательное. В копрограмме: оформленный кал, эритроцитов и слизи не обнаружено. В периферической крови: L - 5,1*10⁹/л, э - 2 %, п - 5 %, с - 54 %, л - 29 %, м - 10 %, СОЭ - 9мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Укажите пути передачи возбудителя данного заболевания.
3. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
4. В течении какого времени подлежат диспансерному наблюдению больные хронической формой заболевания?
5. Назначьте терапию для восстановления кишечного биоценоза

Эталон ответа

1. Хроническая дизентерия, *Sh. Flexneri*, рецидивирующее течение. Диагноз выставлен на основании длительности заболевания (2 года), диспепсического и болевого синдромов, результатов бактериологического исследования кала, ректороманоскопии.
2. Водный, пищевой, алиментарный, контактно-бытовой.
3. Серологическое исследование крови (РНГА, РПГА, ИФА), ПЦР.
4. Лица, страдающие хронической дизентерией, подтвержденной выделением возбудителя, и носители, длительно выделяющие возбудителя, подлежат наблюдению в течение 3 месяцев с ежемесячным осмотром инфекционистом поликлиники или участковым врачом и бактериологическим исследованием.
5. Бифидоформ, бифидумбактерин, линекс в стандартной дозировке в течение 7-14 дней.

Ситуационная задача №11

Больная В., 36 лет, заболела остро, когда появились общая слабость, познабливание, головная боль, боли в эпигастрии, мезогастррии, внизу живота, метеоризм. Спустя 8 часов появились рвота желудочным содержимым трижды, частый жидкий стул до 10 раз со слизью. Участковым терапевтом направлена в инфекционный стационар с диагнозом: Подозрение на ОКИ. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - 37,9°C. АД - 120/75 мм рт.ст., ЧСС - 80/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык сухой, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный по всем отделам, сигмовидная кишка несколько спазмирована, урчит. Стул жидкий, светло-коричневый, со слизью. Из эпидемиологического анамнеза: часто питается в столовой, на работе пользуется общим туалетом, личную гигиену соблюдает нерегулярно.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. На уровне какого отдела кишечника протекает патогенез данного заболевания?

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, гастроэнтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала с симптомов интоксикации, болевого синдрома, диспепсических явлений (жидкий стул со слизью, рвота), сведений эпидемиологического анамнеза.
2. Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, копрология.
3. Режим палатный, стол N 4, антибактериальная терапия (ципрофлоксацин по 0,5 г. 2 раза в сутки 5 дней, или другие фторхинолоны), адсорбенты (фильтрум по 0,4 г 3 раза в сутки 3 дня, регидрон), ферменты (панкреатин по 0,25 г 3 раза в сутки до 2х недель), дезинтоксикация глюкозо-солевыми

растворами в соотношении 1:2 в разгаре заболевания с последующей пероральной дезинтоксикацией (цитроглюкосолан, глюкосолан).

4. Пищевая токсикоинфекция, сальмонеллез, холера

5. Дистальные отделы толстого кишечника.

Ситуационная задача №12

Больная С., 36 лет, заболела остро, когда появилась лихорадка до 38,4°C с ознобом, выраженная слабость, разбитость, головная боль. На следующий день появились боли по всему животу и жидкий светло-коричневый обильный стул до 18 раз со слизью. Самостоятельно принимала жаропонижающие, смекту – без эффекта. Врачом скорой помощи госпитализирована в инфекционный стационар с подозрением на ОКИ. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,9°C. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, внизу живота, урчит. Стул в приемном покое жидкий, светло-коричневый, со слизью. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в детском саду, где работает больная, было несколько случаев диареи у детей.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование. Обязательна ли госпитализация данной пациентки?

2. Как подтвердить диагноз?

3. Назначьте этиотропную терапию.

4. Какова типичная локализация болевого синдрома при данном заболевании?

5. Перечислите формы заболевания согласно классификации.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала с симптомов интоксикации, энтероколитического синдрома, сведений эпиданамнеза. Госпитализация обязательная, т.к. больная относится к декретированной группе.

2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу при поступлении и через 2 дня на третий после отмены антибактериальной терапии (Приказ No 475), серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА) не ранее чем через 7-10 дней от начала заболевания, при необходимости – ректороманоскопия.

3. Антибактериальные препараты фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, норфлоксацин и пр.).

4. В левой подвздошной области, в проекции сигмовидной кишки.

5. Острая дизентерия (колитический, гастроэнтеритический, гастроэнтероколитический варианты), хроническая дизентерия (рецидивирующее, непрерывное течение), бактерионосительство.

Ситуационная задача №13

Больная В., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро, когда появилась слабость, недомогание, умеренная головная боль, познабливание, затем чувство жара. Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу,

кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. Самостоятельно приняла 2 таблетки интестопана. На следующий день боли усилились, появился выраженный метеоризм. Участился стул до 15 раз. В испражнениях заметила большое количество слизи. Повысилась температура тела до 39,4°C.

Вызван на дом врач, который направил пациентку на госпитализацию в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет. При осмотре: больная вялая, температура тела – 38,8°C. Тургор кожи сохранен. Пульс -96/мин., АД - 115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, урчит по ходу кишечника, при пальпации отмечается болезненность в мезогастрии, внизу живота, больше слева. Стул светло-коричневый, жидкий, со слизью.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Диагноз и его обоснование.

2. Какое лабораторное исследование обязательно?

3. Наметьте план лечения больной.

4. Назовите сходства и различия данного заболевания с ПТИ.

5. Правила выписки декретированной группы населения.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, энтероколитического синдрома (частый жидкий стул со слизью, боли в мезогастррии и внизу живота).
2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА).
3. Стол № 4, фторхинолоны, дезинтоксикационная терапия, ферменты, сорбенты.
4. Сходство: острое начало, схваткообразные боли в животе, познбливание. Различие: увеличивающийся по кратности жидкий стул, метеоризм, слизь в кале, повышение температуры на второй день заболевания.
5. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.

Ситуационная задача №14

Больная Н., 32 года, воспитатель в детском саду, предъявляет жалобы на незначительную слабость, кашицеобразный стул. В детском саду выявлено несколько случаев острой кишечной инфекции у детей за последние 4 дня. У одного из заболевших детей при бактериологическом исследовании кала выделена *Shigella Sonnei*. При осмотре инфекционистом поликлиники: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Язык влажный, несколько обложен у корня. Живот мягкий, немного болезненный по ходу толстого кишечника, умеренно урчит. Стул кашицеобразный каловый, с примесью слизи, до 3 раз.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Необходима ли госпитализация?
4. Составьте план лечения.
5. Кто является источником инфекции при данном заболевании?

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА), при необходимости – ректороманоскопия.
3. Да, т.к. больная относится к декретированной группе.
4. Антибактериальная терапия фторхинолонами, адсорбенты, пероральная дезинтоксикация.
5. Человек, больной острой или хронической формой дизентерии, а также носитель - реконвалесцентный или транзиторный.

Ситуационная задача № 15

Больная Г., 20 лет, заболела остро накануне днем, когда появилась тошнота, рвота пищей, жидкий скудный стул с обильным количеством слизи, спастические боли по всему животу, повысилась температура тела до 38°C. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционное отделение. Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла в пищу некипяченое молоко, купленное из бочки на улице. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 19/мин. Пульс - 90/мин., АД - 115/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул скудный, слизистый, без примеси крови.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Перечислите основные патогенетические звенья развития диареи при данном заболевании.
4. Укажите механизм действия лекарственных средств, направленных на купирование диарейного синдрома.
5. Перечислите виды возбудителя острой дизентерии.

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, гастроколитический вариант, средней тяжести.

2. РАК, ОАМ, Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, K⁺, Na⁺).
3. Бактериальные токсины индуцируют циклооксигеназу, что в свою очередь приводит к внутриклеточному накоплению цАМФ, которое в свою очередь приводит к секреции энтероцитами электролитов и воды в просвет кишки. Это же приводит к накоплению простагландинов, в стенке кишки, что приводит к усилению трансудации плазмы через кишечную стенку.
4. НПВС, ингибируя циклооксигеназу-2, приводят к снижению синтеза простагландинов, тем самым купируя воспалительные явления. Препараты кальция (Кальция хлорид, кальция глюконат) ингибируют аденилатциклазу, тем самым приводя к снижению внутриклеточного уровня цАМФ приводят к купированию потери электролитов и воды.
5. *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii*, *Shigella sonnei*.

Ситуационная задача №16

Больной Ф., 24 года, обратился самостоятельно на 4-ый день заболевания с жалобами на умеренные боли в животе, повышение температуры тела до 37,1°C, жидкий стул 2-3 раза в день скудный, слизистый. Из эпидемиологического анамнеза: 5 дней назад больной с друзьями был на пикнике за городом, где употребляли в пищу салаты, жареную рыбу приготовленные там же, а так же в соседней деревне покупали молоко у частных лиц. 2 друга больного госпитализированы в инфекционную больницу с диагнозом: Острая дизентерия. При осмотре в приемном покое: состояние удовлетворительное, слабость. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18/мин. Пульс - 80/мин., АД - 125/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот незначительно болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула при осмотре нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите показания для госпитализации больным с данной патологией.
3. Составьте план обследования больного.
4. Составьте план амбулаторного лечения больного.
5. Укажите механизм передачи заболевания.

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Выраженные симптомы интоксикации, угроза развития ИТШ или ГВШ, выраженный гемоколит, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст. Так же госпитализации подлежат все декретированные лица.
3. РАК, ОАМ, Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, K⁺, Na⁺), РНГА с дизентерийным диагностикумом.
4. Стол № 4б, Таб. Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день после еды 5 дней и/или Рифаксимин 0,2г 3 раза в день после еды 5 дней, после отмены антибиотиков Бифидумбактерин 10 доз 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней или Нормобакт 1 пакетик 1 раз в день во время еды 14 дней и Хилак форте 30 капель 2 раза в день до еды 1 месяц. Регидрон до 2х литров в день перорально.
5. Фекально-оральный механизм передачи.

Ситуационная задача №17

Больная З., 35 лет, заболела остро 1 день назад, когда появилась тошнота, боли в животе вокруг пупка спастического характера, болезненные позывы к дефекации со скудным отделяемым в виде слизи с примесью крови, температура тела повысилась до 38°C. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция. Из эпидемиологического анамнеза: 2 дня назад употребляла в пищу деревенскую сметану и деревенский творог. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Пульс - 92/мин., АД - 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Температура тела 38,4°C. Живот болезненный в левой подвздошной области, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул по типу «ректального плевка», тенезмы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.

3. Перечислите показания для проведения ректороманоскопии.
4. Составьте план лечения больной.
5. Проводится ли специфическая профилактика заболевания?

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Общеклиническое, бактериологическое, серологическое.
3. Дифференциальная диагностика дизентерии с другими заболеваниями, отсутствие эффекта от лечения.
4. Соблюдение диеты, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, ферменты, адсорбенты.
5. Не проводится – не разработана.

Ситуационная задача №18

Больная, 50 лет, санитарка терапевтического отделения, почувствовала недомогание - закружилась и заболела голова, появились слабость, тошнота, затем рвота и многократный жидкий водянистый стул. Выяснилось, что утром она позавтракала бутербродами с колбасой, пролежавшей за окном 3 дня. В отделении сделано промывание желудка, после чего больной стало легче. Однако жидкий стул продолжался, появились кратковременные судороги икроножных мышц, повысилась температура тела до 38,5 °С. Состояние средней тяжести, больная бледная, цианоз губ, пульс 102 в минуту, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой, мучает жажда. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области и в области пупка, урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Количество мочи скудное, поколачивание по пояснице безболезненно. Менингеальных симптомов нет. Был обильный стул зеленого цвета, судороги мышц стали чаще и продолжительнее.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку тяжести состояния.
3. Какие клинические данные свидетельствуют об обезвоживании?
4. Проанализируйте действия врача и дайте им оценку. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Острое начало болезни, головная боль, головокружение, слабость, тошнота, рвота, многократный обильный водянистый, зловонный, зеленоватый стул, небольшая боль в животе, связь заболевания с употреблением в пищу несвежей колбасы, бледность, судороги, тахикардия, гипотензия позволяют думать об острой диарейной инфекции. Скорее всего это сальмонеллез.
2. Состояние тяжелое. У больной выражены интоксикация (повышение температуры тела, головная боль), признаки гастроэнтерита (рвота, жидкий обильный стул), обезвоживание.
3. Признаки обезвоживания: бледность, цианоз, сухость во рту, жажда, гипотензия, тахикардия, отсутствие мочи, продолжение диареи.
4. Лечебную помощь больной следует считать неудовлетворительной. В начале заболевания, после промывания желудка, не была начата регидратация, которая могла ограничиться оральным приемом солевого раствора, из расчета, что при обезвоживании II степени и массе тела 70 кг потеря жидкости составила 3,5 л, которые следовало возместить в течение 2-3 ч. Отсутствие своевременного лечения, продолжающаяся потеря жидкости усугубили обезвоживание (олигурия, судороги), что требует экстренного проведения внутривенной регидратации, адекватной III степени обезвоживания.

Ситуационная задача №19

Мальчик 3 лет. Заболел в детском саду: повторная рвота, повышение t до 38,3°C, обильный водянистый стул желто-зеленого цвета с резким запахом, непереваренный.

При поступлении на 2-й день болезни: t – 38,8°C, вялый, капризный, пьет неохотно. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык сухой, обложен белым налетом, слизистая полости рта суховата, умеренная гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 140 уд/мин. Живот умеренно вздут, урчит во всех отделах. За прошедшие сутки рвота – 8 раз, стул – 10 раз. Диурез снижен.

Общий анализ крови: HGB – 134 г/л, RBC – $4,86 \times 10^{12}$ /л, WBC – $8,0 \times 10^9$ /л; EO – 2%, NEUT – 42% (П – 3%, С – 39%), LYM – 50%, MON – 6%, СОЭ – 6 мм/ч.

В посевах испражнений: патогенные микробы не обнаружены.

РПГА: с комплексным дизентерийным и сальмонеллезным антигеном – отрицательная.

РИФ в кале: обнаружен *Rotavirus*.



Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Назовите эпидемиологические особенности инфекции. Объясните механизм развития диарейного синдрома.
3. Дайте оценку результатов лабораторных исследований. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение: диетотерапия, этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

Эталон ответа

1. Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, среднетяжелая форма, токсикоз 1 степени, эксикоз 2 степени. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с повышением t до $38,3^{\circ}\text{C}$, появления повторной рвоты, обильного водянистого стула, желто-зеленого цвета; данных клинического осмотра: интоксикационный синдром (повышение температуры, отказ от еды, беспокойство, капризность), токсикоз 1 ст. (бледность, мраморность кожных покровов, тахикардия, приглушенность сердечных тонов), гастроинтестинальный синдром (рвота до 8 раз/сут., урчание, стул жидкий, водянистый, пенистый, желтовато-зеленого цвета до 14 р/сут.); метеоризм; водно-электролитные нарушения (сухость слизистых, снижение тургора тканей, снижение диуреза); лабораторных данных: РИФ в кале обнаружен Rotavirus.

2. Эпидемиология: источник – больной человек или вирусоноситель; механизм передачи – фекально-оральный; пути передачи – пищевой, водный, контактно-бытовой; сезонность – в течение года, чаще в зимний период; возраст – во всех возрастных группах; иммунитет – непродолжительный. Диарея при ротавирусной инфекции водянистая осмотического типа. Проникновение вируса в эпителиоциты двенадцатиперстной и тощей кишок обуславливает их отторжение. Утрата эпителиоцитов и появление функционально неполноценных клеток обуславливает ферментативную недостаточность, вследствие чего страдает ферментативный гидролиз дисахаридов в тонкой кишке. Возникновение дисахаридазной недостаточности, главным образом, лактазной, ведет к накоплению нерасщепленных дисахаридов, имеющих высокую осмотическую активность. В просвет кишки поступает избыточное количество жидкости и электролитов.

3. Диагностика основывается на результатах обнаружения вирусного антигена и положительных серологических реакций. Для обнаружения серотипа ротавируса используют ПЦР, наибольшей специфичностью обладает метод просвечивающей электронной микроскопии (ПЭМ), обнаружение вируса в копрофильтратах методом РЛА, РПГА, для выявления антигенов вируса в копрофильтратах – иммунофлюоресцентный анализ, а для обнаружения специфических антител – реакцию связывания комплемента, нейтрализации, торможение гемагглютинации.

4. Необходима дифференциальная диагностика с сальмонеллезом, шигеллезом на этапе появления первых признаков болезни, с эшерихиозом – по причине преобладания в клинике симптомов энтерита, с кишечными расстройствами, вызванными условнопатогенными возбудителями – где преобладают признаки токсикоза, гемодинамические расстройства, стул с примесью гноя, слизи, зелени.

5. Диета: уменьшается суточный объем питания на 30%. Рекомендуется низколактозная диета, не следует давать сладкие продукты. Исключить соки, сырые фрукты. Можно включать в рацион кефир, бифидок, картофельное и морковное пюре, каши на овощных отварах, печеные яблоки. Кратность приема можно увеличить на одно кормление («омоложение» питания). Лечение: в качестве этиотропной терапии используют энтерально КИП (комплексный иммуноглобулиновый

препарат) по 1 дозе × 2 раза в день, курс 5 дней, в качестве – этиопатогенетической терапии – смекта по 100 мл 3 раза в день. Показано применение биопрепаратов (линекс по 1 капс. × 3 раза в день после еды). Курс 10 дней. Расчет суточного объема жидкости: $V_{\text{сут}} \text{ жидкости} = \text{ФП} + \text{ЖВО} + \text{ЖТПП} - 25\%$ (уменьшение объема суточной жидкости проводится в связи с токсикозом). Вес – 14 кг до болезни, вес при поступлении – 13 кг (7-8% потеря) $V_{\text{сут}} \text{ жидкости} = 13 \text{ кг} \times (110 \text{ мл} + 10 \text{ мл} + 20 \text{ мл}) + 1000 = 2820 \text{ мл}$. Питание – 30% = 1000 мл. Инфузионная терапия: внутривенно капельно – 1/3 $V_{\text{сут}} \text{ жидкости}$ (700 мл), перорально объем – 1100 мл. Соотношение нейтральных и солевых растворов для оральной регидратации = 1:1 (регидрон – 550 мл; вода, рисовый отвар, чай, компот общим объемом – 550 мл). Стартовый раствор для внутривенной регидратации – реополиглюкин (10 мл/кг), соотношение коллоиды: кристаллоиды = 1:3. Соотношение глюкозы (10%) и солевых растворов (лактосоль, физиологический раствор, раствор Рингера) = 1,5:1 (в том числе, натрийсодержащие кристаллоиды не более ¼ объема инфузируемой жидкости). Введение раствора калия хлорида 7,5% по 1-2 мл/сутки в глюкозе в концентрации менее 1%. В первые 6-12 часов (фаза экстренной коррекции) ребенок должен получить объем ЖВО энтеральным и парентеральным введением жидкости, 2 этап – окончательная ликвидация обезвоживания, скорость введения ЖТПП должна определяться объемом продолжающихся потерь, при больших потерях – допустимо в/в введение не более ½ ЖТПП. Внутривенное введение глюкокортикоидов из расчета 2-3 мг/кг по преднизолону в первые сутки лечения. Выписка из стационара происходит по достижении клинического выздоровления.

Ситуационная задача №20

Девочка М. 15 лет, заболела в сентябре остро с озноба, повышения температура тела до 40 С, головной боли, слабости. Отмечалась инъектированность склер, гиперемия лица. Получала лечение по поводу ОРВИ, с 4 дня болезни назначен ампициллин энтерально, а на 5 сутки – внутримышечно. В эпиданамнезе установлен контакт с грызунами. Состояние характеризовалось нарастанием вялости, сонливости, сохранялась фебрильная температура тела, появились мышечные боли в икроножных мышцах, пояснице, на 8 день болезни – желтушность кожи и склер, темная моча. На 10 день - больная госпитализируется. В развитии заболевания отмечается ухудшение состояния: выражены симптомы интоксикации, беспокойство сменяется апатией, кожные покровы бледные, цианотичные, холодные, влажные. АД значительно снижено. Выражена тахикардия, но пульс удовлетворительного наполнения. Одышка- 46 в 1 мин. Олигоанурия. Тяжесть состояния больной усугублялась появлением геморрагической сыпи на коже, носовых кровотечений, кровоизлияний в склеры. В гемограмме: Нв – 90 г/л, лейкоциты – $19,8 \times 10^9/\text{л}$, э – 0, п/я – 8%, с/я – 55%, л – 32%, м – 5%, анизоц.+++ , пойкил.+++ , СОЭ – 50 мм/час. В БАК билирубин 80,0 мкмоль/л, АЛАТ – 22,0 Е/л, АСАТ – 18,2 Е/л, тимол. проба – 7,2, ПТИ – 76%, мочевины – 57 ммоль/л, креатинин – 120 ммоль/л. В ОАМ – цвет «пива», белок – 8г/л, цилиндры гиалин. – 8 – 7 – 9 – в п/зр, зернистые – 10 – 12 в п/зр, лейкоциты – 24 – 32 в п/зр. На 15 день болезни в моче обнаружена *L. icterohaemorrhagiae*, нарастание титра антител в РМА с 1:20 до 1:100 к 21 дню. На рентгенограмме признаки левосторонней мелкоочаговой пневмонии.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании необходимо думать? Поставьте диагноз.
2. Какова эпидемиология данного заболевания?
3. Оцените лабораторные данные, подтверждающие диагноз.
4. Определите лечебную тактику.
5. Укажите принципы профилактики.

Эталон ответа

1. Лептоспироз, инфекционно-токсическая форма, осложнённая левосторонней пневмонией, среднетяжелое течение.
2. Для эпидемиологии характерно: природная очаговость и проявление заболеваемости в виде спорадических случаев, при этом очаги инфекции расположены в лесной зоне, в поймах рек, в сырых заболоченных местах. Источником для человека могут быть многие дикие и сельскохозяйственные животные, которые длительно выделяют лептоспиры с мочой и поэтому легко инфицируют окружающую среду (открытые водоемы, почву, пищевые продукты), что может служить источником заражения крупного рогатого скота, свиней, лошадей, собак, а также человека. Заражение человека происходит при купании в инфицированных водоемах, при контакте с зараженными предметами и при употреблении инфицированной пищи. Заражение от больного человека не наблюдается. Наибольшее число заболеваний регистрируется среди сельских жителей

в теплое время года (летом и осенью) во время сельскохозяйственных работ. Заболевание лептоспирозом возможно в любом возрасте, но чаще болеют дети старших возрастных групп. Заражение детей в основном происходит во время купания в инфицированных водоемах (прудах, карьерах), а взрослых – при сельскохозяйственных работах.

3. В гемограмме – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ (до 50 мм/час), анемия. Диагноз лептоспироза был подтвержден обнаружением *L. icterohaemorrhagiae* в моче на 15 день болезни и нарастанием титра антител в РМА с 1:20 до 1:100 к 21 дню.

4. Лечение. Больному лептоспирозом необходим постельный режим и молочно-растительная диета с учетом степени поражения печени и почек. Антибактериальная терапия - пенициллин, который вводят внутримышечно из расчета 100-150 тыс.ед. на кг массы тела в сутки в 4-6 приемов. Продолжительность лечения антибиотиками – 7-10 дней. Дезинтоксикационная терапия (инфузия глюкозо-солевыми растворами 1:2 в объеме 500 мл). Специфический поливалентный иммуноглобулин в/м 5 мл 2 раза.

Борьба с гипертермией: литические смеси, нестероидные противовоспалительные – диклофенак 2 мг/кг для детей старше 6 лет. По показаниям (тяжелая интоксикация) назначают кортикостероидные гормоны коротким курсом (5-7 дней). Проводится общеукрепляющая, симптоматическая и посиндромная терапия.

5. Профилактика лептоспироза основывается на комплексе медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. В системе мер профилактики лептоспироза важное место занимает борьба с источником инфекции: уничтожение грызунов, ветеринарный надзор за скотом, защита водоемисточников и продуктов питания от загрязнения выделениями грызунов, охрана мест, предназначенных для купания, рациональная мелиорация и др. Запрещается купание в загрязненных водоемах, использование в пищу мяса больных животных без достаточной термической обработки и питье сырой воды. По эпидемическим показаниям проводят массовую иммунизацию животных, а также людей, подвергающихся опасности заражения, поливалентной убитой лептоспирозной вакциной, содержащей взвесь трех типов лептоспир. Вакцину вводят двукратно с 7-10-дневным перерывом. После прививки невосприимчивость к лептоспирозу сохраняется около года. Поэтому рекомендуется через год проводить ревакцинацию.

Ситуационная задача №21

У ребенка, посещающего детский сад, появились боли в животе, общее недомогание. Родители обеспокоены также снижением у ребенка аппетита и расстройством пищеварения. При анализе дуоденального содержимого обнаружены одноклеточные простейшие грушевидной формы с двумя ядрами и четырьмя парами жгутиков.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Инвазию каким паразитом можно предположить?
2. К какому классу простейших относится этот паразит? Назовите морфологические черты представителей этого класса?
3. Назовите меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа

1. В данном случае можно предположить заражение лямблиями (лямблиоз).
2. Этот паразит относится к классу Жгутиковые. Характерной особенностью строения лямблии является наличие двусторонней симметрии; тело – грушевидной формы, наличие четырех пар жгутиков, двух крупных ядер в цитоплазме, присасывательных дисков на вентральной поверхности. Паразит локализуется в двенадцатиперстной кишке и в желчевыводящих путях печени.
3. Основными мерами профилактики данного заболевания является соблюдение правил личной гигиены (употребление кипяченой воды, хорошо промытых овощей и фруктов, борьба с механическими переносчиками цист).

Ситуационная задача №22

У работника свинофермы появились сильные боли в области живота, частый жидкий стул с кровью, озноб, повышение температуры. В фекалиях больного обнаружены цисты и крупные простейшие, тело которых покрыто ресничками.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Какую инвазию следует предположить?
2. Где локализуется паразит в теле человека?
3. Как происходит заражение? Назовите инвазионную форму паразита.

4. Назовите меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа

1. В данном случае можно предположить заражение балантидием кишечным (заболевание - балантидиаз).
2. Паразит локализуется в толстом отделе кишечника, чаще всего в области слепой кишки.
3. Заражение происходит алиментарным путем, при заглатывании цист (инвазионная форма). В пищеварительном тракте из цист выходят вегетативные трофозоидные формы. Тело паразита имеет овальную форму, покрыто ресничками, на переднем конце расположен цитостом (клеточный рот), переходящий в воронкообразную глотку.
4. Мерами профилактики данного заболевания являются соблюдение правил личной гигиены при приеме пищи, борьба с загрязнением среды фекалиями свиней, своевременное выявление и лечение больных людей.

Ситуационная задача №23

У больного после поездки в Африку появились жалобы на головную боль, слабость, апатию, сонливость. В мазке крови больного обнаружены простейшие имеющие ядро, жгутик, осевая нить которого образует хорошо развитую ундулирующую мембрану.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Какую инвазию можно заподозрить у больного?
2. Как происходит заражение паразитом?
3. Назовите меры профилактики заболевания.

Эталон ответа

1. У больного заболевание африканский трипаносомоз (сонная болезнь).
2. Заражение происходит при укусе человека мухой це-це. При этом в кровь попадают трипаносомы, которые в дальнейшем могут проникать в лимфу, лимфатические узлы, спинномозговую жидкость, ткани спинного и головного мозга. Заболевание является природно-очаговым и характеризуется следующими компонентами: возбудитель – трипаносома (трипаносома родезийская или трипаносома гамбийская); переносчик – муха це-це; резервуар – для родезийской трипаносомы – дикие животные (различные виды антилоп), для трипаносомы гамбийской – человек и домашние животные. Попадая в желудок мухи, трипаносомы активно размножаются и затем передвигаются в слюнные железы. В организме человека возникают поражения нервной системы, что сопровождается нарастающей сонливостью, апатией, нервным истощением, мышечной слабостью.
3. Основными методами профилактики являются защита от укусов мухи це-це, уничтожение переносчиков и прием профилактических препаратов. Лабораторная диагностика заключается в обнаружении паразита в мазке крови или спинномозговой жидкости, а также проведении серологических реакций на зараженных лабораторных животных.

Ситуационная задача №24

Жительница сельской местности обратилась к врачу с жалобами на боли в животе, расстройствами пищеварения. Ее беспокоит также тошнота, головокружение, сильные головные боли. При опросе больной установлено, что она ела немытые овощи и клубнику со своего огорода. В качестве удобрения она использовала содержимое выгребной ямы. В фекалиях больной обнаружены яйца гельминта, имеющие овальную форму, большие размеры (30 – 40 мкм x 50 – 60 мкм) и бугристую оболочку.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Какой гельминтоз можно предположить у больной?
2. Как происходит инвазия?
3. Какие меры личной и общественной профилактики существуют для данного заболевания?

Эталон ответа

1. В ситуационной задаче речь идет об аскаридозе.
2. Заражение этим гельминтозом происходит при употреблении немытых фруктов, овощей, ягод, на которые попали яйца. Аскарида человеческая – это гельминт крупных размеров. Самки достигают в длину 40 см, а самцы – 20 см. Геогельминт, инвазионной формой являются зрелые яйца овальной формы с многослойной бугристой оболочкой. Зрелости яйца достигают, пролежав в почве 2-3 недели при температуре 18-25°C. За это время в них развивается личинка. Из яйца, попавшего в кишечник хозяина, выходит личинка и прodelывает миграцию в организм человека. Она прободает

стенку кишечника, попадает в кровеносные сосуды и с током венозной крови через печень, правое предсердие, желудочек и проникает в легочные альвеолы, а затем в бронхи и трахею. Отсюда во время кашля личинка поднимается в глотку и со слюной может быть снова проглочена. Попав вторично в кишечник человека, личинка аскариды превращается в половозрелую форму.

3. Личная профилактика – тщательная очистка и мытье овощей, фруктов, ягод перед употреблением в пищу. Меры общественной профилактики – санитарно-просветительская работа, запрещение удобрять огороды и ягодники свежими человеческими фекалиями, не прошедшими компостирование.

Ситуационная задача №25

Рыбак, систематически употребляющий уху, обратился к врачу по поводу болей в правом подреберье, похудания, головокружения, головных болей, общей слабости. При пальпации выявлено увеличение и уплотнение печени и желчного пузыря. В фекалиях больного обнаружены яйца бледно-желтой окраски с крышечкой на одном полюсе.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Какую инвазию можно предположить в данном случае?
2. Как происходит заражение?
3. Какие морфологические особенности имеет данный паразит? Каковы его приспособления к паразитизму?
4. Назовите меры профилактики.

Эталон ответа

1. Рыбак заразился кошачьим сосальщиком – возбудителем описторхоза.
2. Заражение происходит при употреблении в пищу плохо прожаренной или проваренной рыбы. Инвазионная стадия для человека метацеркарий, который локализуется в мышцах рыбы.
3. Кошачий сосальщик имеет листовидную форму тела, длина до 13мм. Имеет две присоски, тело покрыто защитной оболочкой – тегументом. Паразит гермафродит. Хорошо развита пищеварительная система. Описторхоз – природно-очаговое заболевание, встречается у людей, проживающих в бассейне рек Волги, Камы, Дона, Днепра и других.
4. Профилактика: употребление в пищу хорошо проваренной или прожаренной рыбы.

Ситуационная задача №26

Работница предприятия по переработке свежей рыбы обратилась к врачу с жалобами на боли в животе, расстройство пищеварения. Ее беспокоят плохое самочувствие, сильная слабость, частые головокружения. При исследовании крови у больного обнаружена анемия, обусловленная дефицитом витамина В₁₂. В фекалиях обнаружены членики характерной формы: их ширина в несколько раз больше длины.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Инвазию каким паразитом можно предположить?
2. Где локализуется паразит? Каковы его морфологические особенности и черты приспособления к паразитизму?
3. Укажите меры профилактики заболевания.

Эталон ответа

1. Работница заразилась при употреблении в пищу рыбы. Произошла инвазия широким лентецом. Заболевание называется дифиллоботриоз.
2. Половозрелая стадия паразита локализуется в тонком кишечнике человека. Приспособление к паразитизму: лентовидная форма тела (длина до 10м), головка снабжена ботриями, тело покрыто тегументом – защитной оболочкой. У паразита отсутствует пищеварительная система, так как питается осмотически, поглощает питательные вещества всей поверхностью тела. По типу диссимилиации, они анаэробы.
3. Личная профилактика – термическая обработка рыбных продуктов. Общественная профилактика – очистка сточных вод, ликвидация зараженной рыбы.

Ситуационная задача №27

Девочка 5 лет, заболела остро: температура 38,5° С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8 день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. Эпидемический анамнез: в доме есть кошка и собака. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость.

Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 уд/мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия миндалин 2 степени, без воспалительных изменений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{10}$ /л, L - $5,6 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, э - 6%, с/я - 38%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый; прозрачность - полная, относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахара - нет, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты - единичные в поле зрения. Серологические маркеры: анти- CMV IgG (+), IgM (-); анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); анти-ТОХО-IgG (-), анти-ТОХО-IgM (+).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте клинический диагноз. Перечислите синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями.
4. Представьте план лечения больного.
5. Какова профилактика заболевания?

Эталон ответа

1. Токсоплазмоз приобретенный, лимфаденопатическая форма, острое течение. Синдромы: интоксикационный синдром (повышение температуры тела до 38,5, бледность кожных покровов, отказ от еды, головная боль, вялость, слабость, снижение аппетита), синдром лимфаденопатии (увеличение всех групп лимфоузлов до 1 см. в диаметре, лимфоузлы уплотнены, слегка болезненны, гипертрофия небных миндалин 2 степени без воспалительных явлений), синдром гепатоспленомегалии (печень +3, селезенка +1 см.), мышечные боли.

2. Возбудитель токсоплазмоза (*T. gondii*) относится к типу простейших, классу споровиков, отряду кокцидий. облигатный внутриклеточный паразит. Один конец закруглен, другой заострен. По Романовскому-Гимзе цитоплазма окрашивается в голубой цвет, а ядра – в рубиново-красный. Обладает убиквитарностью, поликсенностью, пантропизмом

3. Инфекционный мононуклеоз, фелиноз, листериоз, псевдотуберкулез, лейкоз, лимфогранулематоз, туберкулезный бронхо- и мезаденит, ревматизм, ЦМВ, герпес, банальный лимфаденит, ВИЧ-инфекция и другие.

4. При острых формах токсоплазмоза основой является этиотропная терапия. В качестве этиотропного лечения используют хлоридин (тиндулин, пириметамин, дараприм, фансидар) в сочетании с сульфаниламидными препаратами (сульфадимезин, сульфапиридазин, бактрим, лидаприм и др.). Чаще этиотропное лечение назначается циклами по 5-7 дней с перерывами между ними в 7-10 дней. Обычно проводят 3 цикла, что составляет 1 курс. Хлоридин назначают в суточной дозе 0,5-1 мг/кг массы в 2 приема после еды в таблетках. Сульфадимезин – 0,1 мг/кг массы в сутки, сульфадиметоксин по 0,25 мг/кг в первый день и по 12,5 мг/кг в следующие дни в один прием с боржомом или содовой водой.

5. Меры специфической активной и пассивной профилактики отсутствуют. Основу профилактики токсоплазменного инфицирования и токсоплазмоза составляют мероприятия по ограничению распространения возбудителя в окружающей среде и профилактике индивидуального инфицирования. К мероприятиям по ограничению распространения токсоплазм в окружающей среде относится контроль за популяцией диких кошек в данной местности (отлов и уничтожение беспризорных кошек), санитарное благополучие домашних кошек (учет и плановое обследование домашних животных, лечение выявленных больных кошек, исключение из рациона домашних животных сырого мяса и субпродуктов, запрет домашним кошкам охотиться на диких грызунов, ежедневная обработка кошачьего туалета). С целью профилактики индивидуального инфицирования запрещается употребление сырого или недостаточно термически обработанного мяса. Для разделки сырого мяса на кухне должна быть отдельная доска, которая должна тщательно мыться после каждого использования. Для профилактики инфицирования токсоплазмами необходимо тщательно мыть руки после контакта с сырым мясом, после садово-огородных работ, после общения с кошкой. Для детей достаточно значимую опасность представляют песочницы, которые практически повсеместно не имеют приспособлений для исключения доступа кошек, песок в них не подвергается сезонной обработке или замене. Столь же необходимо тщательно мыть все фрукты и овощи, употребляемые в пищу без термической обработки. Необходимо кипятить

разливное молоко, не употреблять в пищу без кипячения парное молоко, в том числе и из личного подсобного хозяйства. Запрещается употребление "сырых" яиц или приготовленных «вмятку».

Ситуационная задача №28

Девочка А., 9 лет, заболела остро: t 38,5° С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли, на 8 день болезни t субфебрильная, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. Эпидемиологический анамнез: в доме есть кошка и собака. При поступлении состояние средней тяжести, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Увеличены все группы лимфоузлов до 2 см в диаметре, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 уд/мин; в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, селезенка + 1,0 см. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяца. Общий анализ крови: HGB – 110 г/л, RBC – $3,2 \times 10^{12}$ /л, WBC – $5,6 \times 10^9$ /л, EO – 6%, NEUT – 43% (П – 5%, С – 38%), LYM – 44%, MON – 7%, СОЭ – 33 мм/ч. Серологические маркеры: анти-СМV IgG (+), IgM (-); анти-EBV (VCA) IgM (-), IgG (-), анти-Тохо IgG (-), анти - Тохо IgM (+).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите основные свойства возбудителя. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Укажите клиническую классификацию приобретенного процесса.
4. Составьте план лечения больного.
5. Меры профилактики.

Эталон ответа

1.Токсоплазмоз приобретенный, лимфаденопатическая форма, острое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с повышения t до 38,5°С, головной боли, снижения аппетита, мышечных болей, увеличения шейных и подмышечных лимфоузлов в сочетании с эпидемиологическим анамнезом: контакт с кошкой, в совокупности с данными клинического осмотра: интоксикационный синдром (повышение t° до 38,5°С, бледность кожных покровов, отказ от еды, головная боль, вялость, слабость, снижение аппетита), синдром лимфаденопатии (увеличение всех групп лимфоузлов до 1 см в диаметре, миалгия, а также принимая во внимание результаты лабораторного обследования: анти-Тохо IgG (-), анти - Тохо IgM (+).

2.Возбудитель токсоплазмоза (*T. gondii*) относится к типу простейших, является облигатным внутриклеточным паразитом, маркирует клеточный иммунодефицит, имеет неизбежно хроническое течение. Обладает убиквитарностью, поликсенностью, пантропизмом. Основным (окончательным) хозяином для токсоплазмы являются кошка и представители семейства кошачьих, у которых осуществляется кишечная фаза развития токсоплазм.

3.Заболевание может протекать в различных клинических формах: от субклинических до тяжелых, с возможным летальным исходом. Клинические формы острого приобретенного токсоплазмоза: лимфаденопатической, висцеральной, энцефалической, глазной и генерализованной.

4.Этиотропная терапия: фансидар (хлоридин+сульфадимезин) + фолиевая кислота. Назначается циклами по 5-7 дней с перерывами между ними в 7-10 дней, проводится 3 цикла, что составляет 1 курс. Детям с острым и подострым токсоплазмозом в первый год лечения рекомендуется проводить 2-3 курса с перерывами между ними 1,5-2 мес. Доза фансидара рассчитывается по хлоридину 0,5-1 мг/кг массы в 2 приема после еды. Препараты фолиевой кислоты до 0,01 г. в сутки (лейковорин) внутрь в дни приема фансидара. Альтернативная схема противопаразитарной терапии: спирамицин 150-300 тыс. ЕД/кг/сут. Курс - 14 дней

5.Меры специфической активной и пассивной профилактики отсутствуют. К мероприятиям по ограничению распространения токсоплазм в окружающей среде относится контроль популяции диких кошек в данной местности, санитарное благополучие домашних кошек, лечение выявленных больных кошек, исключение из рациона домашних животных сырого мяса и субпродуктов, запрет домашним кошкам охотиться на диких грызунов, ежедневная обработка кошачьего туалета. С целью профилактики индивидуального инфицирования запрещается употребление сырого или недостаточно термически обработанного мяса, соблюдение санитарно-гигиенических правил, технологии приготовления пищи.

Ситуационная задача №29

Больной Б., 60 лет, проживает в поселке, работает электросварщиком. Заболел в июле 2009 года. Появились тошнота, боли в животе, одновременно заметил отхождение члеников с калом. Часто употребляет в пищу сырую, малосольную, вяленую рыбу. При осмотре: температура тела нормальная, общее состояние удовлетворительное. Пульс 76/мин., ритмичен, тоны сердца чистые. В легких дыхание везикулярное. Язык обложен серо-грязным налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, в кале членики ленточного гельминта. В периферической крови: Eг-3,5*10¹²/л, Hг-98 г/л, L-6,4*10⁹/л, э-16/л, СОЭ-20 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифиллоботриоз. В12-дефицитная анемия. Диагноз выставлен на основании сведений анамнеза (тошнота, боли в животе), эпиданамнеза (употребление термически не обработанной рыбы), наличия в кале члеников ленточного гельминта, изменений в периферической крови (анемия, эозинофилия).
2. Кoproовоскопия – обнаружение яиц *Diphyllobothrium latum*, микроскопия члеников для идентификации возбудителя.
3. Лечение проводится, как правило, в амбулаторных условиях и обычно не требует специальной подготовки. Стационарное лечение и особая подготовка применяются лишь при запущенных, осложнённых заболеваниях и состояниях, отягощённых выраженной сопутствующей патологией. В специальной диете нет необходимости, лишь иногда при затруднении опорожнения кишечника (запорах) показано применение слабительных средств с целью удаления погибшего червя. Медикаментозное лечение проводится разрешёнными к применению противопаразитарными препаратами, затрагивающими жизнедеятельность паразитических червей данного ряда. Обычно длительность применения составляет не более одного дня. После проведения лечения желательно удостовериться в выходе всего червя при дефекации (в том числе сколекса), хотя при медленной перистальтике кишечника возможно растворение погибшего паразита пищеварительными соками хозяина. В некоторых случаях показано назначение диеты с повышенным содержанием железа, применение препаратов железа, нормализация микрофлоры кишечника посредством лекарств пробиотического ряда. За переболевшими устанавливается наблюдение в течении 3-6 месяцев с обязательным неоднократным контролем анализов кала на я/глист в паразитологической лаборатории, выполненными с интервалом в один месяц.

Ситуационная задача №30

Больной Г., 21 год, заболел 23 мая с появления слабости, потливости, однократного жидкого стула. С 29 мая отмечал выраженные боли в мышцах, с 3 июня появилась высокая лихорадка до 39,6°С. Госпитализирован по скорой помощи в инфекционный стационар. При осмотре: состояние среднетяжелое, вялый, в контакт вступает. Беспокоят боли в мышцах, особенно при движениях, жевании, глотании, глубоком вдохе. Лихорадка сохраняется. На коже необильная пятнистая сыпь, небольшой отек лица и век, явления катарального конъюнктивита. Обращает на себя внимание отек лица, век. Пульс 98/мин., приглушены тоны сердца, печень выступает на 1 см ниже реберного края. Из эпидемиологического анамнеза: неделю назад вернулся с охоты, где забил медведя, употреблял в пищу шашлык из медвежатины. В периферической крови: L-12,7*10⁹ /л, э-32%, СОЭ-36 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Трихинеллез, среднетяжелое течение диагноз выставлен на основании интоксикации, отекающего синдрома, миалгий, экзантемы, сведений об употреблении шашлыков из медвежатины, эозинофилии в периферической крови.
2. Серологическое исследование сыворотки крови методом ИФА, РНГА на предмет обнаружение специфических антител не ранее чем через 2 недели от начала заболевания; по возможности - микроскопия остатков мяса на наличие личинок трихинелл.

3. Место лечения зависит от фазы процесса и его выраженности: тяжёлые и среднетяжёлые острые формы лечат в условиях стационара, лёгкие и вялотекущие хронические формы могут лечиться амбулаторно. Во время лечения важно, чтобы в организм больного поступало достаточное количество жидкости. При необходимости проводятся дезинтоксикационные и десенсибилизирующие мероприятия: вводится большое количество жидкости, сорбентов, противоаллергических средств. В особых случаях показана гормонотерапия. Диета должна быть направлена на механическое и химическое щажение организма: мягкая пища, с исключением жирного, жареного, острого, солёного, копченого, а также аллергенных продуктов. На фоне лечения показан приём этиотропных противопаразитарных средств. Они оказывают наибольший эффект во время инкубационного и начального периода (при наличии предпосылок к диагнозу, подозрении или возможности быстрой диагностики), когда есть возможность воздействия на кишечные формы паразита. На стадии мышечного развития эффективность данных препаратов снижается. При тяжёлом остром течении болезни возможно применение менее эффективных и безопасных схем лечения (чтобы избежать массивной гибели трихинелл и развития инфекционно-токсического шока) с последующей адекватной терапией после стабилизации состояния. В период выздоровления диета может расширяться, подключаются средства витаминного обмена и общеукрепляющие составы (витамины, антиоксиданты).

Ситуационная задача №31

Больной М., 55 лет, без определенного места жительства, поступил в инфекционное отделение с жалобами на боли в мышцах верхних и нижних конечностей, высокую температуру тела, общую слабость, жажду, отеки век, боли в области сердца. Заболел 10 дней назад, когда появилась общая слабость, боли и слабость в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе, боли в языке. За 2 дня до поступления заметил на туловище сыпь, отеки век и лица. Из эпидемиологического анамнеза: периодически употребляет в пищу мясо бездомных собак.

При осмотре: состояние тяжелое, контакту доступен. Температура тела 39,9°. Кисти рук, лицо, нижние конечности отечны. Пальпация мышц нижних конечностей болезненна. На кожных покровах спины, живота ярко-розовая пятнисто-папулезная обильная сыпь. Тоны сердца глухие, экстрасистолия, ЧСС-110/мин., АД-90/50 мм рт.ст. При перкуссии отмечается увеличение границ относительной сердечной тупости влево. Дыхание в легких ослаблено, хрипов нет, ЧДД-25/мин. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. В периферической крови: L-12, 8*10⁹/л, э-5%, СОЭ-15 мм/час. При ЭКГ-обследовании: синусовый ритм, экстрасистолия, снижение вольтажа, расширение QRS, диффузные изменения в миокарде.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Каков прогноз заболевания в данном конкретном случае.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Трихинеллез, тяжелое течение, осложненное миокардитом. Диагноз выставлен на основании интоксикации, миалгий, миастении, экзантемы, отеочного синдрома, гепатомегалии, тахикардии, гипотонии, аускультативных, перкуторных и ЭКГ-изменений в сердце, относительной анэозинофилии, сведений эпиданамнеза об употреблении в пищу мяса собаки.

2. Прогноз серьезный, возможен летальный исход, т.к. имеет место позднее обращение за медицинской помощью. Несоответствие уровня эозинофилов клинической картине заболевания в данном случае является неблагоприятным прогностическим признаком.

3. Место лечения зависит от фазы процесса и его выраженности: тяжёлые и среднетяжёлые острые формы лечат в условиях стационара, лёгкие и вялотекущие хронические формы могут лечиться амбулаторно. Во время лечения важно, чтобы в организм больного поступало достаточное количество жидкости. При необходимости проводятся дезинтоксикационные и десенсибилизирующие мероприятия: вводится большое количество жидкости, сорбентов, противоаллергических средств. В особых случаях показана гормонотерапия. Диета должна быть направлена на механическое и химическое щажение организма: мягкая пища, с исключением жирного, жареного, острого, солёного, копченого, а также аллергенных продуктов. На фоне лечения показан приём этиотропных противопаразитарных средств. Они оказывают наибольший эффект во время инкубационного и начального периода (при наличии предпосылок к диагнозу, подозрении или возможности быстрой диагностики), когда есть возможность воздействия на кишечные формы

паразита. На стадии мышечного развития эффективность данных препаратов снижается. При тяжёлом остром течении болезни возможно применение менее эффективных и безопасных схем лечения (чтобы избежать массивной гибели трихинелл и развития инфекционно-токсического шока) с последующей адекватной терапией после стабилизации состояния. В период выздоровления диета может расширяться, подключаются средства витаминного обмена и общеукрепляющие составы (витамины, антиоксиданты).

Ситуационная задача №32

Больной А., 25 лет, поступил в инфекционное отделение с жалобами на общую слабость, головную боль, плохой сон, снижение аппетита, зуд, желтуху склер и кожи. Заболел остро 5 дней назад, когда повысилась температура тела до 38,5°, появились головная боль, общая слабость, ломота в суставах, жидкий желтый стул. Из эпидемиологического анамнеза: часто употребляет малосоленную рыбу, которую ловит сам на реке Чулым. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 39,5°. Кожные покровы и склеры желтушные. Сердце и легкие без особенностей. Пульс-90/мин., ритмичный, хорошего наполнения. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Печень плотная, выступает острым ровным краем из подреберья на 2,5 см. Менингеальные симптомы отсутствуют. Костно-суставная система в норме. В периферической крови: Hg-102 г/л, Eг-4,5*10¹²/л, L-18,0*10⁹ /л, э-40%, п-10%, с-27%, лимф.-17%, мон-6%, СОЭ-19 мм/час. В биохимическом анализе крови: общий билирубин-125 мкмоль/л, прямой-50 мкмоль/л, непрямой-75 мкмоль/л. Осадочные пробы и активность трансаминаз в норме. В моче: цвет – темно-желтый, уд. вес-1020, белок-0,03 г/л, уробилин (++)

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

Острый описторхоз, желтушная форма, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, диспепсических явлений, желтушного и болевого синдромов, гепатомегалии, эозинофилии на фоне лейкоцитоза, гипербилирубинемии за счет непрямой фракции, уробилинурии, сведений эпиданамнеза об употреблении малосоленной рыбы, пойманной в эндемическом районе по описторхозу.

2. Обнаружение яиц *Opistorchis felinus* в дуоденальном содержимом, в кале; серологическое исследование сыворотки крови методом ИФА на предмет выявления специфических IgM.
3. Лечение описторхоза проводится поэтапно.

I этап - подготовительная патогенетическая терапия в течение 2-3 недель. Назначается комплекс препаратов в соответствии с клинической картиной и тяжестью течения заболевания: диета №5, гепатопротекторы, спазмолитики, желчегонные и ферментные препараты, антигистаминные средства, тюбажи с минеральной водой через день, по показаниям проводится дезинтоксикационная терапия.

II этап - антигельминтная терапия (проводится только в период клинико-лабораторной ремиссии) – празиквантель (Praziquantel, син.: Biltricide, Azinox, Cesol, Cisticid, Pyguiton, Droncit) назначают в курсовой дозе 40 - 75 мг/кг массы тела больного в три приема с интервалом четыре часа, после еды. Препарат можно назначать днем или ночью.

III этап - не менее 1-2 недель продолжается патогенетическая терапия. Диспансерное наблюдение проводится в течение 1 года (контрольное обследование через 1, 3, 6, 9 и 12 мес. после лечения) и предусматривает оценку гельминтоцидной и клинической эффективности химиотерапии.

Ситуационная задача №33

На прием к врачу обратился больной П., 41 года, с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, периодически возникающую тошноту, горечь во рту, кашицеобразный стул без примесей, слабость. На амбулаторном этапе обследован: в периферической крови выявлена эозинофилия до 14%, в дуоденальном содержимом – яйца *Opistorchis felinus*. Из анамнеза: регулярно обследуется на профосмотрах, ранее ничем не болел. При осмотре: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, температура тела в пределах нормы. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в области печени, желчного пузыря, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика врача поликлиники.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Первично-хронический описторхоз, холангио-холецистит, (яйца *Opistorchis felinus* в дуоденальном содержимом). Диагноз выставлен на основании болей в области печени, желчного пузыря, эозинофилии, обнаружения яиц *Opistorchis felinus* в дуоденальном содержимом.

2. Необходимо назначение подготовительной терапии, после проведения которой направление на госпитализацию в инфекционный стационар для проведения дегельминтизации.

3. Лечение описторхоза проводится поэтапно.

I этап - подготовительная патогенетическая терапия в течение 2-3 недель. Назначается комплекс препаратов в соответствии с клинической картиной и тяжестью течения заболевания: диета №5, гепатопротекторы, спазмолитики, желчегонные и ферментные препараты, антигистаминные средства, тюбажи с минеральной водой через день, по показаниям проводится дезинтоксикационная терапия.

II этап - антигельминтная терапия (проводится только в период клинико-лабораторной ремиссии) – празиквантел (Praziquantel, син.: Biltricide, Azinox, Cesol, Cisticid, Pyguiton, Droncit) назначают в курсовой дозе 40 - 75 мг/кг массы тела больного в три приема с интервалом четыре часа, после еды. Препарат можно назначать днем или ночью.

III этап - не менее 1-2 недель продолжается патогенетическая терапия. Диспансерное наблюдение проводится в течение 1 года (контрольное обследование через 1, 3, 6, 9 и 12 мес. после лечения) и предусматривает оценку гельминтоцидной и клинической эффективности химиотерапии.

Ситуационная задача №34

Больной З., 40 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на периодически появляющиеся зудящие высыпания на кожных покровах различной локализации в течение последних 3-4 месяцев, приступы сухого кашля ночью, повышение температуры тела до 37,2-37,5°C. При осмотре: кожные покровы бледноватые, сыпи нет. Пальпируется заднешейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы безболезненные, диаметром до 1 см, подвижные. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. При рентгенокопии грудной клетки определяется инфильтрат в верхней доле правого легкого. В периферической крови: $Eg-4,6 \cdot 10^{12}/л$, $L-8,4 \cdot 10^9/л$, э-18%, п-7%, с-38%, лимф. -33%, м-4%, СОЭ-16 мм/час. Обследование на туберкулез позволило исключить это заболевание.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Токсокароз, висцеральная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: субфебрилитет, ночной кашель, лимфаденопатия, экзантема в анамнезе, гепатомегалия, эозинофилия, эозинофильный инфильтрат в легких, сведения эпидемиологического характера – постоянный контакт со сточными водами.

2. Серологическая диагностика с определением специфических IgM и IgG в титре не менее 1:800 методом ИФА.

3. Лёгкие и abortивные формы как правило не нуждаются в специфической терапии, так как организм самостоятельно производит деструкцию и удаление паразитов (если их небольшое количество) и требуют лишь симптоматического лечения — назначения противоаллергических и дезинтоксигирующих средств. При более серьёзных поражениях проводится комплексное противопаразитарное лечение с применением специфических противопаразитарных препаратов (действующих на тканевые формы червей) под контролем общелабораторных показателей в сочетании с дезинтоксикацией, поддержкой функции печени, снижением аллергической составляющей и иногда гормонотерапией. При острых формах (особенно у детей) лечение проходит в стационаре под постоянным контролем медперсонала, при хронических формах — обычно в амбулаторном порядке.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2 (ТЕМА «Инфекции дыхательных путей»)

Ситуационная задача №1

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: Грипп, типичный, среднетяжелая форма.
2. Диагноз установлен на основании жалоб при обращении: на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; данных анамнеза заболевания: заболел остро после посещения друзей в общежитии, у которых были аналогичные симптомы заболевания; данных объективного исследования: наличие интоксикационного синдрома (температура 39,00 С головная боль в глазных яблоках и надбровных дугах) предшествующего катаральному синдрому: лицо одутловатое, несколько гиперемировано, носовое дыхание затруднено, в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба, в легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы)
3. План лабораторного обследования: ОАК (лейкопения, лимфо-моноцитопения), метод иммунофлюоресценции (антигены вируса из мазков-отпечатков из носа и ротоглотки); ПЦР - метод – обнаружение фрагментов вируса; серологические методы (ИФА) – в парных сыворотках.
4. Противовирусные препараты должны применяться при лечении пациентов с гриппом с целью предупреждения развития тяжелых форм заболевания, осложнений и летальных исходов; противовирусные препараты следует назначать не позднее 48 часов от появления первых симптомов болезни. Антивирусными препаратами выбора являются ингибиторы вирусной нейраминидазы осельтамивир и занамивир. Осельтамивир (Тамифлю, Номидес) применяется перорально в капсулах по 75 мг 2 раза в день Занамивир (Реленза) взрослым и детям старше 5 лет используется в следующем режиме: 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней. Занамивир может применяться в случаях резистентности вируса A(H1N1) pdm09 к осельтамивиру. Из отечественных препаратов для лечения гриппа используют Ингавирин, механизм действия которого направлен на увеличение количества и восстановления активности интерфероновых рецепторов зараженной клетки по 90 мг 1 раз в сутки, перорально 1 раз в сутки. Умифеновир (Арбидол) – ингибитор фузии – прием по 0,2 г 4 раза в день

Ситуационная задача №2

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102

уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: Грипп, типичный, среднетяжелая форма.
2. Диагноз установлен на основании наличия интоксикационного синдрома (температура тела 39,1 °С с ознобом, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита) и присоединившегося к концу первых суток катарального синдрома (заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной), данных эпиданамнеза – накануне заболевания навестил больного товарища.
3. План лабораторного обследования: ОАК (лейкопения, лимфо-моноцитопения), метод иммунофлюоресценции (антигены вируса из мазков-отпечатков из носа и ротоглотки); ПЦР - метод – обнаружение фрагментов вируса; серологические методы (ИФА) – в парных сыворотках.
4. Противовирусные препараты должны применяться при лечении пациентов с гриппом с целью предупреждения развития тяжелых форм заболевания, осложнений и летальных исходов; противовирусные препараты следует назначать не позднее 48 часов от появления первых симптомов болезни. Антивирусными препаратами выбора являются ингибиторы вирусной нейраминидазы осельтамивир и занамивир. Осельтамивир (Тамифлю, Номидес) применяется перорально в капсулах по 75 мг 2 раза в день – 5 дней, Занамивир (Реленза) взрослым и детям старше 5 лет используется в следующем режиме: 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней. Из отечественных препаратов для лечения гриппа используют Ингавирин по 90 мг 1 раз в сутки, перорально 1 раз в сутки, Умифеновир (Арбидол) – ингибитор фузии – прием по 0,2 г 4 раза в день – 5 дней
5. Диспансерное наблюдение не показано. Рекомендации: избегать переохлаждения, прием поливитаминов в течение 1 мес, закаливание, ежегодная вакцинация против гриппа в межэпидемический сезон.

Ситуационная задача №3

Больная 27 лет, служащая, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела, слабость, насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела 7 декабря после переохлаждения с повышением температуры тела до 37,8°С. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но 12 декабря головная боль усилилась, вновь поднялась температура тела до 38,5°С, стало трудно дышать - дышала ртом. На работе много больных «гриппом». При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°С, лицо бледное, одутловатое, выражен конъюнктивит с гнойным отделяемым, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы, мягкие, безболезненны. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный, урчит. Печень пальпируется на 1-1,5 см ниже края реберной дуги. Дизурии, менингеальных явлений нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования больного, подтверждающий диагноз.

Эталон ответа

1. Аденовирусная инфекция. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, катаральных явлений с конъюнктивитом, лимфаденопатии, гепатомегалии.
2. Общеклиническое, печеночные пробы, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.
3. Лечение большинства больных проводится в домашних условиях. Госпитализации подлежат больные с тяжелой формой болезни, при наличии осложнений, сопутствующих заболеваний, а также по эпидемическим показаниям. В лихорадочном периоде необходим постельный режим. Питание должно быть полноценным и богатым витаминами, содержать достаточное количество жидкости. Большинство больных при неосложненной форме аденовирусного заболевания

в этиотропной терапии не нуждаются. При выраженной мотивации пациента и при тяжелом течении инфекционного процесса показан умифеновир (Арбидол), препараты ИФН и их индукторы. Среди натуральных ИФН могут быть использованы следующие: ИФН- α (Интерферон человеческий лейкоцитарный) (вводится аэрозольно), интерлок (для лечения конъюнктивита), ИФН- α (Лейкинферон) (вводят в/м, ингаляционно) 100 тыс. МЕ.

В последнее время широкое применение получили препараты рекомбинантного интерферона, наиболее безопасного по сравнению с лейкоцитарным. ИФН- $\alpha 2$ рекомбинантный входит в состав топических препаратов: капель и спрея Грипп п ферон, мази назальной Гриппферон с лоратадином. Содержание ИФН — 10 тыс. МЕ. Антибиотики показаны только при пневмониях и других осложнениях бактериальной природы. Симптоматическая терапия по показаниям. Прогноз обычно благоприятный. Выписка реконвалесцентов проводится после полного клинического выздоровления.

Ситуационная задача №4

В поликлинику к терапевту обратился студент 20 лет, проживающий в общежитии. Болен 2-й день: отмечают недомогание, легкое познабливание, слабость, температура тела - 37-37,5°C, насморк, частое чихание, рези в глазах, першение в горле. При осмотре: кожа чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована, обильные слизисто-водянистые выделения из носа умеренно выражена гиперемия конъюнктив и склер, слезотечение. Голос охрипший. Слизистая ротоглотки и задней стенки глотки умеренно гиперемирована, зернистость задней стенки глотки, миндалины не увеличены. Внутренние органы без особенностей.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании и на основании каких клинических маркеров можно думать?
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. ОРВИ (риновирусная инфекция). Острое начало, интоксикационный синдром с субфебрильной температурой, выраженный катаральный синдром.

2. Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №5

Участкового врача вызвали к больному 32 лет, который предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 38,6-39,6°C, сухой кашель, заложенность носа, першение в горле.

Заболел остро. Накануне вечером имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной квартире. Ранее ничем не болел. Объективно: состояние среднетяжелое. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъектированы, светобоязнь. Кожные покровы горячие, гиперемированы, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Миндалины, язычок, дужки набухшие, ярко гиперемированы с небольшим цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 88/мин., ритмичный. АД -110/70 мм рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Забор какого биологического материала от больного необходимо провести для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп. Обоснование: острое начало заболевания, выраженный интоксикационный синдром, с высокой лихорадкой, умеренный катаральный синдром.

2. Кровь, моча для общеклинического обследования; смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологическое исследование, ПЦР – диагностика; сыворотка крови на серологическое исследование.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №6

К больной В., 17 лет вызван врач скорой помощи. Заболела остро, 2 дня назад. Появились озноб, температура тела до 37,8°C, головная боль, насморк, сильный кашель с выделением скудной слизистой мокроты. На следующий день усилился кашель, появилась резкая одышка, переходящая в удушье, мокрота приобрела розовый цвет, появились боли в груди, нарастала слабость. Накануне навещала подругу, больную гриппом. Объективно: состояние тяжелое. Беспокойна, сидит в постели, кожа лица гиперемирована, цианоз губ, инъекция сосудов склер, яркая гиперемия слизистой глотки с единичными геморрагиями и зернистостью. Одышка, ЧДД до 48/мин. Дыхание шумное, клокочущее. В легких над всей поверхностью выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы в большом количестве. Мокрота пенистая, кровянистая. Пульс – 110/мин. АД - 100/50 мм рт.ст.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какое развилось осложнение?
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

Эталон ответа

1. ОРВИ, тяжелое течение, осложненное инфекционно-токсическим отеком легких. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикационного и катарального синдромов, появления и нарастание одышки, цианоза губ, вынужденного положения, усиления кашля с пенистой кровянистой мокротой, шумного клокочущего дыхания, болей в грудной клетке, влажных разнокалиберных хрипов в легких, тахикардии, гипотонии.

2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на МИФ, ИФА, ПЦР – диагностика, сыворотка крови на РТГА, РСК, ИФА со специфическими диагностикумами.

3. Этиотропная (противовирусная терапия). Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ - противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов (Умифеновир). Рекомендовано использование препаратов с широким противовирусным действием. Назначение индукторов интерферона целесообразно с целью профилактики или в первые сутки заболевания, в разгар заболевания эффективность значительно снижается. Легкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2–3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод). Средняя степень тяжести при лечении больного в условиях стационара – инфузионная терапия: 800–1200 мл глюкозо-солевых растворов. У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение натрия хлорида раствора сложного [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид], раствора калия хлорида+натрия ацетата+натрия хлорида, раствора натрия ацетата+натрия хлорида, раствора калия хлорида+натрия гидрокарбоната+натрия хлорида, 0,9% раствора натрия хлорида в суточной дозе – 5 – 20 мл/кг. Длительность определяется выраженностью синдрома интоксикации. При осложнённом и тяжёлом течении ОРВИ - внутривенная дезинтоксикация с восполнением электролитных нарушений. Рекомендуется назначение натрия хлорида. Рекомендовано назначение муколитических средств пациентам с бронхообструкцией и влажным кашлем для разжижения и улучшения отхождения мокроты. Рекомендуется назначение противокашлевых средств при лечении ОРВИ пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента.

Ситуационная задача №7

Больная У., 21 год, медсестра роддома, заболела вчера остро, когда появились головная боль, разбитость, резкая общая слабость, повышение температуры тела до 39,1°С с ознобом. На второй день появился сухой кашель, боли за грудиной, заложенность носа, боли в глазных яблоках, ломота в пояснице, мышцах, суставах. Температура тела оставалась повышенной до 39-40°С. При осмотре: в ротоглотке яркая гиперемия, дужки мягкого неба отечны, гиперемированы. Пульс 100/мин., ритмичный, мягкий. Тоны сердца приглушены, АД-110/70 мм рт.ст. В легких - рассеянные сухие хрипы. Язык обложен серо-грязным налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Менингеальный синдром отсутствует. В семье все здоровы. В периферической крови: L-4,4*10⁹/л, п-14%, с-51%, лимф. -29%, м-6%, СОЭ-10 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп. Обоснование: острое начало, выраженная интоксикация с высокой лихорадкой, миалгии, артралгии, катаральные явления.

2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на МИФ, ИФА, ПЦР – диагностика, сыворотка крови на РТГА, РСК, ИФА со специфическими диагностикумами.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №8

У студента, навестившего больного товарища в соседней комнате общежития, на 2-е сутки появился озноб, повысилась температура тела до 39°С, появились сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, тошнота. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При осмотре отмечены гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа, в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость. В легких жесткое дыхание, единичные хрипы. Пульс-102/мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала после контакта с больным, интоксикационного и катарального синдромов с преобладанием интоксикации.

2. Общеклиническое, смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологию, ПЦР– диагностика, сыворотка крови на серологическое исследование (ИФА, РТГА, РСК) с типоспецифическими гриппозными диагностикумами.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая

терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №9

Больной Ю., 20 лет, студент 3 курса кооперативного института, проживает в общежитии. Заболел остро 7 дней назад. Повысилась температура до 38,6°C, беспокоили головная боль, насморк, сухой кашель. В комнате, где проживает больной, аналогичным заболеванием болеют еще 2 студента. Лечился симптоматически по назначению терапевта. Состояние и самочувствие стало улучшаться, температура снизилась до 37°C, кашель уменьшился. Вчера состояние ухудшилось: температура снова повысилась до 38-39°C, усилился кашель с необильной густой мокротой, появились боли в грудной клетке справа. При осмотре: кожные покровы бледные, в ротоглотке застойная гиперемия, миндалины до I степени, в легких выслушивается жесткое дыхание по всем полям, справа ниже угла лопатки резко ослаблено. ЧДД – 23/мин., АД-100/65 мм рт.ст., ЧСС – 105/мин. В периферической крови на 2-й день болезни: L – 3,5*10⁹/л, п-3%, с-53%, лимфоциты-40%, м-4%, СОЭ-5 мм/час; в день поступления в больницу: L-12,5*10⁹/л, п-23%, с-45%, лимфоциты-25%, м-7%, СОЭ- 32 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании можно думать? Какие осложнения возникли? Дайте обоснование диагноза.
2. Укажите методы диагностики, подтверждающие возникшее осложнение.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп, осложненный трахеобронхитом. Правосторонняя внебольничная пневмония. Обоснование: острое начало после контакта с больными, катаральный и интоксикационный синдромы, ухудшение с усугублением интоксикации, признаками деструкции бронхолегочной ткани, появление лейкоцитоза и сдвига формулы влево в гемограмме.
2. Необходима рентгенография грудной клетки, исследование мокроты, общеклиническое, бактериологическое обследование.
3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.).

Ситуационная задача №10

Больной М., 50 лет, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро. С первого дня заболевания и до поступления держалась постоянно высокая температура (39-39,5°C), беспокоили озноб, сильная головная боль в лобной части, ломота в теле, бессонница, редкий сухой кашель, носовые кровотечения, сухость в носу. В квартире, где живет больной, имеются больные с идентичными симптомами. При осмотре отмечены тяжелое состояние, эйфория, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожа чистая, без сыпи. Температура тела 40°C. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком небе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД-90/60 мм рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп, среднетяжелое течение, осложнение носовое кровотечение. На основании контакта с больными в семье, острого начала заболевания, интоксикации, катаральных явлений, возникновения носовых кровотечений.
2. Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР- диагностика, осмотр ЛОР – врача.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №11

Больная Г., 36 лет, заболела остро 2 дня назад, когда температура тела к вечеру повысилась до 38°C, беспокоила сильная головная боль, была небольшая заложенность носа с незначительными серозными выделениями, сухой кашель. Участковый врач, вызванный на дом, поставил диагноз «Грипп», назначил аспирин, анальгин. На следующий день состояние больной резко ухудшилось. Была вызвана бригада скорой помощи, которая застала больную в тяжелом состоянии: температура тела 40°C, резкая слабость, сильная головная боль в лобной части, выраженная одышка. Лицо бледное, слизистые губ с цианотичным оттенком, на лбу капли пота. АД снижено, тахикардия. Доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Лакунарная ангина». При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий белого цвета налет, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс 90/мин. АД 90/60 мм рт.ст. На 10-ый день пребывания в стационаре у больной появились жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре выявлены адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. Максимальное АД снижено до 70 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Составьте план обследования больной.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп, тяжелое течение, период разгара заболевания, осложненное отеком легких. Обоснование: острое начало, катаральные явления, интоксикация, ухудшение состояния - одышка, клочущее дыхание, притупление перкуторного звука, масса влажных мелкопузырчатых хрипов в легких, бледность и цианоз кожных покровов.

2. Общеклиническое, смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологию, ПЦР-диагностика, сыворотка крови на серологическое исследование (ИФА, РТГА, РСК) с типоспецифическими гриппозными антигенами, рентгенография грудной клетки.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а так же с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №12

Девочка 2 лет, m - 12 кг, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5°C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. An. vitae: девочка от 1 беременности, 1 срочных родов. Мр - 3570. Грудное вскармливание 9 мес. Находилась на диспансерном учете у невропатолога до 1 года с диагнозом:

«Перинатальная энцефалопатия: синдром внутрочерепной гипертензии, судорожный синдром». Перенесенные заболевания – ОРВИ редко. Поливалентная пищевая аллергия. Не привита. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях - обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. ЧД – 30 в мин. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС – 124 в мин. Зев гиперемирован, язык влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - 3,5x10¹²/л, Ц.п. - 0,87, Л - 7,0x10%; п/я - 5%, с/я - 32%, л - 59%, м - 4%; СОЭ - 15 мм/час. Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы - отрицателен.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените имеющиеся отклонения в анамнезе.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Эталон ответа

1. Корь типичная, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, катарального синдрома (ринит, конъюнктивит, гиперемия зева), синдрома экзантемы (на четвертый день болезни появилась на лице обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная, которая в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности), поражения дыхательной системы (кашель влажный, в легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы); данных общего анализа крови (увеличение СОЭ).
2. Ребенок находился на диспансерном учете у невропатолога с диагнозом: «Перинатальная энцефалопатия: синдром внутрочерепной гипертензии, судорожный синдром», страдает поливалентной пищевой аллергией, не привит.
3. В общем анализе крови умеренный увеличение СОЭ. Дополнительно – серологическая диагностика: выявление IgM к вирусу кори методом ИФА, нарастание в 4 раза специфических IgG методом парных сывороток (реакция нейтрализации, РТГА, РПГА); выявление вирусной РНК методом ПЦР, антигенов вируса методом иммунофлюоресценции; R-графия грудной клетки.
4. В катаральный период корь дифференцируют с ОРВИ: грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная. В период высыпания – от краснухи, энтеровирусной, аллергической экзантемы, инфекционного мононуклеоза, редко от скарлатины, псевдотуберкулеза, менингококцемии.
5. а) постельный режим, молочно-растительная диета, обильное питье, б) гигиенические мероприятия: промывание глаз кипяченой водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия, закапывание в глаза 20% альбумида, полоскание рта после еды, в) противовирусная терапия (виферон-1 1 св.х2 раза), г) амоксицилин 200 мг х 3 раза, д) отхаркивающие препараты (амбробене 2,5 млх3 раза), е) антигистаминные препараты (супрастин 1/3 таб.х2 раза), ж) в нос 0,5% диоксидин.
6. Изоляция больного ребенка до 5 дня от появления высыпаний. Заключительная дезинфекция не проводится, помещение проветривается, влажная уборка. Разобщение контактных с 8 до 17 дня. Возможно введение иммуноглобулина в первые 5 дней после контакта, тогда разобщение удлиняется до 21 дня. Для экстренной вакцинации используется живая коревая вакцина контактным не болевшим детям старше 12 мес. Вводится в течение первых 5 дней от момента контакта.

Ситуационная задача №13

Девочка Р., 2 дней, находится в роддоме. Из анамнеза: в сроке 8-9 недель беременности отмечалась необильная мелкоточечная сыпь и боль в области шеи, третий триместр протекал с угрозой прерывания. Роды 1 в 35-36 недель. Масса при рождении 2150 г. Эпидемиологический анамнез: в детском саду, который посещает старший ребенок, регистрировались случаи краснухи. Состояние тяжелое, вялость, срыгивание. Множественные стигмы дизэмбриогенеза, микрофтальм. Кожные покровы бледные, в виде «пирога с ежевикой» (множественные голубые пятна), петехиальная сыпь. В легких дыхание ослабленное. При аускультации сердца грубый систолодиастолический шум.

Живот увеличен в размере. Печень +3 см, селезенка + 1 см, плотноэластические при пальпации. Общий анализ крови: HGB – 144 г/л, RBC - 4,1×10⁹/л, PLT- 95,0×10⁹/л, WBC- 7,1×10⁹/л, EO – 1%, NEUT – 55% (П – 6%, С – 49%), LYM – 32%, MON – 12%, СОЭ – 4 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности заболевания.
3. Что такое эмбрио- и фетопатия? Укажите механизмы повреждающего действия возбудителя.
4. Какое дополнительное обследование показано для уточнения диагноза?
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного.

Эталон ответа

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Врожденная краснуха, классический синдром. Диагноз поставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (возможный контакт беременной с больными краснухой), неблагоприятного антенатального периода (в сроке 8-9 недели беременности мелкоочечная сыпь и боль в области шеи, угроза прерывания, недоношенность); в сочетании с результатами клинического осмотра: вялость, срыгивание; аномалии органов зрения (микрофтальм) и ССС (при аускультации сердца грубый систолодиастолический шум), множественные стигмы эмбриогенеза; синдром экзантемы (симптом «пирога с ежевикой» – множественные голубые пятна, петехиальная сыпь); гепатоспленомегалия (печень +3 см, селезенка +1 см); лимфаденит (увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов до 1 см).

2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности заболевания. Вирус краснухи относится к тогавирусам (семейство *Togaviridae*, род *Rubivirus*), геном содержит РНК. Вирус обладает тератогенностью, иммунотропностью, цитолитическим потенциалом и цитодеструктивностью, склонностью к длительному хроническому инфицированию. Инфицирование плода возможно у серонегативных матерей (20% в популяции) трансплацентарным путём. Вирус может длительно сохраняться в лимфатических узлах и поражать плод при наступлении беременности в первые 3 месяца после перенесенной краснухи. Наиболее опасен для плода I триместр беременности, когда риск инфицирования плода достигает 70-90% с формированием пороков развития у 65%. Дети с синдромом врожденной краснухи имеют длительный период (1,5-2 года) выделения вируса. Иммуитет, приобретённый в результате врождённой краснухи, менее стоек, чем возникающий в результате постнатальной инфекции.

3. Что такое эмбрио- и фетопатия? Укажите механизмы повреждающего действия возбудителя. Эмбриопатия – истинные пороки развития органа, формирующиеся при действии вируса в первые 12 недель беременности. Фетопатия – псевдопороки и генерализованная воспалительная реакция со стороны органов и систем в раннем и позднем фетальном периодах. В качестве механизма врожденных аномалий возможны прямое цитодеструктивное действие вируса (только в хрусталике глаза и улитке внутреннего уха), ингибция роста клеток (подавление митотической активности клеток, замедление роста клеточных популяций) и ишемия ткани плода, связанная с поражением сосудов плаценты. Триада Грегга – порок сердца, катаракта, глухота. Расширенный синдром краснухи – множество других аномалий, микроцефалия, энцефалит, глаукома, расщепление твердого неба, интерстициальная пневмония, гепатит, поражение вестибулярного аппарата, пороки развития скелета, поражение трубчатых костей, гепатоспленомегалия, пороки развития мочеполовых органов.

4. Какое дополнительное обследование показано для уточнения диагноза? Выявление краснушных IgM, IgG - антител в реакции ИФА, выделение РНК вируса краснухи методом ПЦР в секретах из носоглотки, моче, крови; ЭхоКГ, ЭКГ, биохимический анализ (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ), рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, консультация окулиста, кардиолога, невролога, кардиохирурга.

5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного. Специфической химиотерапии не существует. Назначается виферон 1 (150тыс МЕ) ректально по 1 свече × 2 раза No 10, при нарушении кровообращения 1-3 степеней с учетом характера ВПС по назначению кардиолога: кардиотрофические препараты (ККБ, цитохром С), мочегонные (верошпирон), препараты, уменьшающие преднагрузку (капотен) и др.

Ситуационная задача №14

Мальчик 7 лет поступил на 7 день болезни. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8о С, болей и припухлости в околушной области с 2-х сторон. Беспокоили боли в животе, преимущественно в левом подреберье опоясывающего характера, тошнота и рвота. На 6 день

болезни температура нормализовалась, припухлость исчезла, боли в животе уменьшились. На 7-й день вновь температура 39° С, интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия. При объективном осмотре обнаружены ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернинга, Брудзинского. В легких без патологии. Живот мягкий, болезненность в зоне Шаффара, точке Де-Жардена. Общий анализ крови: Нб-126 г/л, эр.-3,5*10¹²/л, Л-5,2*10⁹/л, п-5%, с-38%, лф.-49%, м-8%, СОЭ-11мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1007, белок – отриц., сахар – отриц., эпителиальные клетки – 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Ликвор вытекал под высоким давлением, слегка опалесцирующий, цитоз-180/3, нейтрофилы-20%, лимфоциты-80%, белок – 0,165 г/л. Диастаза мочи – 128 ед.

Вопросы, на которые нужно ответить:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
- 2.Охарактеризуйте свойства возбудителя и укажите патофизиологические аспекты развития заболевания.
- 3.Назовите клиническую классификацию.
- 4.Дайте оценку данным дополнительного исследования. Консультация каких специалистов необходима?
- 5.Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

Эталон ответа

1.Паротитная инфекция, комбинированная форма, поражение ЦНС и железистых органов: паротит, панкреатит, серозный менингит. Обоснование диагноза: симптомы интоксикации (повышение температуры до фебрильных цифр, имеющее двухволновой характер), двухстороннее поражение околоушных желез, явления панкреатита (боли в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота, болезненность в зоне Шаффара, точке Де-Жардена), менингеальный симптомокомплекс (интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия, при объективном осмотре - ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернинга, Брудзинского).

2.Возбудителем заболевания является РНК-содержащий вирус из семейства парамиксовирусов. Устойчив во внешней среде, инактивируется 2% формалином, при низких температурах сохраняется 6-8 мес. Входными воротами инфекции являются ротоглотка, верхние дыхательные пути. В дальнейшем вирус проникает в кровь (первичная вирусемия) и попадает в слюнные железы и другие железистые органы. Выделение вируса со слюной обеспечивает воздушно-капельный механизм передачи. Повторный выброс вируса из железистых органов (вторичная вирусемия) приводит к поражению: ЦНС, поджелудочной железы, половых органов.

3.Клиническая классификация: типичные и атипичные формы. Типичные формы: железистая (изолированное поражение железистых органов – околоушных, подчелюстных желез, яичек), нервная (изолированное поражение ЦНС - серозный менингит, менингоэнцефалит), комбинированная – поражение ЦНС и железистых органов. Среди атипичных различают стертую и атипичную формы. 4. Данные лабораторных исследований ОАК, ОАМ без патологии. В ликворе цитоз лимфоцитарного характера, умеренное повышение белка. В моче – повышение диастазы. На консультацию к ребенку необходимо пригласить инфекциониста, эндокринолога, невролога, гастроэнтеролога.

5.Поражение слюнных желез при паротитной инфекции дифференцируют от гнойного бактериального паротита, инфекционного мононуклеоза, токсической дифтерии ротоглотки, слюнокаменной болезни. Паротитный менингит дифференцируют от туберкулезного менингита, менингитов вирусной этиологии (энтеровирусный, клещевой, лимфоцитарный хориоменингит, асептические менингиты на фоне гриппа, аденовирусной инфекции, ветряной оспы, кори, ВИЧ). Трудно дифференцировать от менингеальной формы полиомиелита.

Ситуационная задача №15

Девочка 5 лет. Заболела остро, когда повысилась температура тела до 38,7°С, появилась повторная рвота, сильная головная боль, головокружение, гиперестезия, гиперактузия. Известно, что девочка родилась в срок, развивалась нормально, привита по календарю. Родители с девочкой выезжали на отдых, купались в водоеме, были алиментарные погрешности. При осмотре состояние тяжелое, девочка вялая, адинамичная, лежит на боку, запрокинув голову назад. Кожные покровы гиперемированы, преимущественно в верхней части тела - необильная пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зернистость мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки. На мягком небе везикулы окруженные венчиком гиперемии до 0,3 см. патологии органов грудной клетки не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3-3,5 см, безболезненна.

Стул и мочеиспускание не нарушены. Выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернинга, нижний симптом Брудзинского. Общий анализ крови: Нб-120 г/л, эр.- $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Л- $6,0 \cdot 10^9/л$, п-7%, с-36%, л-49%, м-8%, СОЭ-11мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – отриц., сахар – отриц., эпителиальные клетки – 0-1 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Ликвор вытекал под давлением, жидкость опалесцирующая, цитоз-720/3, нейтрофилы-30%, лимфоциты-70%, белок – 0,3 г/л.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Дайте характеристику возбудителя. Укажите основные звенья патогенеза.
3. Какова клиническая классификация заболевания?
4. Оцените данные дополнительного исследования. Какое обследование необходимо для установления этиологии заболевания?

Эталон ответа

1. Энтеровирусная инфекция, герпангина, экзантема, серозный менингит.
2. Возбудителем являются энтеровирусы. Энтеровирусы относятся к семейству пикорнавирусов и включают Коксаки-вирусы А и В, ЕСНО – вирусы, энтеровирусы 68-71 серотипов, полиовирусы трех сероваров. Энтеровирусы попадают в организм преимущественно фекально-оральным путем, размножаются в лимфатическом аппарате верхних дыхательных путей и кишечника, где происходит их репликация. В дальнейшем гематогенным путем вирус достигает различных органов и систем, вызывая развитие острого серозного менингита или менингоэнцефалита, миозита, гепатита, миокардита, герпангины и т. д. Часто отмечается одновременное поражение многих органов.
3. Энтеровирусную инфекцию классифицируют по типу, тяжести, течению. Выделяют типичные и атипичные формы. Среди типичных выделяют изолированные и комбинированные формы. По ведущему клиническому синдрому выделяются: серозный менингит, эпидемическая миалгия, герпангина, энтеровирусная лихорадка, энтеровирусная экзантема, респираторная форма, гастроэнтеритическая форма, мезаденит, гепатит, миокардит, энцефалит, энцефаломиокардит новорожденных, геморрагический конъюнктивит.
4. Наличие лимфоцитарного цитоза в ликворе, нормальные показатели белка, отсутствие изменений в анализе крови, дают основания диагностировать серозный менингит. Для уточнения этиологии проводят вирусологическое исследование ликвора, ПЦР, методы прямой и непрямой иммунофлюоресценции, определение АТ методом парных сывороток (РСК, РТГА), ИФА (IgM).

Ситуационная задача №16

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до $37,5^{\circ}C$ и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие два дня температура тела $39^{\circ}C$, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела - $40^{\circ}C$, спокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. Сыпь полиморфная: пятна, папулы, везикулы с пупковидным вдавлением в центре диаметром до 0,5 см. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Общий анализ крови: НБ - 140 г/л, Эр - $4,4 \cdot 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,95, Л - $17,5 \cdot 10^9/л$; э - 1%, п/я - 3%, с/я - 82%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Консультации каких специалистов необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа

1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма. Осложнение – флегмона спины. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, синдрома экзантемы (полиморфная сыпь - пятна, папулы, везикулы с пупковидным вдавлением в центре, феномен «подсыпания»), энантемы, флегмоны спины; данных общего анализа крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ).

2. В общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ. Необходима консультация хирурга.
3. Необходимо дифференцировать с импетиго, распространенной формой герпетической инфекции.
- 4.а) режим – постельный на острый период, б) диета – механически щадящая, богатая витаминами, обильное теплое питье, в) ацикловир 0,2 х 5 раз, г) клафоран дозе 100 мг/кг д) инфузионная терапия (реополиглюкин 10 мг/кг+10% глюкоза 20 мг/кг+инсулин+ пентоксифиллин), е) жаропонижающие препараты (50% анальгин 0,3+2% папаверин 0,6 +1% димедрол 0,4), ж) туширование элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, з) туалет полости рта – полоскание после еды 2% раствором бикарбоната натрия.

Ситуационная задача №17

Девочка 1,5 лет, m – 12 кг, заболела остро: повысилась температура до 39,0С, стала вялой, сонливой. На следующий день сохранялась температура до 38,60С, отказывается от еды, при попытке накормить ребенка – выраженное беспокойство. Эпид.анамнез: у матери herpes labialis. При осмотре состояние средней тяжести, температура 39,0С, вялая. Кожные покровы бледные, свободны от сыпи. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 1-1,5 см, эластической консистенции. Дыхание пуэрильное. ЧД – 36 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 120 в мин. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, разрыхлена. На слизистой щек, языка и десен множественные округлые эрозии диаметром 0,3-0,5 см. Зев гиперемирован, налетов на миндалинах нет. Анализ крови: Нв 124 г/л, L 12,0x10⁹/л, э 2% /я 3%, с/я 19%, л 68%, м 8%, СОЭ 10 мм/час. ВПГ 1-2 Ig G – отр, IgM – полож. (1:800).

Вопросы, на которые нужно ответить:

- 1.Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
- 2.Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования необходимо провести?
- 3.Определите круг диф.диагностического поиска.
- 4.Составьте план лечения.

Эталон ответа

1.Герпетическая инфекция, локализованная форма: стоматит. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, катарального синдрома (гиперемия зева), энантемы (слизистая оболочка полости рта гиперемирована, разрыхлена; на слизистой щек, языка и десен множественные округлые эрозии диаметром 0,3-0,5 см), регионарного лимфаденита; данных общего анализа крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз); данных серологического исследования (обнаружение IgM к ВПГ1-2).

2.В общем анализе крови – лейкоцитоз, лимфоцитоз; обнаружение IgM к ВПГ1-2 подтверждает этиологию заболевания. Дополнительно - мазок-отпечаток со слизистых полости рта, зева для вирусологического исследования, обнаружения АГ вируса простого герпеса в РИФ; мазок на флору и чувствительность к антибиотикам.

3.Заболевание необходимо дифференцировать с энтеровирусной инфекцией, стоматитом бактериальной этиологии.

4.Лечение: а) режим – постельный на острый период, б) диета – механически щадящая, богатая витаминами, обильное теплое питье, в) ацикловир 0,1 х 5 раз, г) жаропонижающие препараты (парацетамол 150 мг), д) обработка слизистых полости рта 0,25% раствором новокаина, 3% раствором перекиси водорода, 1% раствором метиленовой сини, е) обработка ротоглотки гексоралом.

Ситуационная задача №18

Мальчик 2 лет, страдает экземой. Обострение проявилось сильным зудом, расчесами, мокнутием. На фоне десенсибилизирующей терапии и применения гормональной мази отмечалось некоторое улучшение. Однако, на 3 день болезни состояние ухудшилось, повысилась температура до 39° С, стал беспокойным, ухудшился сон, усилился зуд. На коже появились везикулезные высыпания и ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар состояние тяжелое, высоко лихорадит, беспокоен, сон непродолжительный, отказывается от еды, выраженный зуд. На коже лица, туловища, ягодиц, в меньшей степени - конечностей - обширные эритематозные участки с окнутием, следы расчесов. На лице на фоне пораженной кожи отмечаются везикулезные высыпания, мелкие, сгруппированные, с прозрачным, местами желтоватым, содержимым. Дыхание пуэрильное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца отчетливые. ЧСС - 160 уд/мин. Слизистая

оболочка полости рта, глотки без патологии. Живот слегка вздут, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. Стула не было. Клинический анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - $3,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты - $18,0 \times 10^9$ /л, п/я - 15%, с/я - 49%, э - 3%, л - 25%, м - 8%. СОЭ - 43 мм/час. Определение антител (ИФА) к антигенам: CMV IgG (1: 200), IgM - отрицательно; ВПГ 1-2 IgG - отрицательные, IgM - положительные (1:400).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте клинический диагноз. Укажите основные свойства возбудителя.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Герпетическая инфекция. Герпетиформная экзема Капоши.
2. Входными воротами инфекции являются травмированные кожные покровы. Возбудитель обладает дермотропностью и размножается у входных ворот инфекции. Затем проникает в регионарные лимфоузлы и в кровь. Возникает первичная виремия. Размножается во внутренних органах, печени, легких, селезенке. При накоплении иммунологических факторов защиты в виде сенсibilизированных лимфоцитов возникает цитоллиз инфицированных клеток, наступает вторая волна виремии. Вирус фиксируется в клетках кожи, слизистых, вызывая клиническую картину заболевания. Вирус обладает способностью распространяться по нервенно и инфицировать паравертебральные ганглии, вызывая латентную инфекцию. В результате действия пусковых факторов (стрессы, физическая нагрузка, переохлаждение, УФО) образуются простагландины, способствующие репликации вирусных частиц. Большое значение в патогенезе имеет иммунодепрессия (фоновая или индуцированная).
3. Ветряная оспа, опоясывающий герпес, стрептодермия.

Ситуационная задача №19

Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры до 38,0, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы, с некоторой отечностью вокруг них. Размеры других лимфоузлов до 1 см. В ротоглотке – яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Тахикардия 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на + 3 см. Общий анализ крови: Hb 130 г/л, L $10,0 \times 10^9$ /л, э 1%, п/я 5%, с/я 13%, л 43%, м 13%, атипичные мононуклеары 25%, СОЭ 25 мм/час. Кровь на АТ к ВЭБ IgM – полож. (титр 1:800).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании: интоксикационного синдрома, синдрома ангины, преимущественного увеличения шейной группы лимфоузлов, гепатоспленомегалии, затрудненного носового дыхания; данных общего анализа крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, наличие атипичных мононуклеаров, увеличение СОЭ), выявление IgM к ВЭБ.
2. В общем анализе крови – лейкоцитоз, лимфоцитоз с увеличением до 25% атипичных мононуклеаров, увеличение СОЭ; обнаружение IgM к ВЭБ подтверждает этиологию заболевания. Дополнительно - мазок из зева на ВЛ, мазок из зева на флору, кровь на билирубин, трансаминазы; консультация ЛОР, гематолога.
3. С дифтерией ротоглотки, аденовирусной инфекцией, острым лейкозом, лимфогранулематозом, гепатитом, интениозом.

4. Лечение: а) постельный режим, обильное теплое питье, б) противовирусная терапия (виферон-2 1 свеча х 2 раза), в) антибактериальная терапия (цефазолин 100 мг/кг), г) жаропонижающие средства (парацетамол 10-15 мг/кг), д) називин 0,05 % в нос, е) обработка ротоглотки 0,5 % раствором диоксидина.

Ситуационная задача №20

Больной А., 43 лет, вызвал скорую медицинскую помощь по поводу высокой температуры. Заболел остро, два дня назад, температура тела повышалась до 39,1°C, появился сухой кашель. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно купировал симптомы жаропонижающими средствами. На третий день болезни появилось чувство нехватки воздуха, ощущение сдавленности в грудной клетке, температура тела – 38,9°C. Вызвал СМП, доставлен в приемное отделение Областной инфекционной клинической больницы. Из эпидданных – за пределы РФ последние 2 месяца не выезжал. Вернулся из командировки в Москву 7 дней назад. При осмотре - состояние средней тяжести. Беспокоит сухой кашель, ощущение сдавленности в грудной клетке. Температура 38,6°C, пульс- 96 уд/мин, ритмичен, АД 120/80 мм.рт.ст., частота дыхания 20/мин. Кожные покровы чистые. Склеры не инъецированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев гиперемирован. Язык обложен белым налетом. Аускультативно выслушивается жесткое дыхание по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. ОАК: Лейк.-9,5*10⁹/л, Эритро – 4,2*10¹²/л, Hb – 129г/л, тромб – 203*10⁹/л, СОЭ – 16 мм/ч; Б/х анализ крови: общ белок – 72г/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, АЛТ-68Е/л, АСТ – 55Е/л, билирубин – 8,9 мкмоль/л

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторно – инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Укажите особенности специфической лабораторной диагностики данного заболевания
4. Разработайте схему лечения.

Эталон ответа

1. Острое начало болезни, высокая лихорадка, сухой кашель, ощущение сдавленности в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, наряду с особенностями эпидемиологического анамнеза (командировка в г. Москва) позволяют заподозрить новую коронавирусную инфекцию, среднетяжелое течение. Диагноз: Острая респираторно-вирусная инфекция, среднетяжелая форма. Обследование на КВИ.

2. Для уточнения диагноза необходимо назначение ПЦР на ОРВИ, ПЦР на выявление РНК SARS-CoV-2

3. Исследование проводится трехкратно. Пробы от пациентов должны быть транспортированы согласно санитарным требованиям. На сопровождающем формуляре необходимо указать наименование подозреваемой ОРИ, предварительно уведомив лабораторию о том, какой образец транспортируется. Образцы биоматериалов в обязательном порядке направляют в научно-исследовательскую организацию Роспотребнадзора или Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ.

4. Патогенетическая терапия: достаточное количество жидкости; при выраженной интоксикации показаны энтеросорбенты, мукоактивные препараты. Симптоматическая терапия- купирование лихорадки, комплексная терапия бронхита.

Ситуационная задача №21

Больной Т., 25 лет, заболел внезапно, среди полного здоровья, возвращаясь со спортивных соревнований. По приезде домой чувствовал себя хорошо, пошел принимать ванну. Через 1 час жена обнаружила больного на полу в ванной комнате без сознания. Вызвана скорая помощь, больной доставлен в инфекционную больницу с диагнозом: острое отравление. При осмотре: больной богатырского телосложения. Состояние крайне тяжелое, без сознания, периодически клинические судороги конечностей. Лицо цианотично. Температура 39,8°C. На коже туловища и конечностей темно-багровые пятна, на их фоне - множественная геморрагическая звездчатая сыпь различной величины от точечных элементов до обширных кровоизлияний в кожу. Особенно обширные кровоизлияния в области бедер. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца глухие, пульс 140-160/мин., АД-40/0 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, ЧДД-40/мин. Со слов жены ранее ничем не болел, наследственных и хронических заболеваний, а также травм не было.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Менингококковая инфекция. Генерализованная форма. Менингококцемия. ИТШ 3 ст. Диагноз выставлен на основании острейшего начала, интоксикации, судорожного синдрома, характерной геморрагической сыпи на кожных покровах, патологических изменений со стороны гемодинамики.

2. После выведения из ИТШ – люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.

3. Лечение больных проводится вне зависимости от тяжести состояния только в условиях инфекционного стационара (нейроинфекционное отделение, боксы). Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии (антибактериальные препараты);

- средства симптоматической терапии (дезинтоксикационная, вазопрессорная, гормональная, антиоксидантная, мембраностабилизирующая, нейропротекторная, гемостатическая терапия, коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений);

- методы интенсивной терапии и реанимации (катетеризация мочевого пузыря для контроля баланса жидкости, желудочно-кишечный зонд для энтерального питания, ИВЛ при необходимости, оксигенотерапия, продленная вено-венозная гемодиализация).

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;

- санация верхних дыхательных путей (носовых ходов);

- обработка участков пораженной кожи антисептическими растворами (раствор перманганата калия, фукоцином);

- согревающее одеяло для поддержания постоянного температурного режима 37-38°C (воздушное);

- амортизирующие валики для профилактики пролежней в местах некрозов (пятки, локти, крестец);

- аэрация помещения;

- гигиенические мероприятия.

Ситуационная задача №22

Больной К., 17 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов появилась тошнота, а затем - повторная рвота. повышение температуры тела до 39°C. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение. Из анамнеза: за 5 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в горле, сухой редкий кашель, повышение температуры тела до 37,5°C. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. При осмотре: больной возбужден, мечется в кровати, стонет от головной боли. На коже нижних конечностей, грудной клетки, области живота обильная звездчатая геморрагическая сыпь. Пульс – 92/мин., ритмичный, АД - 80/60 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен серо-грязным налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Резко выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон 160°. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больного.
3. Возможно ли было избежать заболевания.
4. План лечения.

Эталон ответа

1. Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, каратальных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи, сведений анамнеза о заболевании за 5 дней до развития данной клинической картины, что может интерпретироваться как менингококковый назофарингит.

2. Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.

3. Да, при условии своевременной диагностики и лечения менингококкового назофарингита.

4. Лечение больных проводится вне зависимости от тяжести состояния только в

условиях инфекционного стационара (нейроинфекционное отделение, боксы). Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии (антибактериальные препараты);
- средства симптоматической терапии (дезинтоксикационная, вазопрессорная, гормональная, антиоксидантная, мембраностабилизирующая, нейропротекторная, гемостатическая терапия, коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений);
- методы интенсивной терапии и реанимации (катетеризация мочевого пузыря для контроля баланса жидкости, желудочно-кишечный зонд для энтерального питания, ИВЛ при необходимости, оксигенотерапия, продленная вено-венозная гемодиализация).

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;
- санация верхних дыхательных путей (носовых ходов);
- обработка участков пораженной кожи антисептическими растворами (раствор перманганата калия, фукоцином);
- согревающее одеяло для поддержания постоянного температурного режима 37-38°C (воздушное);
- амортизирующие валики для профилактики пролежней в местах некрозов (пятки, локти, крестец);
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Ситуационная задача №23

Больная Т., 40 лет, доставлена машиной скорой помощи в инфекционное отделение с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры тела. Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад. Началось заболевание с общего недомогания и болей в горле при глотании. Принимала аспирин, состояние не улучшилось, больная вызвала скорую помощь. При осмотре врач скорой помощи обнаружил гиперемию и отечность в зеве, гипертрофию миндалин. Температура во время осмотра 39°C. Сделаны инъекции анальгина и димедрола, рекомендовано обратиться в поликлинику. На следующий день состояние больной ухудшилось. Присоединилась слабость, однократная рвота. Вновь вызвана скорая помощь, и больная доставлена в инфекционное отделение. При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до уровня ключицы. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий белого цвета налет, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Тахикардия до 100/мин., АД-100/60 мм рт.ст. На 15ый день пребывания в стационаре у больной появилась гнусавость голоса и поперхивание при приеме жидкой пищи. В последующие дни больная отметила онемение пальцев кистей и стоп. При осмотре выявлено слабовыраженное снижение сухожильных рефлексов.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая, II степени, тяжелое течение, осложненное полирадикулоневропатией. Обоснование: острое начало, интоксикация, характерное поражение ротоглотки, отек подкожной клетчатки шеи до ключицы, онемение пальцев, снижение сухожильных рефлексов, гнусавость голоса, поперхивание.
2. Микроскопия мазка из ротоглотки и носа на возбудителя дифтерии.
3. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение анитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;

- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №24

Больная Р., 36 лет, доставлена машиной скорой помощи в инфекционное отделение с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры тела.

Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с общего недомогания и болей в горле при глотании. Вызвала скорую помощь, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Острый тонзиллит». При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий налет белого цвета, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс 90/мин., АД-90/60 мм рт.ст. На 10 день пребывания в стационаре у больной появилась жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре выявлены адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД-90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин. При ЭКГ-обследовании выявлено снижение вольтажа.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Возможно ли было избежать заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, тяжелое течение, осложненное миокардитом. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, характерных изменений в зеве, отека подкожной клетчатки до середины шеи, кардиалгий, тахикардии, гипотонии, аускультативных и ЭКГ-изменений в сердце.

2. Да, если проводить плановую вакцинацию и ревакцинацию согласно национальному календарю прививок вакцинами, содержащими адсорбированный дифтерийный анатоксин (АКДС, АКДС-М, АДС-М, АД-М).

3. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №25

Больной О., 38 лет, рабочий, страдает хроническим алкоголизмом. 3 дня назад был в контакте с лихорадящим больным. Обратился в медпункт по месту работы на 3-й день болезни с жалобами на плохое самочувствие, слабость, боль в горле, познабливание. При осмотре врачом медпункта - температура тела 38,8°C, лицо гиперемировано. В зеве - гиперемия слизистой ротоглотки,

гипертрофия миндалин и налеты. Поставлен диагноз «Острый тонзиллит с наложениями», назначено лечение пенициллином на дому. Состояние не улучшилось, нарастала слабость, стало трудно дышать, принимать пищу. Появились неприятные ощущение за грудиной, периодические боли в области сердца. Налеты в ротоглотке не исчезли, на 8-й день болезни вызвал врача из поликлиники. При осмотре врачом поликлиники: в ротоглотке налеты грязно-серого цвета, плотные, выходящие за пределы миндалин, отек слизистой ротоглотки. Отмечается отек подкожной клетчатки шеи ниже ключицы. Пульс 120/мин., 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. На ЭКГ - снижение вольтажа, тахикардия 130/мин., удлинение интервала P-Q, расширение желудочкового комплекса, снижение интервала S-T.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какими факторами обусловлено течение заболевания в данном случае.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма III степени, тяжелое течение, осложненное диффузным миокардитом, атриовентрикулярной блокадой I ст. диагноз выставлен на основании интоксикации, патогномичных изменений в зеве, отека подкожной клетчатки ниже ключицы, тахикардии, гипотонии, изменений на ЭКГ, сведений эпиданамнеза.
2. Хронический алкоголизм в анамнезе, длительное течение дифтерии без лечения.
3. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №26

Больной 22 лет, военнослужащий, обратился в санчасть в связи с повышением температуры тела, ознобом, болью в горле. Болен второй день. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, температура тела 38,5°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, гипертрофия миндалин III степени, на миндалинах плотные пленчатые белые налеты, с трудом снимаются шпателем, эрозированная поверхность кровоточит. Пальпируются подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы, до 1 см в диаметре, подвижные, болезненные. Пульс-80/мин., ритмичный, АД-110/75 мм рт.ст. со стороны внутренних органов – без патологических изменений.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какова тактика врача санчасти в отношении заболевшего.
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, локализованная форма (пленчатая), среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, характерных наложений, не выходящих за пределы миндалин, лимфаденопатии.
2. Немедленная госпитализация больного в инфекционный стационар.

3. Микроскопия мазка из ротоглотки и носа на возбудителя дифтерии.

4. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №27

Больная В., 30 лет, воспитатель в детском саду, заболела остро с повышением температуры тела до 38,2°C, слабости, болей в горле, усиливающихся при глотании. На второй день болезни боли в горле усилились, по скорой помощи доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Острый тонзиллит с наложениями». При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, температура 38,9°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, миндалины гипертрофированы, смыкаются. На миндалинах, дужках, малом язычке «кружевные» плотные пленчатые наложения, с усилием снимающиеся шпателем, обнаженная слизистая кровоточит. Пальпируются подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, подвижные, болезненные. ЧСС-74/мин., АД-120/75 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов без особенностей.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы мероприятия в отношении контактных лиц.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки распространенная, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, характерные наложения, выходящие за пределы миндалин, лимфаденопатия.

2. Термометрия и ежедневный осмотр в течение 7 дней после изоляции заболевшего; однократное бактериологическое обследование.

3. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №28

Девочка 2 мес. Появился кашель без повышения t . Через неделю кашель стал приступообразным, до 15-20 эпизодов в сутки, сопровождался цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты. При осмотре участковым врачом: $t - 36,7^{\circ}\text{C}$, ЧДД – 36 уд/мин. ЧСС – 136 уд/мин. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Со стороны других органов без особенностей. Психомоторное развитие соответствует возрасту. К концу второй недели состояние ухудшилось, ребенок госпитализирован с диагнозом: ОРВИ, пневмония. Из анамнеза: девочка от 1 беременности, 1 срочных родов, масса при рождении 3050 г, на искусственном вскармливании. У отца ребенка в последние две недели отмечался кашель. При поступлении $m - 4450$ г., $t - 38,5^{\circ}\text{C}$. Состояние тяжелое, вялость, периодически беспокойство, повторные судороги. Кашель приступообразный, до 20 – 30 раз в сутки с рвотой. Отмечаются остановки дыхания, во время которых ребенок синееет. Кожные покровы бледные, лицо одутловатое, цианоз носогубного треугольника. В легких влажные мелкопузырчатые хрипы, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД – 52 уд/мин. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 160 уд/мин. Рентгенограмма органов грудной клетки: округлое затемнение с неровными нечеткими контурами воспалительного генеза в S5 правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка, корни структурны, тяжисты за счет сосудистого компонента, правый купол диафрагмы приподнят; левый – без особенностей. Общий анализ крови: HGB – 128 г/л, RBC – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, WBC – $18,2 \times 10^9/\text{л}$; EO – 3%, NEUT – 14% (П – 2%, С – 12%), LYM – 77%, MON – 6%, СОЭ – 8 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените эпидемиологический анамнез.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Коклюш типичный, период спазматического кашля, тяжелая форма. Осл.: Правосторонняя среднедолевая пневмония, ДН Постепенное начало заболевания с появления кашля без повышения t , последующее усиление кашля в течение недели, который стал приступообразным, до 15-20 эпизодов в сутки, сопровождался цианозом лица, иногда рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты, без интоксикации ($t - 36,7^{\circ}\text{C}$, ЧД – 36 в мин. ЧСС – 136 в 1 мин.) и без выраженных физикальных проявлений (жесткое дыхание, проводные хрипы), в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (у отца длительный кашель) в совокупности с результатами клинического осмотра: выраженный интоксикационный синдром ($t - 38,5^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 160 в мин., вялость, бледность, приглушение сердечных тонов), особенности кашля (приступообразный, с рвотой, 20-30 раз/сутки), бронхолегочные нарушения (в легких влажные мелкопузырчатые хрипы), признаки дыхательной недостаточности (одышка, ЧДД – 52 в мин., втяжение уступчивых мест грудной клетки, цианоз носогубного треугольника, периодически тотальный цианоз), признаки энцефалопатии (беспокойство, апноэ, повторные судороги), а также дополнительное обследование: в ОАК лейкоцитоз с лимфоцитозом, на R-графии – округлое затемнение с неровными нечеткими контурами воспалительного генеза в S5 правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка.
2. Источником инфекции, вероятно, является отец, у которого наблюдалась стертая форма заболевания (без типичных приступов кашля и репризов).
3. Дополнительное обследование: бактериологическое исследование слизи из ВДП на *V. pertussis* заднеглоточным тампоном, экспресс-диагностика иммунофлюоресцентным методом, ПЦР; серологическая диагностика (РА, РПГА) в парных сыворотках; консультация невропатолога.
4. Дифференциальная диагностика проводится в катаральном периоде с ОРВИ, хламидийной, микоплазменной инфекциями, легочной формой муковисцидоза, инородным телом бронхов, опухолями средостения.
5. Лечение: а) лечебно-охранительный режим, длительные прогулки на свежем воздухе; б) цефтриаксон 80 мг/кг \times 1 раз в/в, курс 10 дней; в) 0,5% реланиум 1 мг/кг в/в 1-2 р/д; г) кортикостероиды по преднизолону 3-5 мг/кг/сутки, в/в, курс 3-5 дней; д) 1% лазикс 1 мг/кг; е) ингаляции с увлажненным кислородом, беродуалом 5 капель в 2 мл физ. р-ра \times 3 раза/сутки, ж) противокашлевой (синекод по 10 кап. \times 3 р/сут, per os); з) постуральный дренаж.

Ситуационная задача №29

Ребенок 3 мес., поступил на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония. Две недели назад на фоне нормальной t появился кашель, который имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством, покраснением лица, высовыванием языка, звонким вдохом, периодически заканчивался рвотой или отхождением трудно откашливаемой мокроты. Анамнез: ребенок от 2 нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов с m – 3690 г. На грудном вскармливании. Вакцинирован в роддоме БЦЖ. У бабушки в течение 3 недель сухой кашель. При осмотре в отделении: m – 5400. Кашель до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ. Состояние тяжелое, ребенок вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. В легких дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, которые исчезают после приступа, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2,0 см, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме. На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки – *Haemophilus pertussis*. Общий анализ крови: HGB – 140 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $30,0 \times 10^9/л$; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 3 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные эпидемиологического анамнеза.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Клинический диагноз: Коклюш типичный, период спазматического кашля, тяжелая форма. Осл.: Ателектаз средней доли правого легкого. Диагноз поставлен на основании постепенного начала заболевания с появления кашля без повышения t , последующего усиления кашля в течение недели, который стал приступообразным, до 25 р/сут., сопровождающийся беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка, рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты, апноэ, в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (у бабушки длительный кашель), в совокупности с результатами клинического осмотра: интоксикационный синдром (вялость, бледность кожи, цианоз носогубного треугольника); особенности кашля (до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ); кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза; бронхолегочные нарушения – дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, исчезающие после приступа; а также учитывая данные дополнительного обследования: в ОАК лейкоцитоз с лимфоцитозом; рост *Bordetella pertussis* при бактериологическом исследовании слизи из носоглотки; рентгенография органов грудной клетки – признаки эмфиземы (повышение прозрачности легочных полей) и ателектаза (треугольная тень в средней доле правого легкого).
2. Данные эпидемиологического анамнеза. Ребенок в 3 мес. должен вакцинироваться V1 АКДС. Возможно, источником инфекции явился бабушка, который кашлял в течение 3 недель.
3. Данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести? Дополнительно – серологическая диагностика (РА, РПГА), экспресс-диагностика слизи иммунофлюоресцентным методом, ПЦР; бронхоскопия, консультация окулиста, невролога.
4. Дифференциальная диагностика проводится в катаральном периоде с паракоклюшем, ОРВИ, корью, хламидийной, микоплазменной инфекцией; в судорожном периоде – с РС-инфекцией, легочной формой муковисцидоза, инородным телом бронхов, опухолями средостения.
5. Лечение: а) лечебно-охранительный режим, длительные прогулки на свежем воздухе; б) цефтриаксон $80 \text{ мг/кг} \times 1 \text{ р/сут.}$, в/в, курс 10 дней.; в) реланиум 0,5% – $1 \text{ мг/кг} \times 1-2 \text{ р/сут.}$, в/в; г) кортикостероиды по преднизолону $3-5 \text{ мг/кг/сут.}$, в/в, курс 3-5 дней.; д) лазикс 1% – 1 мг/кг , в/в; е) ингаляции с увлажненным кислородом, беродуалом 5 кап. в 2 мл физ. р-ра $\times 3 \text{ р/сут.}$, ж) противокашлевой (синекод по 10 кап. $\times 3 \text{ р/сут.}$, per os); з) постуральный дренаж; и) сульфацил натрия 20% в конъюнктивальный мешок.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3 (ТЕМА «Трансмиссивные (кровяные) инфекции»)

Ситуационная задача №1

Больной С., 38 лет, колхозник, работал в течение последних 2-х недель на сенокосе, жил на полевом стане. Больных в стане нет. Воду для питья и приготовления пищи доставляют из колхоза, иногда употреблял воду для питья из ручья. Заболел 2 дня назад остро. Беспокоили сильный озноб, резкая головная боль, слабость, боли во всем теле, особенно в пояснице, тошнота, каждый день рвота, мучительная икота. Отмечал яркую гиперемия лица, шеи, верхней части туловища («симптом капюшона»), инъекцию сосудов склер, «пылающий зев». В первые дни заболевания госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом: Подозрение на грипп. Общее состояние тяжелое, временами бред. Температура 39-40°C. Патологических изменений со стороны мочи нет. На третий день пребывания в больнице появилась мелкоочечная петехиальная сыпь на груди, спине, верхних конечностях. Несколько раз наблюдалось носовое кровотечение. При повторном анализе мочи - белок 2,5 мг/л, в большом количестве эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Температура тела нормальная, состояние больного тяжелое, сознание спутанное, частая рвота с примесью крови, анурия.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Методы диагностики заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование диагноза: острое начало с лихорадки, озноба, спутанное сознание, боли в пояснице, рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, гиперемия зева, мелкоочечная петехиальная сыпь на теле, носовое кровотечение, анурия; в ОАМ – протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, пиурия.

2. Клинико-эпидемиологический, серологический (ИФА, РНГА), ПЦР.

3. Строгий постельный режим до конца периода полиурии. Этиотропная терапия. В лечении больных ГЛПС рекомендовано использование препаратов с прямым противовирусным действием: Рибавирин. В начальном (лихорадочном) периоде болезни рекомендуется проведение патогенетической терапии, включающей дезинтоксикационный, антиоксидантный компоненты, профилактику и лечение ДВС, ИТШ. С антиоксидантной целью рекомендуется введение 5% раствора аскорбиновой кислоты (внутривенно), витамина Е (перорально).

Ситуационная задача №2

Больная Д., 42 лет, 01.06.2006 г. поступила в приемно-диагностическое отделение на второй день заболевания с жалобами на головную боль, лихорадку до 39°C, ломоту в мышцах, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что заболела остро 29.05.2006 г., когда появился озноб, тянущие боли в мышцах. Температура тела повысилась до 37,7°C. Вечером того же дня состояние ухудшилось – появились головные боли, лихорадка до 40,0°C. Из эпидемиологического анамнеза: 24.05.2006 г. была в лесу, сняла с себя 5 клещей, экстренная специфическая профилактика не проводилась, клещи не исследовались. При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Сознание ясное. Кожные покровы горячие, гиперемированные, температура тела 39,4°C. ЧСС-88/мин., АД=140/100 мм рт.ст. Очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. Какие специфические методы исследования необходимо провести?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Клещевой энцефалит, лихорадочная форма. Острое начало с лихорадки, отсутствие очаговой и менингеальной симптоматики, данные эпидемиологического анамнеза о факте присасывания клещей.

2. Исследование сыворотки крови на наличие специфических АТ (нРИФ, ИФА), выявление РНК ВКЭ методом ПЦР.

3. Этиотропное лечение (направленное на вирус) включает в себя введение специфического противоклещевого иммуноглобулина. Показано использование противоклещевой иммунной плазмы. Рекомендуется назначение препаратов группы Интерферонов (Реаферон ЕС-липид**)

пациентам с лихорадочной и менингеальной формой клещевого энцефалита с целью подавления размножения вируса клещевого энцефалита. Патогенетическое лечение включает дезинтоксикационную терапию, дегидратационную терапию, глюкокортикостероиды, НПВС, препараты, улучшающие микроциркуляцию мозгового кровообращения и другие. Рекомендуется проведение респираторной поддержки (оксигенотерапия, ИВЛ) пациентам с тяжелыми формами клещевого энцефалита, находящимися в условиях ОРИТ при развитии дыхательной недостаточности

Ситуационная задача №3

Больной С., 52 лет, поступил в стационар на четвертый день заболевания с жалобами на разлитую головную боль, выраженную слабость, головокружение, тошноту, повторную рвоту, снижение аппетита, ломящие боли во всем теле. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные жалобы появились три дня назад, однако в день поступления состояние резко ухудшилось, повысилась температура тела до 38,0°C, что и заставило обратиться за медицинской помощью. За неделю до начала заболевания отмечал укус клеща в область уха. Специфическая профилактика КЭ не проводилась. При осмотре: состояние тяжелое. Больной вялый. Лицо гиперемировано, отмечаются явления склерита. Тоны сердца ритмичные, глухие, тахикардия до 120/мин., АД-90/60 мм рт.ст. язык сухой, обложен. В неврологическом статусе: сглаженность носогубной складки, опущение правого угла рта. Намечена диверсия языка вправо. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях равны, на нижних – незначительно s>d. Ригидность мышц затылка 4,0 см, симптом Кернига 120° с обеих сторон. В ОАК: эг-4,15*10¹²/л, Нб-136 г/л, L-15,0*10⁹/л, э-1. п/я-7, с/я-86, л-4, м-2, СОЭ-6 мм/ч. Картина ликвора: прозрачный, бесцветный, давление 240 мм вод.ст. Плеоцитоз 144, с преобладанием лимфоцитов. Белок – 0,33 г/л, реакция Панди (++)

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Клещевой энцефалит, менингеальная форма. Острое начало, интоксикационный, менингеальный синдром, эпидемиологический анамнез, результаты исследования ликвора.
2. Специфическая серодиагностика, ПЦР ликвора на выявление РНК ВКЭ, для контроля эффективности лечения через 10-12 дней – повторная люмбальная пункция. При отсутствии положительной динамики – решение вопроса о проведении ЭЭГ.
3. Этиотропное лечение (направленное на вирус) включает в себя введение специфического противоклещевого иммуноглобулина. Показано использование противоклещевой иммунной плазмы. Рекомендуется назначение препаратов группы Интерферонов (Реаферон ЕС-липидт**) пациентам с лихорадочной и менингеальной формой клещевого энцефалита с целью подавления размножения вируса клещевого энцефалита. Патогенетическое лечение включает дезинтоксикационную терапию, дегидратационную терапию, глюкокортикостероиды, НПВС, препараты, улучшающие микроциркуляцию мозгового кровообращения и другие. Рекомендуется проведение респираторной поддержки (оксигенотерапия, ИВЛ) пациентам с тяжелыми формами клещевого энцефалита, находящимися в условиях ОРИТ при развитии дыхательной недостаточности.

Ситуационная задача №4

К дежурному терапевту приемного отделения многопрофильной больницы доставлен скорой помощью с диагнозом: «Пневмония, алкогольный делирий?» больной С., 36 лет. Болен третий день, высоко лихорадит до 40-41°C, жалуется на головную боль, боли в грудной клетке, кашель с мокротой, в которой отмечались прожилки крови. При осмотре: больной возбужден, неадекватен - периодически возникает психомоторное возбуждение. На кожных покровах определяются множественные мелкие кровоизлияния. Лицо гиперемировано, склеры и конъюнктивы инъектированы. Одышка до 38/мин. В легких дыхание жесткое, обильные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия до 150/мин., АД-80/50 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было. Мочится редко, скудно. Менингеальной симптоматики нет. Со слов жены, 4 дня назад вернулся из экспедиции по Алтайскому краю. Один из геологов перед отъездом внезапно умер в местной больнице.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какова должна быть тактика врача? Каковы профилактические меры в отношении предупреждения заболевания врача?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Чума, первично-легочная форма, тяжелое течение. Обоснование: острое начало, выраженная интоксикация, возбуждение, кровоизлияния на коже, гиперемия лица, явления склерита и конъюнктивита, патологические изменения со стороны легких (одышка, боли в грудной клетке, кашель, кровохарканье, скудные физикальные данные); эпиданамнез (пребывание в очаге чумы, контакт с умершим членом экспедиции).

2. Известить главного врача, организовать карантин, экстренно известить центр Госсанэпиднадзора. Врачу необходимо проведение экстренной химиопрофилактики: ципрофлоксацин по 0,5 2 раза в день 5 дней перорально, или стрептомицин по 0,5 2 раза в день 5 дней внутримышечно, или комплексный прием рифампицина (по 0,3 1 раз в день) и ампициллина (по 1,0 2 раза в день) 7 дней перорально.

3. Лечение производится в специализированных инфекционных отделениях стационара, в условиях строгой изоляции. Этиотропная терапия проводится антибактериальными средствами в соответствии с клинической формой заболевания. Продолжительность курса занимает 7-10 дней.

1. Специфическая терапия. При кожной форме назначают ко-тримоксазол, при бубонной – внутривенно хлорамфеникол со стрептомицином. Можно также применять антибиотики тетрациклинового ряда. Тетрациклином или доксициклином дополняется комплекс хлорамфеникола со стрептомицином при чумной пневмонии и сепсисе.

2. Неспецифическая терапия. Включает комплекс дезинтоксикационных мероприятий (внутривенная инфузия солевых р-ров, декстрана, альбумина, плазмы) в сочетании с форсированием диуреза, средства, способствующие улучшению микроциркуляции (пентоксифиллин). При необходимости назначаются сердечно-сосудистые, бронхолитические средства, жаропонижающие препараты.

Ситуационная задача №5

Больной В., 40 лет, заболел остро 4 дня назад с познанием, повышения температуры тела до 38°C, появились болезненность и плотное образование в правой подмышечной области. Принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область без эффекта. Состояние ухудшилось: по вечерам сохранялись ознобы, лихорадка до 40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что и заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил в Астраханскую область, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой с гиперемией, с цианотичным оттенком вокруг нее. В правой подмышечной области определяется резко болезненное образование размером 5*6 см, плотное, нечетко контурирующееся, с размягчением в центре. Кожа над ним ярко гиперемирована, вокруг отмечается небольшая отечность. Пульс 100/мин., АД-120/70 мм рт.ст. Больной вялый, адинамичный. Яркий румянец на щеках. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз. Укажите правила забора материала для исследования при данном заболевании.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Чума, бубонная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, патогномичные локальные изменения (в подмышечной области - резко болезненный, плотный, без четких контуров бубон с размягчением в центре), эпиданамнез (работа в эндемическом очаге чумы).

2. Микроскопия мазков пунктата бубона, окрашенных по Граму с целью обнаружения овоидных биполярных палочек с интенсивной биполярной окраской (экспресс-метод); бактериологическое исследование пунктата бубона с целью выделения *Y.pestis*; биологический метод, РНГА. Забор материала осуществляется персоналом в противочумных костюмах комплектации-4 в специальную

посуду с притертой крышкой, промаркированный бикс, с использованием дезинфицирующих средств.

3. Лечение производится в специализированных инфекционных отделениях стационара, в условиях строгой изоляции. Этиотропная терапия проводится антибактериальными средствами в соответствии с клинической формой заболевания. Продолжительность курса занимает 7-10 дней.

1. Специфическая терапия. При кожной форме назначают ко-тримоксазол, при бубонной – внутривенно хлорамфеникол со стрептомицином. Можно также применять антибиотики тетрациклинового ряда. Тетрациклином или доксициклином дополняется комплекс хлорамфеникола со стрептомицином при чумной пневмонии и сепсисе.

2. Неспецифическая терапия. Включает комплекс дезинтоксикационных мероприятий (внутривенная инфузия солевых р-ров, декстрана, альбумина, плазмы) в сочетании с форсированием диуреза, средства, способствующие улучшению микроциркуляции (пентоксифиллин). При необходимости назначаются сердечно-сосудистые, бронхолитические средства, жаропонижающие препараты.

Ситуационная задача №6

Больной К., 30 лет, в сентябре во время охоты разделывал тушку ондатры. Через 4 дня внезапно повысилась температура до 39-40°C, появились озноб, головная боль, боль в мышцах всего тела, слабость, потливость. Катаральных явлений не отмечалось. На 3-й день болезни отметил значительную болезненность в правой подмышечной области и позднее 2 плотных подвижных образования величиной с куриное яйцо. Кожа над опухолью не изменена. Но через 3 недели от начала болезни кожа стала красной, отечной, появилось изъязвление с выделением гноя молочно-белого цвета без запаха, напоминающего сливки. Температура тела была высокой в течение 8 дней, а затем - субфебрильной. При осмотре: ев чистый, язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка и печень увеличены. Пульс-82/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Гипотония, тоны сердца приглушены. В легких катаральных явлений не выявлено.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Туляремия, язвенно- бубонная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании данных эпиданамнеза (разделывал тушку ондатры), острого начала с лихорадки, симптомов интоксикации, наличия 2 х подвижных, величиной с куриное яйцо, безболезненных бубонов в подмышечной области, гнойного изъязвления их спустя 3 недели, гепатоспленомегалии.

2. Серологическое исследование (реакция агглютинации, диагностический титр 1:100) со 2 недели заболевания.

3. Диетотерапия. Диета No 2 (затем диета No 15). Режим Постельный режим – в остром периоде болезни. Этиотропная терапия. Антибиотикотерапия: Амикацин, Гентамицин, Стрептомицин.

Препараты второго ряда: Ципрофлоксацин перорально 10 дней, при тяжелом течении в/в; другие фторхинолоны: Пефлоксацин, Офлоксацин. Лечение антибиотиками продолжается до 3-5 дня нормальной температуры. Патогенетическая терапия.

При лечении заболевания направлена на борьбу с интоксикацией, гиповитаминозом, аллергизацией организма, на поддержание нормальной работы сердечно-сосудистой системы (в зависимости от степени тяжести заболевания): при интоксикации выше II степени – внутривенное введение дезинтоксикационных растворов, сочетание сбалансированных кристаллоидных (солевых) растворов и коллоидных растворов.

Ситуационная задача №7

Больная К., 14 лет, поступила в больницу 3 августа. Заболела остро 28 июля. Повысилась температура до 38,5°C, в последующие дни сохранялась лихорадка в пределах 38-39°C, беспокоили слабость, головная боль. С 30 июля отмечает боли в левой паховой области. При осмотре: лицо гиперемировано, язык сухой, умеренно обложен сероватым налетом, сыпи на коже нет. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров боба, плотные, умеренно болезненные при ощупывании, умеренная отечность кожи в этой области, умеренная гиперемия, контуры лимфатических узлов отчетливые. Печень +2 см, пальпируется край селезенки. Интоксикация

умеренная. Из эпидемиологического анамнеза: за неделю до заболевания собирала в лесу малину, отмечала множественные ссадины на нижних и верхних конечностях.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие изменения со стороны общего анализа крови характерны для данного заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Туляремия, бубонная форма, средняя степень тяжести. Обоснование: эпиданамнез (множественные ссадины на нижних конечностях, полученные в лесу), острое начало с лихорадки, умеренной интоксикации, гиперемия лица, наличие паховых бубонов, гепатоспленомегалия.

2. В периферической крови в первые дни болезни - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, в разгар болезни - лейкопения с палочкоядерным сдвигом, лимфоцитоз, токсическая зернистость, ускоренная СОЭ.

3. Диетотерапия. Диета № 2 (затем диета № 15). Режим Постельный режим - в остром периоде болезни. Этиотропная терапия. Антибиотикотерапия: Амикацин, Гентамицин, Стрептомицин.

Препараты второго ряда: Ципрофлоксацин перорально 10 дней, при тяжелом течении в/в; другие фторхинолоны: Пефлоксацин, Офлоксацин. Лечение антибиотиками продолжается до 3-5 дня нормальной температуры. Патогенетическая терапия.

При лечении заболевания направлена на борьбу с интоксикацией, гиповитаминозом, аллергизацией организма, на поддержание нормальной работы сердечно-сосудистой системы (в зависимости от степени тяжести заболевания): при интоксикации выше II степени - внутривенное введение дезинтоксикационных растворов, сочетание сбалансированных кристаллоидных (солевых) растворов и коллоидных растворов.

Ситуационная задача №8

Больной Д., учащийся из Мали, обратился в медпункт с жалобами на слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C, боли в животе и учащенный до 5 раз, кашицеобразный стул. Болен 3-й день. В первые 2 дня были ознобы, высокая лихорадка, однократная рвота. С диагнозом: Острая дизентерия направлен в инфекционную больницу. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 40°C, чувство жара, слабость. Кожа повышенной влажности, склерит. Тоны сердца приглушены, пульс 120/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в верхних отделах, больше слева. Сигмовидная кишка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с небольшим количеством слизи. Печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка перкуторно увеличена. Менингеальных знаков нет. Из эпидемиологического анамнеза: вернулся из Мали 3 недели назад, куда ездил на каникулы впервые за 3 года обучения.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Тропическая малярия, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, малярийный пароксизм (озноб-жар-пот), рвота и жидкий стул как реакция на лихорадку, гепатоспленомегалия, сведения о пребывании в эндемичной по малярии зоне.

2. Микроскопия препаратов крови («толстой капли», «тонкого мазка»).

3. Для тропической малярии, при отсутствии резистентности к хлорохину по 10 мг\кг*2 раза-1-2 дни, затем 5 мг\кг в сутки. Лечение продолжают 5 дней.

При наличии лекарственной устойчивости назначают другие препараты: мефлохин, 15 мг-25\кг в 2 приема, фансидар (Сульфодоксин+пириметамин) по 3т однократно 1 день, хинин 10 мг\кг*3 приема-7 дней. При устойчивости к вышеизложенным препаратам-используют Артемизинин (табл 50 мг в дозе 10 мг\кг в сутки в течении 5 дней или его производные Артесунат или Артеметр 4 мг\кг в сутки, затем 2 мг\кг-6 дней. Артемизинин в сочетании с Мефлохином В 1 д-артемизинин. 20 мг\кг*2 приема, в последующие 2 дня 10 мг\кг в сутки. Со 2 дня добавляют Мефлохин 15 мг\кг*2 приема. Артесунат или Артеметр 4 мг\кг, затем 2 мг\кг-6 д. Коартем (Люмефантрин+артемизинин) 1,3 мг\кг*3р в сутки-3-7 д. Доксциклин 100-200 мг в сут-7 дней. Маларон (Атоваквон 1000 мг с Прогруанилом) 400 мг-3-7 дней.

Ситуационная задача №9

К больному В., 40 лет, вызвана скорая помощь в связи с ухудшением состояния. Заболевание началось 5 дней назад с познабливания, головной боли. Быстро повысилась температура до 40°C, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура снизилась до 37,5°C, но к вечеру вновь повысилась до 40,5°C, при этом отмечал сильную головную боль, тошноту, слабость. В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, не приносящая облегчение, неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред. При осмотре: состояние тяжелое, контакту не доступен. Бледен, лежит с полузакрытыми глазами. Зрачки узкие. Пульс 106/мин., АД-90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены, живот мягкий. Слабо выражен симптом Кернига. В периферической крови: Eг-2,2*10¹²/л, Нг-93 г/л, Тг-115*10⁹/л, L-4,2*10⁹/л, лейкоцитарная форма без особенностей, количество разрушенных эритроцитов – 50%. Из эпидемиологического анамнеза: 1 месяц назад вернулся из Нигерии, где работал в течение 6 месяцев.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Как и какие формы возбудителя возможно идентифицировать при данном состоянии пациента?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Тропическая малярия, осложненная малярийной комой, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, малярийного пароксизма, диспепсических явлений, гепатоспленомегалии, тахикардии, гипотонии, отсутствия сознания, сведений эпиданамнеза, изменений периферической крови (анемия, тромбоцитопения, разрушенные эритроциты).

2. При злокачественном осложненном течении при микроскопии «толстой капли» и «тонкого мазка» возможна идентификация всех форм *Pl.falciparum* (кольцевидные трофозоиты, гаметоциты, мерозоиты).

3. Для тропической малярии, при отсутствии резистентности к хлорохину по 10мг\кг*2 раза-1-2 дни, затем 5мг\кг в сутки. Лечение продолжают 5 дней.

При наличии лекарственной устойчивости назначают другие препараты: мефлохин, 15мг-25\кг в 2 приема, фансидар (Сульфодоксин+пириметамин) по 3т однократно 1 день, хинин 10мг\кг*3 приема-7 дней. При устойчивости к вышеизложенным препаратам-используют Артемизинин (табл 50мг в дозе 10мг\кг в сутки в течении 5 дней или его производные Артезунат или Артеметр 4мг\кг в сутки, затем 2мг\кг-6 дней. Артемизинин в сочетании с Мефлохином В 1 д-артемизинин.20мг\кг*2 приема, в последующие 2 дня 10мг\кг в сутки. Со 2 дня добавляют Мефлохин 15мг\кг*2 приема. Артезунат или Артеметр 4мг\кг, затем 2мг\кг-6д. Коартем (Люмефантрин+артемизинин) 1,3мг\кг*3р в сутки-3-7д. Доксциклин 100-200мг в сут-7 дней. Маларон (Атоваквон 1000мг с Прогуанилом)400мг-3-7 дней.

Ситуационная задача №10

Больной Н., 40 лет, моторист трансморфлота, вернулся на родину после многомесячного плавания в районах Средиземноморья и Западной Африки. Через месяц после возвращения почувствовал слабость, разбитость, головную боль. На следующий день появились сухость во рту, небольшая ломота в суставах, недомогание. Вечером начался потрясающий озноб, температура тела поднялась до 39,5°C. Отмечались тошнота, повторная рвота. Через 2 часа озноб прекратился, больной ощущал жар и сильную слабость, затем началось обильное потоотделение. Глубокой ночью после наступившего облегчения заснул. На следующий день температура держалась на уровне 37,5°C, но самочувствие было хорошим. На 3-й день заболевания вечером состояние вновь ухудшилось: с ознобом поднялась температура, беспокоили сильная головная боль, тошнота, была повторная рвота, суставные боли и боли в животе. Участковым врачом направлен в больницу с диагнозом: Грипп. При осмотре: больной бледен, сыпи нет. Температура тела 39°C. Катаральные явления со стороны дыхательных путей отсутствуют. Лимфатические узлы не увеличены. Пульс до 120/мин., среднего наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны, границы не расширены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется до 3 см ниже края реберной дуги. Диурез сохранен.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте обследование, подтверждающее Ваш диагноз.

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Тропическая малярия, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, малярийный пароксизм, гепатоспленомегалия, пребывание в эндемичном по малярии очаге.

2. Микроскопия препаратов крови («толстой капли», «тонкого мазка»).

3. Для тропической малярии, при отсутствии резистентности к хлорохину по 10 мг/кг*2 раза-1-2 дни, затем 5 мг/кг в сутки. Лечение продолжают 5 дней.

При наличии лекарственной устойчивости назначают другие препараты: мефлохин, 15 мг-25\кг в 2 приема, фансидар (Сульфодоксин+пириметамин) по 3т однократно 1 день, хинин 10 мг\кг*3 приема-7 дней. При устойчивости к вышеизложенным препаратам-используют Артемизинин (табл 50 мг в дозе 10 мг\кг в сутки в течении 5 дней или его производные Артезунат или Артеметр 4 мг\кг в сутки, затем 2 мг\кг-6 дней. Артемизин в сочетании с Мефлохином В 1 д-артемизинин. 20 мг\кг*2 приема, в последующие 2 дня 10 мг\кг в сутки. Со 2 дня добавляют Мефлохин 15 мг\кг*2 приема. Артезунат или Артеметр 4 мг\кг, затем 2 мг\кг-6д. Коартем (Люмефантрин+артемизинин) 1,3 мг\кг*3р в сутки-3-7д. Доксициклин 100-200 мг в сут-7 дней. Маларон (Атоваквон 1000 мг с Прогуанилом)400 мг-3-7 дней.

Ситуационная задача №11

Больной О., 37 лет, прибыл из Центральной Африки, где находился в командировке в течение 2 месяцев. Через 3 дня после возвращения ночью почувствовал потрясающий озноб с повышением температуры тела до 40,5°C, резкую головную боль, затем жар и проливной пот. Последующие 3 дня сохранялся субфебрилитет. На 4 день от начала заболевания ночью вновь наблюдался потрясающий озноб, лихорадка до 40°C, проливной пот. При осмотре врачом скорой помощи: кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз, температура тела 39,2°C. ЧСС-100/мин., АД-110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка увеличены. Диурез достаточный.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.

2. Какой вид возбудителя Вы оживаете идентифицировать при специфическом обследовании и почему.

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Трехдневная малярия, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, малярийного пароксизма, гепатоспленомегалии, сведений эпиданамнеза.

2. P1.ovale, т.к. для трехдневной малярии-ovale характерны ночные малярийные пароксизмы.

3. Для тропической малярии, при отсутствии резистентности к хлорохину по 10 мг/кг*2 раза-1-2 дни, затем 5 мг/кг в сутки. Лечение продолжают 5 дней.

При наличии лекарственной устойчивости назначают другие препараты: мефлохин, 15 мг-25\кг в 2 приема, фансидар (Сульфодоксин+пириметамин) по 3т однократно 1 день, хинин 10 мг\кг*3 приема-7 дней. При устойчивости к вышеизложенным препаратам-используют Артемизинин (табл 50 мг в дозе 10 мг\кг в сутки в течении 5 дней или его производные Артезунат или Артеметр 4 мг\кг в сутки, затем 2 мг\кг-6 дней. Артемизин в сочетании с Мефлохином В 1 д-артемизинин. 20 мг\кг*2 приема, в последующие 2 дня 10 мг\кг в сутки. Со 2 дня добавляют Мефлохин 15 мг\кг*2 приема. Артезунат или Артеметр 4 мг\кг, затем 2 мг\кг-6д. Коартем (Люмефантрин+артемизинин) 1,3 мг\кг*3р в сутки-3-7д. Доксициклин 100-200 мг в сут-7 дней. Маларон (Атоваквон 1000 мг с Прогуанилом)400 мг-3-7 дней.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №4 (ТЕМА «Инфекции наружных покровов»)

Ситуационная задача №1

Больной К., 30 лет, продавец магазина. С 10 марта находился в терапевтическом отделении ЦРБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 18 марта переведен в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не был. При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи. В анализах крови: L - 4,2*10⁹/л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий - 180 мкмоль/л, прямой

билирубин - 100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л (норма 0,7 мкмоль/час/л).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного период в течение 9 дней, который протекал по артралгическому варианту, объективных данных - желтуха кожи и склер, гепатоспленомегалия, синдром холестаза (кожный зуд, брадикардия), лабораторных критериев - гипербилирубинемия до 180 мкмоль/л за счет прямой фракции, повышение АлАТ, холестерина.

2. ИФА (IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются базисной терапией (диетой № 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей, настораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №2

Больной С., 36 лет, оперирован в начале октября 2009 года по поводу язвенной болезни 12ти-перстной кишки. До операции и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.09 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.09 г. потемнела моча, со 2.12.09 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит. При поступлении отмечают вялость больного, адинамия, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температура нормальная, пульс 64/мин., L-7,2*10⁹/л, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция – 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час / л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба - 1,2 ед.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелая степень тяжести. Диагноз выставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (за 1,5 месяца до заболевания был оперирован, переливали кровь), преджелтушного периода по смешанному варианту (артралгический, астеновегетативный, диспепсический синдромы), ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (слабость, адинамия, рвота 1-2 раза), объективных данных – желтушность кожи и склер, гепатомегалия, темная моча, брадикардия, лабораторных данных - гипербилирубинемия до 300 мкмоль/л с преобладанием прямой фракции, повышенная АлАТ.

2. Биохимический анализ крови в динамике, белок и его фракции, ПТИ, маркеры ВГВ (ИФА) - IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg; ПЦР - ДНК HBV.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются

базисной терапией (диетой No 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей,стораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №3

Больной И., 50 лет, оперирован в туберкулезной больнице 10.06.09 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.09 г. в палате, где находился И., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2009 года. 25.08.09 г. пациент И. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.09 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при ощупывании и поколачивании, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°C.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Вирусный гепатит В острый, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный острой печеночной энцефалопатией, прекома 1. Диагноз выставлен на основании острого начала, короткого преджелтушного периода, который протекал по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, ухудшения самочувствия пациента с появлением желтухи (повысилась температура, рвота, тахикардия, сокращение размеров печени, ее резкая болезненность, геморрагии, эйфория), данных эпидемиологического анамнеза (1,5 месяца спустя оперирован по поводу туберкулеза, там же был оперирован другой больной с желтухой).

2. ОАК, биохимический анализ крови (билирубин, и его фракции, АЛТ, АсАТ), ПТИ, маркеры на вирусный гепатит В (IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются базисной терапией (диетой No 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей,стораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №4

Больная П., 26 лет, медсестра отделения реанимации областной больницы. Переведена из областной больницы, где лечилась в течение 7 дней по поводу острого холецистита. Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура тела со 2-го дня болезни 38-39°C, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получала лечение по поводу холецистита - без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Болезнь Боткина. В контакте с желтушными больными не была, никаких инъекций и парентеральных вливаний в течение последнего года не было, ничем не болела. При поступлении больная вялая, адинамичная, сознание ясное, заторможена. Желтуха интенсивная. Язык сухой, обложен сероватым налетом, плохо спала прежние ночи, весь день сонлива. Печень +0,5 см, край мягкий, пальпируется отчетливо, резкая болезненность при ощупывании печени. Селезенка не увеличена. Пульс 98/мин., ритмичный, мягкий, АД-100/40 мм рт.ст. В анализах крови: L-3,2*10⁹/л с нейтрофильным сдвигом, СОЭ - 3 мм/час; билирубин общий - 240 мкмоль/л, его прямая фракция - 180 мкмоль/л, сулемовая проба - 1,1, АлАТ - 6,0 мкмоль/час/л, холестерин - 3,64 мкмоль/л, протромбин - 45%.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какое лабораторного обследования указывает на развитие печеночно-клеточной недостаточности?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение, осложненный острой печеночной энцефалопатией, прекома 1-2. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного периода по артралгическому, астеновегетативному, диспепсическому синдромам, многократной рвоты, тахикардии, сокращения размеров печени, ее резкой болезненности, интенсивной желтухи, симптомов ОПЭ (заторможенность, инверсия сна - бессонница ночью, сонливость днем), данных эпидемиологического анамнеза - работает медсестрой реанимации.

2. ПТИ -45% при норме 80-100%.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются базисной терапией (диетой № 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей,стораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят

10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №5

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2 см выше реберной дуги по среднеключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера, а за неделю до поступления в стационар началось «простудное заболевание».

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания?

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, фульминантная форма, осложненная ОПЭ, кома 1. диагноз выставлен на основании острого начала, короткого продромального периода, протекавшего по гриппоподобному варианту, объективных данных – выраженная желтуха, резкое сокращение размеров печени, «печеночный» запах изо рта, тахикардия, отсутствие сознания, корнеальные рефлексы сохранены, сведений эпидемиологического анамнеза (3 месяца назад больной произведена аппендэктомия).

2. Маркеры на вирусный гепатит В, Д (ИФА), ПЦР диагностика – ПЦР - ДНК HBV, ПЦР – РНК HDV.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются базисной терапией (диетой № 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей, настораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №6

Больной А., 50 лет, направлен в клинику инфекционных болезней на 20-й день заболевания из районной больницы. В течение 3 недель беспокоили общая слабость, недомогание, тошнота и рвота, отсутствие аппетита. 2 дня назад температура тела повысилась до 37,8°C. Выражено головокружение, участилась рвота, появилась боль в области правого подреберья, нарастала слабость. При осмотре: резко выражена желтушность кожи и склер, имеются единичные петехии на коже, преимущественно в области верхней части грудной клетки. Температура тела 37,8°C. Пульс – 116/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. АД - 80/60 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, несколько вздут. Нижний край печени определяется на 3 см ниже уровня реберной дуги, верхний - на уровне 6-го ребра, селезенка +2 см из-под края реберной дуги. В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 206,9 мкмоль/л, прямой - 172,7 мкмоль/л, АлАТ-44,5 мкмоль/час/л, сулемовая проба - 1,2 мл, протромбиновый индекс - 40%.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.

2. По каким лабораторным показателям определяют степень тяжести больного?

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании продромального периода в течение 3 недель по смешанному типу (астеновегетативный, диспепсический синдромы), с появлением выраженной желтухи самочувствие ухудшилось – повысилась температура, участилась рвота, выросла слабость, головокружение, тахикардия, отмечается синдром печеночно-клеточной недостаточности, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, снижение ПТИ.

2. Гипербилирубинемия более 200 мкмоль/л, снижение ПТИ.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются

базисной терапией (диетой № 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей,стораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей – 2-3 мг/кг, у взрослых – 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также – энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №7

Больная П., 22 лет, разнорабочая, заболела 4 дня назад. Вначале появились боли мышц при жевании, постепенно стало трудно открывать рот и жевать пищу. Присоединились боли в мышцах шеи, спины, стало трудно сидеть. Из анамнеза: за 14 дней до заболевания в антисанитарных условиях производился криминальный аборт. При поступлении: состояние среднетяжелое, сознание сохранено. Рот открывает не в полном объеме. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Температура тела – 38°C. Выражен тризм жевательных мышц, ригидность затылочных мышц и напряжение мышц живота. Лимфатические узлы не пальпируются, щитовидная железа не увеличена. Дыхание через нос, свободное. В легких перкуторно - ясный легочной звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Живот при пальпации безболезненный, ощущается напряженность мышц. Мочеиспускание безболезненное. При наружном осмотре выделений из матки нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Имеет ли значение лабораторная верификация диагноза?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Столбняк, генерализованная форма, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании тризма жевательных мышц, затруднения открывания рта, ригидности затылочных мышц, сведений эпиданамнеза о криминальном аборте.

2. Нет. Выявление антитоксических антител свидетельствует только о прививках в анамнезе, а нарастания титра антител при столбняке не происходит, т.к. отсутствует иммунный ответ.

3. При подозрении на столбняк необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации любого стационара. При транспортировке показано введение спазмолитиков и успокаивающих средств, при остановке дыхания необходимо сделать непрямой массаж сердца и применить релаксанты с интубацией. Показан максимальный покой и непрерывное наблюдение, больного помещают в отдельную палату и изолируют от воздействия внешних раздражителей. Если человек не может питаться самостоятельно, питание осуществляется через зонд. В составе должны быть растворы глюкозы (10-70 %), смеси аминокислот и жировые эмульсии. Калорийность примерно 2500-3000 ккал/сут. В качестве мер основного лечения показано немедленное однократное введение противостолбнячной лошадиной очищенной сыворотки. Для предотвращения анафилактических реакций предварительно проводят десенсибилизацию по Безредке, которая подразумевает дробное введение сыворотки: вначале вводится часть полной дозы, приводящая к снижению чувствительности к чужеродному белку, а затем через 1-2 часа остальное количество, приводящее к созданию пассивного иммунитета. Доза сыворотки для взрослых — 100000-200000 МЕ, для новорождённых 10000-20000 МЕ, вводится внутривенно и внутримышечно. Также необходимо немедленное введение донорского иммуноглобулина внутримышечно (20000-50000 МЕ) и столбнячного анатоксина (в соответствии с инструкцией). Для устранения судорог применяют препараты группы бензодиазепинов, миорелаксанты антидеполяризующего действия в сочетании с наркотическими анальгетиками и антигистаминными средствами. Чтобы обеспечить нормальное дыхание, больные должны быть подключены к аппарату искусственной вентиляции лёгких. В

качестве этиотропной терапии (направленной на уничтожение возбудителя) применяются антибиотики пенициллиновой, цефалоспориновой групп и химиопрепараты нитроимидазольной группы. Важным этапом лечения является поиск входных ворот. При их выявлении проводится хирургическая обработка раны (ликвидация очага инфекции) с обкалыванием её противостолбнячной сывороткой в дозе 1000-3000 МЕ. При гипертермии (перегревании), ацидозе и обезвоживании применяют полиионные растворы (0,9%-й раствор хлорида натрия), альбумин, плазму, 5%-й раствор декстрозы, коллоидные растворы и растворы натрия гидрокарбоната, а также парацетамол или ибупрофен.

Ситуационная задача №8

Больная П., 18 лет, поступила в инфекционное отделение с подозрением на бешенство. В анамнезе указание на укус бродячей собаки в области левого бедра. Больна в течение 5-ти суток. В начале появились головная боль, мышечные подергивания вокруг раны, локальная боль. Состояние ухудшалось - появилась общая слабость, усилились мышечные боли. При осмотре: состояние тяжелое, напряжение жевательных и шейных мышц, мышц спины, тонические и клонические судороги. Однократно наблюдался опистотонус. Обращает на себя внимание тризм жевательной мускулатуры, сардоническая улыбка. Больная в сознании, из-за тризма невнятно отвечает на вопросы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Возможно ли было избежать заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Столбняк, генерализованная форма, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании патогномичной клинической триады (тризм жевательной мускулатуры, сардоническая улыбка, опистотонус), сведений эпиданамнеза об укусе бродячей собакой.

2. Да. Помимо вакцинации АКДС согласно календарю прививок после укуса необходимо проведение экстренной специфической профилактики. Пассивная иммунизация проводится гетерогенной противостолбнячной сывороткой 3000 МЕ подкожно или высокоактивным противостолбнячным иммуноглобулином 300 МЕ внутримышечно. Однако пассивная иммунизация не всегда предупреждает заболевание, поэтому для активной иммунизации вводится столбнячный анатоксин 10-20 МЕ подкожно.

3. При подозрении на столбняк необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации любого стационара. При транспортировке показано введение спазмолитиков и успокаивающих средств, при остановке дыхания необходимо сделать непрямой массаж сердца и применить релаксанты с интубацией. Показан максимальный покой и непрерывное наблюдение, больного помещают в отдельную палату и изолируют от воздействия внешних раздражителей. Если человек не может питаться самостоятельно, питание осуществляется через зонд. В составе должны быть растворы глюкозы (10-70 %), смеси аминокислот и жировые эмульсии. Калорийность примерно 2500-3000 ккал/сут. В качестве мер основного лечения показано немедленное однократное введение противостолбнячной лошадиной очищенной сыворотки. Для предотвращения анафилактических реакций предварительно проводят десенсибилизацию по Безредке, которая подразумевает дробное введение сыворотки: вначале вводится часть полной дозы, приводящая к снижению чувствительности к чужеродному белку, а затем через 1-2 часа остальное количество, приводящее к созданию пассивного иммунитета. Доза сыворотки для взрослых — 100000-200000 МЕ, для новорожденных 10000-20000 МЕ, вводится внутривенно и внутримышечно. Также необходимо немедленное введение донорского иммуноглобулина внутримышечно (20000-50000 МЕ) и столбнячного анатоксина (в соответствии с инструкцией). Для устранения судорог применяют препараты группы бензодиазепинов, миорелаксанты антидеполяризующего действия в сочетании с наркотическими анальгетиками и антигистаминными средствами. Чтобы обеспечить нормальное дыхание, больные должны быть подключены к аппарату искусственной вентиляции лёгких. В качестве этиотропной терапии (направленной на уничтожение возбудителя) применяются антибиотики пенициллиновой, цефалоспориновой групп и химиопрепараты нитроимидазольной группы. Важным этапом лечения является поиск входных ворот. При их выявлении проводится хирургическая обработка раны (ликвидация очага инфекции) с обкалыванием её противостолбнячной сывороткой в дозе 1000-3000 МЕ. При гипертермии (перегревании), ацидозе и обезвоживании применяют полиионные растворы (0,9%-й раствор хлорида натрия), альбумин,

плазму, 5%-й раствор декстрозы, коллоидные растворы и растворы натрия гидрокарбоната, а также парацетамол или ибупрофен.

Ситуационная задача №9

К больной А., 53 лет, вызван участковый терапевт. 2 дня назад появился озноб, повысилась температура тела до 39,5°C, головная боль, мышечные боли. Через несколько часов появилось чувство жжения в области правого виска, покраснение кожи, а затем распространенный отек. Из анамнеза выяснено, что в течение длительного времени страдает хроническим гайморитом с периодическими обострениями 1 раз в 1,5 года. При осмотре: состояние средней тяжести. На правой половине лица участок эритемы, охватывающий верхнюю часть щеки, веки, лоб, височную область и ушную раковину. Правая глазная щель закрыта из-за выраженного отека век. Эритема болезненна при пальпации, горячая на ощупь, края ее неровные, четкие, возвышаются. Пальпируются болезненные подчелюстные лимфатические узлы справа. АД-155/60 мм рт.ст., ЧСС-22/мин.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больной.
3. План лечения.

Эталон ответа

1.Рожа лица первичная, эритематозная форма. Фон: Хронический гайморит. Диагноз выставлен на основании интоксикации с последующим появлением характерного очага специфического воспаления, лимфаденопатии, а также сведений анамнеза жизни пациентки о наличии хронического гайморита.

2.Стационарное лечение в виду локализации очага воспаления, общеклиническое обследование.

3.Постельный режим, изоляция, лечение антибиотиками широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия, экстракорпоральная детоксикация, дезагрегантная терапия, общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача №10

Больная С., 55 лет, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Эритематозная рожа правой голени. При поступлении предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 39,0°, покраснение кожи правой голени, отек и болезненность голеностопного сустава. Из анамнеза выяснено, что заболела 3 дня назад, когда отметила лихорадку, сутки назад появились гиперемия кожи правой голени, ее отек, болезненность, боли в области голеностопного сустава. 1 год назад перенесла операцию – ампутация левой нижней конечности до середины бедра ввиду ХВН III степени. За 1,5 года до операции перенесла однократно рожу левой голени. При осмотре: состояние средней тяжести, лихорадка 38,6°C. Культия левой нижней конечности без патологических изменений. На коже правой голени яркая, горячая, болезненная при пальпации гиперемия с четкими границами, отек голени и голеностопного сустава. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за отека и боли. На внутренней поверхности правого бедра отмечаются явления лимфангита. Пальпируются подколенные и паховые лимфатические узлы до 0,7-1,5 см в диаметре, не спаяны, болезненны.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Возможно ли расценить данное состояние как рецидив рожи?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. План лечения.

Эталон ответа

1.Нет. Первое заболевание рожей регистрировалось более 2 лет назад.

2.Длительным течением ХВН.

3.Постельный режим, изоляция, лечение антибиотиками широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия, экстракорпоральная детоксикация, дезагрегантная терапия, общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача №11

Больная Ч., 48 лет, обратилась в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на лихорадку до 37,8°C, покраснение кожи левой голени. Из анамнеза выяснено, что заболела остро 2 дня назад, когда впервые отметила лихорадку. Накануне обращения в поликлинику появилась гиперемия кожи. Ранее подобного не наблюдала. Самостоятельно не лечилась. При осмотре: состояние ближе

к удовлетворительному, температура тела 37,5°C. На боковой поверхности левой голени определяется умеренно болезненная, несколько отечная гиперемия с неровными границами. Пальпируются подколенные лимфатические узлы до 0,7-1,0 см в диаметре, незначительно болезненные, подвижные. Лимфангита не наблюдается. На стопах – явления микоза.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика участкового терапевта.
3. Обязательна ли в данном случае госпитализация в стационар.

Эталон ответа

1.Рожа левой голени первичная, эритематозная форма, легкое течение. Фон: Микоз стоп. Обоснование: умеренная интоксикация, патогномичные локальные изменения кожи, лимфаденопатия, явления микоза стоп.

2. Направление к инфекционисту в КИЗ

3.Учитывая легкое течение настоящего заболевания возможно лечение в амбулаторно-поликлинических условиях у инфекциониста КИЗа.

Ситуационная задача №12

К больному А., 59 лет, вызван врач «скорой помощи» в виду высокой лихорадки до 39,0°C, боли в правой нижней конечности. Из анамнеза выяснено, что в течение последних 5 лет страдает рецидивирующей розей правой нижней конечности, неоднократно лечился в условиях инфекционного стационара, последний раз в виду буллезно-геморрагической рожи – в отделении гнойной хирургии. В течение длительного времени – ХВН III степени, периодически – трофические язвы на нижних конечностях. Рецидивы заболевания возникают 3-4 раза в год. Настоящий рецидив заболевания возник 8-9 дней назад, когда на фоне повышения температуры тела появилась яркая гиперемия с четкими границами в области правой голени, правого бедра. Был осмотрен участковым терапевтом и хирургом поликлиники, от предложенного направления на госпитализацию отказался, лечился амбулаторно супраксом, цетиризином, детралексом. Однако на фоне лечения состояние не улучшалось, продолжала сохраняться лихорадка, гиперемия приобрела геморрагический характер, появились пузыри, на некоторых участках гиперемии – явления некроза. При осмотре врачом «скорой помощи»: состояние тяжелое, лихорадка 38,4°C. На коже правой нижней конечности на фоне яркой гиперемии – геморрагии, буллы с серозно-геморрагическим содержимым. На передней поверхности правой голени определяется участок некроза. Подколенные и паховые лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика врача «скорой помощи»?
3. План лечения.

Эталон ответа

1.Рожа нижней конечности упорно рецидивирующая, буллезно-геморрагическая форма, тяжелое течение, осложненная некрозом кожи. Фон: ХВН III степени. Обоснование: длительное течение рожи, ХВН, отсутствие своевременного лечения рецидива, местные изменения очага, лимфаденит.

2. Госпитализация в отделение гнойной хирургии.

3.Постельный режим, изоляция, лечение антибиотиками широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия, экстракорпоральная детоксикация, дезагрегантная терапия, общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача №13

На станцию скорой помощи поступил вызов к больной Н., 42 лет, остро заболевшей в 23 часа. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание началось вечером предыдущего дня, заметила небольшое покраснение в области правого запястья, отмечала его болезненность и зуд, ночью это покраснение расчесала. Резкое ухудшение отметила на следующий день, повысилась температура тела до 37,3°C, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар. Из эпидемиологического анамнеза: в хозяйстве содержит домашний скот, 6 дней назад пал бык. При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Температура тела повысилась утром. Область язвы при пальпации

безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120/мин/, АД-110/60 мм рт.ст. Язык чистый, суховат. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее данный диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Сибирская язва, кожная форма, карбункулезный вариант, легкое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, наличие карбункула (безболезненная язва с черным струпом, пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, перифокальное воспаление), сведения эпиданамнеза.
2. Бактериологическое исследование (микроскопия мазков отделяемого язвы, выделение чистой культуры *B.anthraxis*), ПЦР; кожно-аллергическая проба с антраксином не ранее 3-го дня заболевания; серологическое исследование (ИФА, РНГА, РПГА) не ранее 10-12 дня заболевания.
3. Комплексная антибактериальная терапия парентерально: ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день + амикацин 1,0 г 2 раза в день; специфический противосибирезвенный иммуноглобулин 40 мл однократно внутримышечно.

Ситуационная задача №14

Больной Р., 39 лет, скорняк, заболел остро с выраженной лихорадкой до 40°C с потрясающим ознобом, головной боли, миалгий. Отмечал незначительный насморк, першение в горле. Через несколько часов у больного развился приступ удушья, сопровождающийся болями в грудной клетке при дыхании, появился кашель с кровавой мокротой. Реанимационной бригадой доставлен в инфекционное отделение. При осмотре: состояние крайне тяжелое, сознание сохранено, положение вынужденное полусидячее. Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается выраженная смешанная одышка до 40/мин. Дыхание поверхностное, при аускультации ослабленное, выслушиваются множественные разнокалиберные хрипы, перкуторно над легкими укорочение звука. Продолжается кашель с отхождением пенистой кровавой мокроты, которая быстро сворачивается в виде желе. Сердечные тоны глухие, ЧСС-120/мин., АД-80/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см, безболезненная. Диурез снижен.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Каков прогноз при данном состоянии пациента?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Сибирская язва, первично-генерализованная форма, легочный вариант, тяжелое течение, осложненное ИТШ III ст. диагноз выставлен на основании интоксикации, перкуторно-аускультативной картины в легких, явлений дыхательной недостаточности, кровавой пенистой мокроты, тахикардии, тахипное, гипотонии, олигоурии.
2. При развитии легочного варианта сибирской язвы и осложненном инфекционно-токсическим шоком течения летальность составляет 95-100 %.
3. Комплексная антибактериальная терапия парентерально: ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день + амикацин 1,0 г 2 раза в день; специфический противосибирезвенный иммуноглобулин 40 мл однократно внутримышечно.

Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	В.И. Ерёмин	к.м.н., доцент	заведующий кафедрой эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

2.	А.Н. Данилов	д.м.н., доцент	профессор	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Н.А. Заяц	к.м.н., доцент	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Н.В. Рябинин	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
5.	А.И. Хворостухина	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	С.С. Абрамкина		старший преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
7.	Е.Г. Гладилина	к.м.н.	ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
8.	С.Ю. Чехомов		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
9.	О.А. Хлебожарова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
10.	М.А. Шиловская		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
11.	А.О. Дергунова		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
12.	А.А. Богданова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский

« 31 » 03 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-
ЭПИДЕМИОЛОГА»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.1

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
32.08.12 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1139
Министерства образования и науки РФ
от 27 августа 2014 года

Квалификация
Врач-эпидемиолог
Форма обучения
ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
эпидемиологии

Протокол от 17.06.2022 г. № 11

Заведующий кафедрой:

 В.И. Ерёмин

Карта компетенций с указанием этапов их формирования, видов и форм контроля

№ п/п	Контролируемые разделы учебной дисциплины	Контролируем ые компетенции	Фонд оценочных средств		Форма контроля
			Вид оценочного средства	Количество о вариантов заданий	
1.	Избранные вопросы инфекционных болезней	УК - 1, 2; ПК - 1, 2, 4, 5, 6, 8	Комплект тестовых заданий	160	экзамен
		УК - 1, 2; ПК - 1, 2, 4, 5, 6, 8	Комплект ситуационных задач	40	
		УК - 1, 2; ПК - 1, 2, 4, 5, 6, 8	Комплект вопросов	60	

Схема проверки компетенций по типовым тестовым заданиям для проведения промежуточной аттестации в целом

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-160
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-160
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	1-8, 10-12,14-19, 21-40, 41-46,48-59,62-76,80-160
ПК-2	Готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний	8-10, 16-17,21,24,25,31-33,43,44,55,58,63,75,95,119,120,138,143,158,160
ПК-4	Готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере	13,20,23,47,60,61,77-79
ПК-5	Готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	9,21,22,41,44,61
ПК-6	Готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	61,89,107,157
ПК-8	Готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере	16,17,24,25,32,33,58,75,95,128,158,160

Схема проверки компетенций по типовым ситуационным задачам для проведения промежуточной аттестации в целом

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-40
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-40
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	1-40
ПК-2	Готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний	1-9,22
ПК-4	Готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере	1-4,6,17,21,23-25,32
ПК-5	Готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	1,10,12-15,17
ПК-6	Готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	10,13-15
ПК-8	Готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере	6,10-12,22,23,30

Схема проверки компетенций по вопросам для проведения промежуточной аттестации в целом

Индекс компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-60
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-60
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций	1-60
ПК-2	Готовность к проведению эпидемиологического анализа, планированию противоэпидемических мероприятий, эпидемиологических обследований очагов инфекционных заболеваний	2,6,8,10,13,15,20,23,30,32,34,39,41,43,44,48,52,53,55,56-59
ПК-4	Готовность к применению специализированного оборудования, предусмотренного для использования в профессиональной сфере	1,3-5,16,18,19,25,26,37, 40-43,45,46,49,54,60
ПК-5	Готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний	28-35
ПК-6	Готовность к санитарно-просветительской деятельности среди различных групп населения с целью устранения факторов риска и формирования навыков здорового образа жизни, направленных на сохранение и укрепление здоровья	28-31,35,38,50,53,56,57,
ПК-8	Готовность к применению основных принципов управления в профессиональной сфере	12,16,26,27-36,53

Комплект тестовых заданий для проведения промежуточной аттестации.

1. Повторное проникновение брюшнотифозных бактерий в просвет тонкой кишки происходит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Непосредственно из крови	
Б.	Из желчного пузыря вместе с желчью	+
В.	Из лимфатических образований кишечника	
Г.	Из клеток эпителия кишечника	

2. Развитие бактерионосительства при брюшном тифе определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирулентность возбудителя	
Б.	Наличие рецидивов заболевания	
В.	Индивидуальное несовершенство иммунитета	+
Г.	Уменьшение продолжительности антибиотикотерапии особенности репарационных	

3. Средняя продолжительность инкубационного периода при брюшном тифе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-8 дней	
Б.	9-14 дней	+
В.	15-25 дней	
Г.	25-30 дней	

4. Какой признак нарушения функции нервной системы характерен для брюшного тифа?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Головная боль	
Б.	Апатия, адинамия	

В.	Заторможенность	
Г.	Общая слабость	+

5. Преимущественная локализация поражений желудочно-кишечного тракта при дизентерии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Желудок	
Б.	Тонкая кишка	
В.	Проксимальные отделы толстой кишки	
Г.	Дистальные отделы тонкой кишки	+

6. Критерии тяжести колитического варианта дизентерии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высота и продолжительность лихорадки	
Б.	Гемодинамические расстройства	
В.	Степень интоксикации	+
Г.	Частота и продолжительность жидкого стула, степень выраженности гемоколита	

7. В основе классификации сальмонелл лежит:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Патогенность	
Б.	Источник инфекции	
В.	Антигенная структура по О-антигенам	+
Г.	Антигенная структура по Н-антигенам	

8. Инкубационный период при гастроинтестинальной форме сальмонеллеза чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	

Б.	От 12 до 24 часов	+
В.	От 25 до 48 часов	
Г.	От 49 до 72 часов	

9. При контактном пути передачи сальмонеллеза инкубационный период чаще составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	
Б.	От 7 До 24 часов	
В.	От 25 до 48 часов	
Г.	Более 72 часов	+

10. Длительность инкубационного периода при пищевой токсикоинфекции стафилококковой этиологии составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 часов	+
Б.	От 7 до 12 часов	
В.	От 13 до 24 часов	
Г.	Свыше 24 часов	

11. Основным в патогенезе ботулизма является воздействие токсина на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Симпатическую нервную систему	
Б.	Чувствительные мотонейроны	
В.	Парасимпатическую нервную систему, большие мотонейроны передних рогов спинного мозга	+
Г.	Периферические нервы	

12. Основная причина дыхательных расстройств при ботулизме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Угнетение дыхательного центра	
Б.	Поражение проводящих ретикулоспинальных путей	
В.	Угнетение активной моторной иннервации дыхательных мышц	+
Г.	Все перечисленное	

13. Ранняя диагностика ботулизма основана на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Клинической симптоматике и данных эпидемиологического анализа	+
Б.	Выделении токсинов возбудителя из крови	
В.	Выделении возбудителя из испражнений	
Г.	Все перечисленное	

14. Лечебная доза противоботулинической сыворотки при заболевании ботулизмом составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1 лечебную дозу, независимо от тяжести болезни однократно	+
Б.	1 лечебную дозу однократно при легком течении и средней тяжести	
В.	2 лечебные дозы трехкратно с интервалом 8 часов при тяжелом течении	
Г.	2 лечебные дозы однократно	

15. В качестве этиотропной терапии при ботулизме применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Тетрациклин	
Б.	Пенициллин	
В.	Канамицин	
Г.	Левомецетин	+

16. Источником инфекции при ротавирусном гастроэнтерите является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Крупный рогатый скот	
Б.	Мышевидные грызуны	
В.	Человек	+
Г.	Птицы	

17. Максимальные сроки выделения вируса больными при ротавирусном гастроэнтерите составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-6 дней	
Б.	7-12 дней	
В.	13-21 день	+
Г.	22-30 дней	

18. Размножение ротавирусов происходит в основном в клетках эпителия:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Желудка	
Б.	Тонкой кишки	
В.	Толстой кишки	
Г.	Верхних дыхательных путей	+

19. Испражнения при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Тенезмы, стул водянистый	
Б.	Цвет желтый или желто-зеленый, пенистого вида с резким запахом	+
В.	Стул без изменений	
Г.	Тенезмы, примесь крови в испражнениях	

20. Основной диагностический критерий при ротавирусном гастроэнтерите:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Клиническая картина заболевания	
Б.	Эпидемиологические данные	
В.	Лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита	+
Г.	Исключение гастроэнтеритов другой этиологии	

21. Механизм передачи вируса гепатита А:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Капельный	
Б.	Фекально-оральный	+
В.	Парентеральный	
Г.	Половой	

22. Для вирусного гепатита А характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высокая устойчивость возбудителя во внешней среде	+
Б.	Наибольшая заболеваемость у детей до 1 года	
В.	Заболеваемость не имеет сезонного характера	
Г.	Не характерны циклические подъемы заболеваемости	

23. Острый вирусный гепатит А верифицируется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышением активности АЛАТ	
Б.	Повышением уровня билирубина сыворотки крови	
В.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IM	+
Г.	Обнаружением антител к вирусу гепатита А класса IC	

24. Сроки диспансерного наблюдения после вирусного гепатита А составляют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1 раз в месяц в течение 3 месяцев	
Б.	1 раз через 1 месяц после выписки	+
В.	1 раз в 3 месяца в течение 1 года	
Г.	В течение 3 лет	

25. К основным эпидемиологическим характеристикам гепатита Е относится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Чаще болеют дети в возрасте 2-5 лет	+
Б.	В основном болеют взрослые 20 - 35 лет	
В.	Передается водным путем	
Г.	Характеризуется эпидемическим распространением	

26. Отличительная особенность преджелтушного периода гепатита Е:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лихорадка	
Б.	Слабость, снижение аппетита	
В.	Боли в правом подреберье и эпигастральной области	+
Г.	Артралгии	

27. В раннем желтушном периоде гепатита Е характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	После появления желтухи отмечается значительное улучшение самочувствия	
Б.	Одним из ведущих симптомов являются боли в брюшной полости	
В.	Сохраняются слабость, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота в течение 3-6 дней	+

Г.	Желтуха продолжает нарастать в течение 20 дней	
----	--	--

28. Укажите правильное утверждение при лептоспирозе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Инкубационный период редко превышает 3 суток	
Б.	Обращает на себя внимание бледность кожных покровов, несмотря на высокую лихорадку, интоксикация выражена слабо	
В.	Диарея может приводить к развитию обезвоживания	
Г.	Наиболее частая причина летальных исходов – острая почечная недостаточность	+

29. Укажите правильное утверждение. Препаратом выбора для лечения лептоспироза является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Гентамицин	
В.	Доксициклин	
Г.	Клафоран	

30. Укажите наиболее патогенный для человека вид бруцеллеза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Свиной	
Б.	Бычий	
В.	Козий	+
Г.	Собачий	

31. Укажите, кто не является источником инфекции при бруцеллезе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Свиньи	

Б.	Коровы	
В.	Домашние птицы	+
Г.	Козы, овцы	

32. При острой форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х месяцев	+
Б.	От 3-х до 6 месяцев	
В.	Свыше 6 месяцев	
Г.	Более года	

33. При хронической форме бруцеллеза длительность процесса составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х месяцев	
Б.	До 6 месяцев	
В.	Свыше 6 месяцев	+
Г.	Более года	

34. Антибактериальная терапия при бруцеллезе проводится при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Острой форме	
Б.	Острой и подострой форме	
В.	Острой, подострой и обострении хронической формы заболевания	+
Г.	Хронической форме	

35. Внутрикожная аллергическая проба Бюрне при бруцеллезе свидетельствует о:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Сенсибилизации организма к бруцеллезному антигену	+
Б.	Степени тяжести процесса	
В.	Степени активности инфекционного процесса	
Г.	Реинфекции	

36. Поражение печени может отмечаться при:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Дифтерии	
Б.	Токсоплазмозе	+
В.	Сальмонеллез	
Г.	Коклюш	

37. Лихорадка, боль в мышцах при движении и в покое, одутловатость лица, эозинофилия крови характерны для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Цистицеркоза	
Б.	Клонорхоза	
В.	Трихинеллеза	+
Г.	Аскаридоза	

38. Укажите правильное утверждение. Клинический симптом наиболее характерный для энтеробиоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нарушение аппетита	
Б.	Схваткообразные боли в животе	
В.	Перианальный зуд	+
Г.	Головные боли	

39. Укажите правильное утверждение. Дифиллоботриоз вызывается:

Поле для	Варианты ответов	Правильный

выбора ответа		ый ответ (+)
А.	Бычьим цепнем	
Б.	Карликовым цепнем	
В.	Свиным цепнем	
Г.	Широким лентецом	+

40. У больного с язвенным поражением кишечника в жидких фекалиях со слизью обнаружена кровь. Какую протозойную болезнь наиболее вероятно предположить?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лейшманиоз	
Б.	Токсоплазмоз	
В.	Амебиаз	+
Г.	Лямблиоз	

41. При употреблении в пищу недостаточно проваренного мяса млекопитающих можно заразиться:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Трипаносомозом	
Б.	Лямблиозом	
В.	Токсоплазмозом	+
Г.	Балантидиазом	

42. Возбудитель гриппа относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ротавирусам	
Б.	Пикорнавирусам	
В.	Энтеровирусам	
Г.	Ортомиксовирусам	+

43. Источником инфекции при гриппе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Больной человек	+
Б.	Реконвалесцент	
В.	Объекты окружающей среды	
Г.	Здоровый человек	

44. Механизм передачи гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Аэрозольный	+
Б.	Контактный	
В.	Фекально-оральный	
Г.	Трансмиссивный	

45. Какой симптом указывает в пользу гриппа при проведении дифф. диагноза с парагриппом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Значительная интоксикация	+
Б.	Насморк с незначительными серозными выделениями:	
В.	Развитие синдрома крупа	
Г.	Развитие мезаденита	

46. Какой противовирусный препарат используется в лечении гриппа:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ремантадин	+
Б.	Интрон	
В.	Вальтрекс	
Г.	Зовиракс	

47. Для экспресс-диагностики гриппа используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Толстая капля крови	
Б.	Иммуноферментный анализ	+
В.	Вирусологический анализ	
Г.	РПГА	

48. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа мала:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	
Г.	Риновирусная инфекция	+

49. Для какой ОРВИ вероятность развития крупа наиболее велика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	+
В.	Аденовирусная инфекция	
Г.	РС инфекция	

50. Формой какой ОРВИ является ринофарингоконъюнктивальная лихорадка:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

51. Для какой ОРВИ характерно относительно длительное волнообразное течение с элементами рецидивирования:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

52. Для какой ОРВИ характерны налеты на небных миндалинах:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	+
Г.	РС инфекция	

53. При какой ОРВИ наиболее часто развиваются гипертермический и судорожный синдромы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грипп	+
Б.	Парагрипп	
В.	Аденовирусная инфекция	
Г.	РС инфекция	

54. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
Б.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
В.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
Г.	Длительно сохраняется в воде	

55. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	7-20 дней	
Б.	9-21 дней	+
В.	4-14 дней	
Г.	11-21 день	

56. Назовите характерную сыпь при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Везикулезная	
Б.	Пятнисто-папулезная	+
В.	Мелкоточечная	
Г.	Пятнисто-везикулезная	

57. Назовите характерную особенность сыпи при кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Высыпает одновременно на всем теле	
Б.	Сгущается на разгибательных поверхностях	
В.	Имеет этапность высыпания сверху вниз	+
Г.	После себя не оставляет пигментации	

58. Сколько дней длится катаральный период кори:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1-2 дня	
Б.	3-4 дня	
В.	До 7-ми дней	+
Г.	8-10 дней	

59. Пятна Филатова-Коплика появляются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	В инкубационный период	
Б.	В первый день катарального периода	
В.	За 1-2 дня до высыпания	+
Г.	В период высыпания	

60. Наиболее информативным лабораторным методом диагностики краснухи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирусологическое исследование	
Б.	Бактериологическое исследование	
В.	РПГА	
Г.	Иммуноферментный анализ	+

61. Вакцинация против краснухи проводится в возрасте:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	3 мес	
Б.	6 мес	
В.	12 мес	+
Г.	18 мес	

62. Какие из перечисленных признаков указывают на ветряную оспу:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Острое начало	
Б.	Катаральные проявления	
В.	Полиморфное высыпание на слизистой	
Г.	Везикулезная сыпь	+

63. Выберите из перечисленных источник инфекции при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Больной ветряной оспой	+
Б.	Вирусоноситель	
В.	Реконвалесцент	
Г.	Бактерионоситель	

64. Выберите симптомы, характерные для буллезной формы ветряной оспы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Геморрагическое содержание везикул	
Б.	Поражение внутренних органов	
В.	Некрозы кожи	
Г.	Большие пузыри с мутным содержимым	+

65. Выберите к какой группе вирусов относится возбудитель ветряной оспы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Герпесвирус	+
Б.	Пикорнавирус	
В.	Энтеровирус	
Г.	Парамиксовирус	

66. Входные ворота при ветряной оспе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Верхние дыхательные пути	+
Б.	Конъюнктура	
В.	Кожа	
Г.	Половые органы	

67. При инфекционном мононуклеозе выявляются в периферической крови:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нейтрофилез + лимфопения	
Б.	Лимфопения + атипичные мононуклеары	
В.	Атипичные мононуклеары + лимфоцитоз	+
Г.	Лимфоцитоз + эозинофилия	

68. Вирус Эпштейн-Барр относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Семейству ортомиксовирусов	
Б.	Семейству парамиксовирусов	
В.	Семейству пикорнавирусов	
Г.	Семейству герпесвирусов	+

69. Клиническим симптомом инфекционного мононуклеоза может быть экзантема в виде:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Петехиальной сыпи	
Б.	Узловой эритемы	
В.	Кореподобной сыпи	+
Г.	Скарлатиноподобной сыпи	

70. Для лечения инфекционного мононуклеоза не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Ампициллин	+
Б.	Цефазолин	
В.	Эритромицин	
Г.	Преднизолон	

71. Какие изменения лимфоузлов можно выявить у больного с инфекционным мононуклеозом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Увеличение размеров	+
Б.	Болезненность	
В.	Изменение кожи над ними	
Г.	Отек подкожной клетчатки	

72. Возбудитель эпидемического паротита относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Арбовирус	
Б.	Парамиксовирус	+
В.	Герпесвирус	
Г.	Риновирус	

73. Осложнения эпидемического паротита:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пневмония	
Б.	Орхит	+
В.	Полиневриты	
Г.	Шейные, пояснично-крестцовые радикулопатии	

74. Какой из нижеперечисленных параметров лабораторного обследования был признан значимым фактором риска развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и смерти у пациентов с COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Снижение уровня лактатдегидрогеназы	
Б.	Повышенные уровни D-димера	+

В.	Нейтропения	
Г.	Лимфоцитоз	

75. Какой из нижеперечисленных показателей наиболее точно отражает предполагаемый инкубационный период COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	В течение 24 часов	
Б.	3-4 недели	
В.	От 2 дней до 2 недель	+
Г.	Больше, чем 1 месяц	

76. Какое из нижеперечисленных клинических проявлений является наиболее часто регистрируемым у пациентов с COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Чихание	
Б.	Гипотония	
В.	Диарея	
Г.	Лихорадка	+

77. Какой из нижеперечисленных диагностических тестов чаще всего должен использоваться в диагностике COVID-19?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Иммунофлуоресцентный анализ (ИФА)	
Б.	Анализ полимеразной цепной реакции обратной транскрипции в реальном времени (ПЦР-РТ)	+
В.	Выделение вируса в культуре клеток	
Г.	Тест на обнаружение вирусных антигенов	

78. При компьютерной томографии органов грудной клетки основными типичными проявлениями вирусной пневмонии (COVID-19) являются:

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
А.	Многочисленные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», преимущественно округлой формы периферической, мультилобарной локализации	+
Б.	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации	
В.	Единичные солидные узелки	
Г.	Плевральный выпот	

79. Для достоверного подтверждения диагноза менингококкового менингита необходимы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Мазок из ротоглотки и носа на менингококк	
Б.	Посев крови на менингококк	
В.	Бактериоскопия толстой капли крови	
Г.	Посев ликвора на менингококк	+

80. В качестве этиотропной терапии при менингококковом менингите обычно применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Левомецетин	
В.	Ампициллин	
Г.	Сульфамонетоксин	

81. При менингококкцемии этиотропным препаратом выбора является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Левомецетин	
В.	Ампициллин	
Г.	Сульфамонетоксин	

82. Легионелла относится к:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Простейшим	
Б.	Микоплазмам	
В.	Хламидиям	
Г.	Бактериям	+

83. Для этиотропной терапии легионеллеза применяют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Цефалоспорины	
Б.	Гентамицин	
В.	Эритромицин	+
Г.	Пенициллин	

84. Чаще всего дифтерия носа у взрослых протекает в форме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Катаральной, катарально-язвенной	+
Б.	Пленчатой	
В.	Токсической	
Г.	Распространенной	

85. Укажите правильное утверждение: к клиническим признакам токсической формы дифтерии относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Односторонняя некротическая ангина	
Б.	Отек миндалин на пораженной стороне	
В.	Отек подкожной клетчатки	+
Г.	Умеренная боль в горле при глотании	

86. Местом обязательной ликвидации фибринозной пленки при дифтерии гортани является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Надгортанник	
Б.	Боковые стенки гортани	
В.	Истинные голосовые складки	+
Г.	Подскладковое пространство	

87. Локализованная форма дифтерии зева характеризуется фибринозным воспалением на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Миндалинах	+
Б.	Миндалинах и передних небных дужках	
В.	Миндалинах и маленьком язычке	
Г.	Миндалинах и задней стенке глотки	

88. Вы проводите дифференциальный диагноз поражения гортани парагриппозной и дифтерийной этиологии. В пользу дифтерии свидетельствует:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грубый лающий кашель	
Б.	Шумное дыхание	
В.	Втяжение уступчивых мест грудной клетки	
Г.	Стойкая афония	+

89. Типичным осложнением со стороны сердца при тяжелых формах дифтерии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Септический эндокардит	
Б.	Эндомиокардит вторичный	

В.	Порок сердца	
Г.	Токсический миокардит	+

90. Характер сыпи при скарлатине:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пятнисто-папулезная	
Б.	Уртикарная	
В.	Петехиальная	
Г.	Мелкоточечная	+

91. Когда появляется пластинчатое шелушение при скарлатине?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	1–2 день	
Б.	14–16 день	
В.	5–8 день	+
Г.	18–21 день	

92. Со стороны периферической крови при скарлатине отмечаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфоцитоз	
Б.	Лимфопения	
В.	Нейтрофилез	+
Г.	Нейтропения	

93. Для лечения скарлатины антибиотиком выбора являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Аминогликозиды	

Б.	Цефалоспорины	
В.	Пенициллин	+
Г.	Тетрациклины	

94. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем коклюша:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Палочка Леффлера	
Б.	Палочка Афанасьева – Пфейфера	
В.	Палочка Борде — Жангу	+
Г.	Палочка Коха	

95. Длительность заразного периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	10 дней с момента заболевания	
Б.	20 дней с момента заболевания	
В.	30 дней с момента заболевания	+
Г.	10 дней от начала приступа кашля	

96. Ведущим звеном в патогенезе коклюша является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Бактериемия	
Б.	Токсемия	
В.	Интоксикация	
Г.	Сенсибилизация	+

97. Решающее значение для диагностики легких форм коклюша имеет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Бактериологическое исследование	
Б.	Серологическое исследование	+
В.	Гематологическое исследование	
Г.	Вирусологическое исследование	

98. Максимальная длительность продромального периода при коклюше составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	3 дня	
Б.	7 дней	+
В.	14 дней	
Г.	21 день	

99. При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышение мочевины	
Б.	Повышение креатинина и мочевины	
В.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Г.	Повышение калия редко	

100. Основной клинический синдром при геморрагических лихорадках?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Менингоэнцефалитический	
Б.	Абдоминальный	
В.	Геморрагический	+
Г.	Диспептический	

101. Отличительной особенностью Крымской геморрагической лихорадки от других лихорадок является?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	+
Б.	Преобладание острой почечной недостаточности над геморрагическим синдромом	
В.	Острая почечная недостаточность	
Г.	Суставной синдром	

102. Отличительной особенностью Омской геморрагической лихорадки от, других лихорадок является?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Преобладание геморрагических проявлений над острой почечной недостаточностью	
Б.	Преобладание геморрагического синдрома над поражением ЦНС	
В.	Преобладание поражения ЦНС над геморрагическим синдромом	+
Г.	Суставной синдром	

103. При исследовании периферической крови у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом в разгар заболевания отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Увеличение количества эозинофилов	
Б.	Нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ	+
В.	Увеличение количества эритроцитов и гемоглобина	
Г.	Увеличение тромбоцитов	

104. При биохимическом исследовании сыворотки крови у больного с геморрагической лихорадкой в фазе олигурии отмечают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Повышение мочевины	
Б.	Повышение креатинина и мочевины	
В.	Повышение калия, креатинина и мочевины	+
Г.	Повышение калия редко	

105. Этиотропная терапия при клещевом энцефалите включает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антибиотики	
Б.	Специфический гамма — глобулин	+
В.	ГКС	
Г.	Введение специфической сыворотки	

106. Возбудителем клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Листерия	
Б.	Боррелия	
В.	Хламидия	
Г.	Вирус	+

107. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Деменция	
Б.	Атаксия	
В.	Слепота и снижение слуха	

Г.	Атрофические параличи мышц плечевого пояса, шеи и верхних конечностей	+
----	---	---

108. Диагноз клещевой энцефалит не может быть подтвержден:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Кожной аллергической пробой	+
Б.	Выделением вируса из крови и ликвора с использованием культуры тканей	
В.	Заражением кровью и ликвором больного лабораторных животных	
Г.	РСК	

109. Основным средством лечения клещевого энцефалита является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антитоксическая сыворотка	
Б.	Ацикловир	
В.	Ганцикловир	
Г.	Имуноглобулин	+

110. Где должны лечиться больные с менингеальной формой клещевого энцефалита?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Амбулаторно	
Б.	В дневном стационаре	
В.	В инфекционном стационаре	+
Г.	В консультативно-диагностическом центре	

111. Характер эритемы при клещевом энцефалите.

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Резко болезненная, с флюктуацией в центре, с нечеткими контурами	

Б.	Умеренно болезненная, с четкими контурами, которые выступают над уровнем кожи	
В.	Умеренно болезненная, с бледно-цианотичным центром и яркими фестончатыми краями	+
Г.	Зудящая, безболезненная, красного цвета, резко отделяется	

112. Наиболее важным в характеристике первичного бубона является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Воспаленные лимфоузлы и окружающая клетчатка	
Б.	Кожа над бубоном напряжена, красного или синюшного цвета	
В.	Отек болезненный и равномерный	
Г.	Первичный бубон чаще единичный	+

113. Наиболее важным признаком генерализованной формы чумы является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Отсутствие типичных проявлений в виде бубонов или пневмонии	
Б.	Геморрагическая септицемия	+
В.	Наличие токсических лимфаденитов	
Г.	Инфекционно-токсический шок	

114. Для кожной формы чумы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Последовательные изменения в виде: розеолы, папулы, везикулы и пустулы	
Б.	Изъязвление пустулы с появлением темного струпа	
В.	Образование фликтены	
Г.	Развитие лимфангоита	+

115. Для первично - септической формы чумы наиболее характерно:

Поле для выбора	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

ответа		
А.	Отсутствие изменений в месте входных ворот инфекции	
Б.	Быстрое поражение сосудов	+
В.	Наличие потрясающих ознобов без понижения температуры	
Г.	Образование множественных очагов инфекции	

116. Для легочной формы чумы наиболее типично:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Наличие режущих болей в груди, одышка	
Б.	Нарастание легочно-сосудистой недостаточности	+
В.	Выделение с мокротой огромного количества палочек чумы	
Г.	Скудные объективные физикальные данные при тяжелой интоксикации	

117. Материалом для бактериологического исследования у подозрительных на чуму больных являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пунктат из бубона	
Б.	Содержимое везикул, пустул, карбункулов, язв, фликтен	
В.	Мокрота, слизь из зева	
Г.	Кровь, секционный материал	+

118. Возбудителем туляремии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Вирусы	
Б.	Риккетсии	
В.	Простейшие	
Г.	Бактерии	+

119. Инкубационный период при туляремии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	19-21 день	
Б.	35 дней	
В.	3-7 дней	+
Г.	10 дней	

120. Правила выписки из стационара больного туляремией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Не ранее 7 дня нормальной температуры	+
Б.	Не ранее 5 дня нормальной температуры	
В.	Не ранее 21 дня нормальной температуры	
Г.	Не ранее 14 дня нормальной температуры	

121. Малярия – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антропоноз	+
Б.	Зооноз	
В.	Зооантропоноз	
Г.	Сапроноз	

122. Укажите препараты противорецидивного действия при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Примахин	+
Б.	Хинин	
В.	Делагил	
Г.	Нитрофураны	

123. Половой цикл развития малярийного плазмодия проходит в организме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Комаров рода Anopheles	+
Б.	Комаров рода Culex	
В.	Комаров рода Aedes	
Г.	Платяных вшей	

124. Какой из видов малярии является наиболее опасным с точки зрения тяжести течения и возможности развития осложнений:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Pl.ovale	
Б.	Pl.vivax	
В.	Pl.falciparum	+
Г.	При сочетании Pl. vivax и Pl. Ovale	

125. Типичный малярийный пароксизм клинически проявляется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Озноб, кашель, насморк	
Б.	Пот, озноб, жар	
В.	Жар, озноб, пот	
Г.	Озноб, жар, пот	+

126. Характер желтухи, которая может возникнуть при малярии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Паренхиматозное	
Б.	Гемолитическая	+
В.	Обтурационная	
Г.	Связана с холестаазом	

127. Какой из возбудителей малярии зачастую может передаваться трансфузионно?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	<i>Pl. vivax</i>	
Б.	<i>Pl. falciparum</i>	
В.	при сочетании <i>Pl. vivax</i> и <i>Pl. Ovale</i>	
Г.	<i>Pl. malariae</i> .	+

128. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 3-х недель	
Б.	От 3-х недель до нескольких лет	
В.	От 3-х недель до 3-х месяцев	+
Г.	От 5 до 10 дней	

129. Антитела к ВИЧ у ВИЧ-инфицированных наиболее часто определяются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Через 1 месяц после инфицирования	
Б.	Через 6 месяцев после инфицирования	
В.	В течение 1-2 недели после заражения	
Г.	Через 3 месяца после заражения	+

130. Отличительный признак всех ретровирусов, включая ВИЧ:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Наличие поверхностной мембраны	
Б.	Наличие РНК	
В.	Интеграция в геном клетки хозяина	+

Г.	Наличие сердцевинной части	
----	----------------------------	--

131. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Внешний белок мембраны	
Б.	Белки сердцевинны вириона	
В.	Обратная транскриптаза	+
Г.	Трансмембранный белок	

132. Максимальная продолжительность латентной форма ВИЧ— инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	До 6 месяцев	
Б.	6-12 месяцев	
В.	2-5 лет	
Г.	Более 10- 15 лет	+

133. Ведущая причина иммунодефицита и поражения различных органов и тканей при ВИЧ - инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Формирование аутоантител к тетрапептидам мембран клеток макроорганизма	
Б.	Цитопатическое действие вируса	
В.	Нарушение функции макрофагов	+
Г.	Снижение образования количества Т - лимфоцитов в костном мозге	

134. Отличие моно-нуклеозоподобного синдрома при острой ВИЧ-инфекции от инфекционного мононуклеоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)

А.	Лихорадка	
Б.	Полиаденопатия	
В.	Тонзиллит	
Г.	Появление в крови молодых форм лимфоцитов	+

135. Гистологические изменения в лимфоузлах при острой ВИЧ — инфекции:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфогистиоцитарная инфильтрация	
Б.	Воспалительные изменения	
В.	Склерозирование лимфоидной ткани	
Г.	Гиперплазия лимфоидной ткани	+

136. Какая структурная единица ВИЧ обеспечивает синтез ДНК на матрице РНК вируса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Внешний белок мембраны	
Б.	Белки сердцевины вириона	
В.	Обратная транскриптаза	+
Г.	Трансмембранный белок	

137. Наиболее частые варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Артралгический	
Б.	Диспепсический	+
В.	Астеновегетативный	
Г.	Латентный	

138. Механизм передачи вирусного гепатита В:

Поле для	Варианты ответов	Правильный

выбора ответа		ый ответ (+)
А.	Аэрозольный	
Б.	Контактный	
В.	Парентеральный	+
Г.	Трансмиссивный	

139. Вирус гепатита В:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильн ый ответ (+)
А.	РНК - содержащий гепаднавирус	
Б.	ДНК - содержащий гепаднавирус	+
В.	ДНК - содержащий энтеровирус	
Г.	РНК - содержащий пикорнавирус	

140. Для лечения вирусного гепатита С применяют преимущественно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильн ый ответ (+)
А.	Интерферон	+
Б.	Ацикловир	
В.	Фоскарнет	
Г.	Азидотимидин	

141. Характерный признак наличия острой смешанной инфекции гепатита В и гепатита Д:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильн ый ответ (+)
А.	Выявление в крови HBs антигена	
Б.	Выявление в крови HBe антигена	
В.	Тяжелое течение заболевания	
Г.	Двухфазное течение болезни с клинико-ферментативными обострениями на 15 - 32 день от начала желтухи	+

142. Для вирусного гепатита В характерно преобладание

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Типичных легких форм болезни	
Б.	Среднетяжелых форм болезни	+
В.	Тяжелых форм болезни	
Г.	Злокачественных форм болезни	

143. Основной путь передачи гепатита В детям первого года жизни:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Грудное молоко	
Б.	Интранатальный	+
В.	Контактный	
Г.	Трансплацентарный	

144. При злокачественной форме вирусных гепатитов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Увеличиваются размеры печени	
Б.	В клиническом анализе крови регистрируется лейкопения, лимфоцитоз	
В.	Уменьшаются размеры печени	+
Г.	Уменьшается желтуха	

145. Возбудитель бешенства относится к семейству:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Retroviridae	
Б.	Herpesviridae	
В.	Rhabdoviridae	+

Г.	Togaviridae	
----	-------------	--

146. К какой группе заболеваний относят бешенство?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Антропонозам	
Б.	Зоонозам	+
В.	Зооантропонозам	
Г.	Сапронозам	

147. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Нарастанием мышечного тонуса	
Б.	Нормализацией сердечной деятельности	
В.	Параличи развиваются по нисходящему типу	
Г.	Летальным исходом у 100 % больных	+

148. Паралитический период бешенства характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Гипотермией	
Б.	Прояснением сознания и прекращением признаков гидрофобии	+
В.	Нарастанием мышечного тонуса	
Г.	Нормализацией сердечной деятельности	

149. Основным фактором патогенеза столбняка является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Воздействие токсина на двигательные волокна периферических нервов	
Б.	Снятие тормозного действия вставочных нейронов на мотонейроны	+

В.	Общее воздействие токсина на кору головного мозга	
Г.	Все перечисленное	

150. Анатоксин столбнячный вводят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Подкожно	+
Б.	Внутривенно	
В.	Внутрикожно	
Г.	Внутримышечно	

151. Возбудителем рожи является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Стафилококк	
Б.	Клебсиелла	
В.	Бета-гемолитический стрептококк	+
Г.	Пневмококк	

152. Наиболее частая локализация рожи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Живот	
Б.	Грудная клетка	
В.	Верхние конечности	
Г.	Нижние конечности	+

153. Наиболее ранним симптомом при первичной роже является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Появление эритемы на коже	

Б.	Боли в очаге поражения	
В.	Повышение температуры с ознобом	+
Г.	Отек мягких тканей в очаге поражения	

154. Какой антибактериальный препарат используется для лечения сибирской язвы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Пенициллин	+
Б.	Эритромицин	
В.	Бисептол	
Г.	Линкомицин	

155. Синонимом названия «сибирская язва» является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Экссудативная эритема	
Б.	Злокачественный карбункул	+
В.	Эризипеллоид	
Г.	Шанкرويد	

156. При кожной форме сибирской язвы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	Лимфаденит, как правило, безболезненный	
Б.	Струп в центре карбункула отторгается через 2-4 недели	
В.	Нагноение в области карбункула, как правило, не наблюдается	
Г.	С первого дня болезни характерна выраженная лихорадка	+

157. Для проведения иммунотерапии сибирской язвы используют:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
------------------------	------------------	----------------------

А.	Специфический глобулин	+
Б.	Противосибирезвенную сыворотку	
В.	Противосибирезвенную вакцину	
Г.	Нормальный человеческий иммуноглобулин	

158. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
А.	От 8 до 12 часов	
Б.	От 2 до 3 дней	+
В.	От 5 до 7 дней	
Г.	Более 2-х недель	

159. Для вируса кори характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	Высокая устойчивость в окружающей среде	
Е.	Длительно сохраняется на предметах обихода	
Ж.	Низкая устойчивость в окружающей среде	+
З.	Длительно сохраняется в воде	

160. Инкубационный период кори имеет продолжительность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Правильный ответ (+)
Д.	7-20 дней	
Е.	9-21 дней	+
Ж.	4-14 дней	
З.	11-21 день	

Комплект ситуационных задач для проведения промежуточной аттестации

Ситуационная задача №1

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20.08. с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14.08., когда повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19.08. заметил потемнение мочи и посветление кала. 20.08. появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живет в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учебы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 уд/мин, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезенка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АЛТ – 640 МЕ/л, АСТ – 488 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

Эталон ответа

1. Наиболее вероятный диагноз: вирусный гепатит А, желтушный вариант, средней тяжести.

2. Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: возраст пациента, живет в общежитии, питается в столовой, на основании симптомов начала заболевания: преджелтушный период по «диспепсическому» варианту, наличия симптомов поражения печени: желтуха, гепатомегалия, темный цвет мочи, осветленный кал.

3. План лабораторной диагностики: кровь маркеры вирусного гепатита А: anti-HAV IgM, общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на биохимические показатели: билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, альбумин, кровь на коагулограмму, УЗИ органов брюшной полости.

4. Основу терапии при ВГА составляет базисная терапия: режим полупостельный и диета белково-углеводная, дезинтоксикационная терапия – энтеросорбенты, обильное питье до 2,0-3,0х л в сутки, поливитамины, в период реконвалесценции – гепатопротекторы, желчегонные препараты.

5. Используют специфическую и неспецифическую профилактику. Специфическую профилактику осуществляют инактивированными вакцинами (Аваксим, Вакта, Хаврикс-720, Хаврикс 1440). Вакцинация против ВГА включена в календарь прививок по эпидемическим показаниям. Вакцинация против ВГА разрешена с 12 мес. 2 дозы с интервалом в 6 мес.

Неспецифическая профилактика включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение доброкачественной питьевой водой и продуктами питания.

Ситуационная задача №2

Больной А. 18 лет вызвал врача на дом по поводу жалоб на слабость, повышенную температуру тела. В течение 7 дней головная боль, температура 38 °С, недомогание.

Лечился амбулаторно, диагноз «ОРВИ». На 8 день болезни появилась темная моча, окружающие заметили желтушность кожи и склер, в связи с чем госпитализирован.

Объективно: иктеричность кожи и видимых слизистых, адинамия.

Отмечает незначительный кожный зуд. Тоны сердца приглушены, пульс – 58 уд/мин, АД 95/60мм рт.ст. Живот чувствительный при пальпации в области правого подреберья. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги, край эластичный, чувствительный при пальпации.

Селезёнка не пальпируется. Моча цвета «пива», кал обесцвечен. Известно, что «желтухой» заболели ещё несколько человек по месту учёбы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3.Перечислите и обоснуйте клинические синдромы периода разгара болезни.
- 4.Проведите клинико-патогенетические параллели между клиническими и патогенетическими синдромами данного заболевания.
- 5.Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики.

Эталон ответа

- 1.Наиболее вероятный диагноз: вирусный гепатит А.
- 2.Диагноз установлен на основании эпидемиологического анамнеза: возраст пациента, по месту учебы имеются случаи заболевания «желтухой», на основании симптомов начала заболевания преджелтушный период по «гриппоподобному» варианту, наличия симптомов поражения печени: желтуха, темный цвет мочи, осветленный кал.
- 3.Клинические синдромы периода разгара болезни желтуха, темная моча, светлый кал, гепатомегалия, наличие кожного зуда, что свидетельствует о наличии холестаза.
- 4.В преджелтушный период (первая неделя болезни), после репликации вируса в печени вирус попадает в кровь, у пациента вирусемия, сопровождающаяся катаральными и диспепсическими симптомами. Затем, после выработки специфических антител, уровень вирусемии быстро снижается, самочувствие пациента улучшается, но в печени продолжается воспаление, что сопровождается появлением цитолитического и холестатического синдромов.
5. План лабораторной диагностики: кровь маркеры вирусного гепатита А: anti-HAV IgM, общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на биохимические показатели: билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, альбумин, кровь на коагулограмму, УЗИ органов брюшной полости.

Ситуационная задача №3

Девочка 10 лет, поступила в стационар на 9-й день болезни. Заболела остро с подъема температуры тела до 38°C. До настоящего времени сохраняется повышенная температура тела. Жалуется на головную боль, слабость, аппетит снижен. Появился жидкий стул с примесью небольшого количества слизи желтого цвета до 3-4 раз в сутки. При поступлении в стационар: температура тела 38°C, ребенок бледен, вял, сонлив. Язык густо обложен грязно-серым налетом, утолщен, по краям его видны отпечатки зубов, на губах везикулезные высыпания. Тоны сердца приглушены. Пульс 48 ударов в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, где отмечается урчание и притупление перкуторного звука. Кожа чистая, ладони и подошвы стоп желтоватой окраски. Печень и селезенка выступают ниже края реберной дуги на 3 см. За две недели до заболевания находилась в деревне, где купалась в пруду и пила воду из колодца, ела немытые овощи и фрукты. В семье двое детей: 5 лет (посещает детский сад) и 12 лет (школьник), родители здоровы. Общий анализ крови: Нв - 125 г/л, Эр - 4,0x10¹²/л, Лейк - 5,6x10⁹/л; п/я - 6%, с/я - 55%, э - 0%, л - 32%, м - 7%; СОЭ - 22 мм/час. Копрограмма: консистенция - жидкая, реакция - щелочная, слизь - большое количество, реакция на скрытую кровь (+++), стеркобилин (+), билирубин (-), мышечные волокна - небольшое количество без исчерченности, нейтральный жир - нет, жирные кислоты - нет, мыла (++) , крахмал (++) , йодофильная флора (+), лейкоциты - (+++), эритроциты - (++) , яйца глистов - нет, дрожжевые грибы (++) . РИГА: с комплексным дизентерийным - отрицательная, с комплексным сальмонеллезным диагностикумом - 1:80. Исследования копрофильтрата на антиген ротавируса в ИФА - отрицательно.

Вопросы, на которые нужно ответить:

- 1.О каком заболевании следует думать? Какой симптом, характерный для данного заболевания отсутствует?
- 2.Дайте оценку проведенных лабораторных исследований. Какие результаты дополнительных исследований могут подтвердить предполагаемый клинический диагноз?
3. Какова продолжительность строгого постельного режима и показания для расширения диеты?
4. Назначьте этиотропную терапию (режим дозирования и продолжительность курса лечения).

Эталон ответа

1. Брюшной тиф, типичный, среднетяжелая форма. В клинической картине отсутствуют характерные для брюшного тифа высыпания - розеола.

2. При лабораторном исследовании выявлены типичные изменения в гемограмме - сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п/я 6%), анэозинофилия, ускоренная СОЭ. При копрологическом анализе повышено количество лейкоцитов, эритроцитов, обнаружена скрытая кровь. Подтверждение диагноза возможно при обнаружении возбудителя в биоматериале и специфических антител в крови больного. Для бактериологического анализа используют кровь, кал, мочу, желчь, а также ликвор, гной, экссудат, соскоб с розеол. Серологические методы позволяют обнаружить специфические антитела в крови. Чаще всего применяют реакцию Видяля и РНГА с использованием О-, Н- и Vi- антигенов. Диагноз брюшного тифа считается серологически подтвержденным при титре антител 1:200 или при нарастании титра антител в 2-3 раза. Для экспресс-диагностики брюшного тифа используют реакции, направленные на обнаружение антигена в фекалиях, моче, - иммунофлюоресцентный метод, ИФА.

3. Больные брюшным тифом, независимо от тяжести заболевания, подлежат обязательной госпитализации. В эпидемиологическом отношении наибольшую опасность представляют больные легкими и стертыми формами брюшного тифа, поскольку они нередко сохраняют подвижный образ жизни и рассеивают возбудителя во внешнюю среду.

4. Строгий постельный режим необходимо соблюдать на протяжении всего лихорадочного периода болезни. Из рациона исключают острые, раздражающие продукты питания, а также картофель и цельное молоко, которые провоцируют или усиливают синдром энтерита. Переход на обычную диету можно разрешить на 15-20 день после установления нормальной температуры. Из средств этиотропной терапии применяют левомицетин по 0,25 г 4 раза в сутки энтерально. Левомицетин применяют на протяжении всего лихорадочного периода и еще 7-10 дней после установления нормальной температуры тела. Для эффективности санации можно комбинировать левомицетин с нитрофуранами (фурагином, фуразолидоном). Кроме того, можно использовать ампициллин, бактрим, лидаприм.

Ситуационная задача №4

Больная И., 50 лет поступила в инфекционное отделение через 8 часов после начала заболевания. Болезнь началась остро: одновременно появились боли по всему животу, тошнота, поднялась температура до 39,00С. Частый (до 15 раз) жидкий необильный стул, с незначительной примесью слизи и крови. Стала нарастать слабость, вялость, присоединилась головная боль. Заболевание связывает с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника. При осмотре вес больной 72,5 кг до болезни вес 74, адинамична, лицо бледное, кожа и слизистые сухие. Пульс 100 уд в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 100 и 60 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Язык сухой. Живот несколько вздут. При пальпации умеренные боли по всему животу, но особенно по ходу толстого кишечника, больше слева. В левой подвздошной области пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка. Больная отмечает появление тенезмов. В результате комплексной терапии (с включением антибактериальной) через сутки снизилась температура, стал реже стул, исчезли патологические примеси в кале.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Какие симптомы указывают на среднетяжелое течение болезни?
3. Составьте план обследования.
4. Лечение.

Эталон ответа

1. Шигеллез клинически, колитический вариант, синдром гемоколита. Среднетяжелая форма, дегидратация 1-й степени. Острое течение. Диагноз поставлен на основании острого начала, температуры 39 С, выраженного колитического синдрома – частый необильный жидкий стул до 15 раз со слизью и кровью, тенезмы, болезненность при пальпации толстого кишечника, больше слева, где пальпируется болезненная, умеренно спазмированная, уплотненная сигмовидная кишка; связь заболевания с употреблением творога, купленного на рынке и хранившегося вне холодильника.

2. Повышение температуры до 39С, умеренно выраженные симптомы интоксикации – вялость, адинамия, бледность кожных покровов, пульс 100 уд в мин, умеренное снижение АД до 100 и 60мм.рт. ст., глухость сердечных тонов, частота стула до 15 раз, незначительное количество слизи и крови в каловых массах. Дегидратация 1 степени.

3.ОАК; копроскопия (обнаружение патологических примесей); бактериологическое исследование – посев кала с целью выделения культуры возбудителя; серологическое обследование (РПГА, ИФА, РКА, РСК, реакция агрегатгемаглюцинации).

4.Госпитализация в инфекционное отделение по клиническим и эпидемиологическим показаниям; диета: механическое, химическое и термическое щажение ЖКТ; создание условий для нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках. Исключаются механические, химические и термические раздражители; продукты, способствующие бродильным и гнилостным процессам в кишках, трудноперевариваемая пища, сильные стимуляторы

желчеотделения, секреторной функции желудка и поджелудочной железы, а также вещества, раздражающие печень). Кулинарная обработка. Пищу варят, готовят на пару и используют в жидком, пюреобразном и протертом виде. Режим питания. Дробный прием пищи в теплом виде до 3-6 раз в сутки при соблюдении постельного режима. Антибактериальные препараты: ципрофлоксацин 0,5 г х 1 раз в сутки или ампициллин в суточной дозе 4-6 г. Длительность а/б терапии в среднем 5-7 дней. Коррекция водно-солевого баланса (потеря жидкости у больной 74 кг- 72,5 кг- 1,5 кг или 2%. Назначают растворы - Оралит (Регидрон, Глюкосолан) из расчета 74000 гр х 0,02 около 1500 мл в течении первых 3-4 часов), в последующем объем жидкости рассчитывается с учетом диуреза, перспирации и дополнительно 100-200 мл на каждый акт дефекации. Для купирования болевого синдрома – дротаверин 0,04 х 3 раза в сутки. Для связывания и выведения токсина назначают энтеросорбенты: смекта/неосмектин 1-2 пакета 2-3 раза в сутки. Для коррекции и компенсации пищеварительной недостаточности применяют ферментные препараты – ацетилпепсин и ферменты поджелудочной железы (креон, панкреатин).

Ситуационная задача №5

Больная С., 36 лет, заболела остро, когда появилась лихорадка до 38,4°C с ознобом, выраженная слабость, разбитость, головная боль. На следующий день появились боли по всему животу и жидкий светло-коричневый обильный стул до 18 раз со слизью. Самостоятельно принимала жаропонижающие, смекту – без эффекта. Врачом скорой помощи госпитализирована в инфекционный стационар с подозрением на ОКИ. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,9°C. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, внизу живота, урчит. Стул в приемном покое жидкий, светло-коричневый, со слизью. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в детском саду, где работает больная, было несколько случаев диареи у детей.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование. Обязательна ли госпитализация данной пациентки?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Назначьте этиотропную терапию.
4. Какова типичная локализация болевого синдрома при данном заболевании?
5. Перечислите формы заболевания согласно классификации.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала с симптомов интоксикации, энтероколитического синдрома, сведений эпиданамнеза. Госпитализация обязательная, т.к. больная относится к декретированной группе.

2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу при поступлении и через 2 дня на третий после отмены антибактериальной терапии (Приказ No 475), серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА) не ранее чем через 7-10 дней от начала заболевания, при необходимости – ректороманоскопия.

3. Антибактериальные препараты фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, норфлоксацин и пр.).

4. В левой подвздошной области, в проекции сигмовидной кишки.

5. Острая дизентерия (колитический, гастроэнтеритический, гастроэнтероколитический варианты), хроническая дизентерия (рецидивирующее, непрерывное течение), бактерионосительство.

Ситуационная задача №6

Больная В., 32 лет, продавец в магазине «Молоко», заболела остро, когда появилась слабость, недомогание, умеренная головная боль, познабливание, затем чувство жара. Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу,

кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. Самостоятельно приняла 2 таблетки интестопана. На следующий день боли усилились, появился выраженный метеоризм. Участился стул до 15 раз. В испражнениях заметила большое количество слизи. Повысилась температура тела до 39,4°C. Вызван на дом врач, который направил пациентку на госпитализацию в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция. Больная проживает в отдельной квартире с семьей из 3 человек. Члены семьи здоровы. Заболеваний желудочно-кишечного тракта в анамнезе нет. При осмотре: больная вялая, температура тела – 38,8°C. Тургор кожи сохранен. Пульс -96/мин., АД - 115/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот мягкий, урчит по ходу кишечника, при пальпации отмечается болезненность в мезогастррии, внизу живота, больше слева. Стул светло-коричневый, жидкий, со слизью.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какое лабораторное исследование обязательно?
3. Наметьте план лечения больной.
4. Назовите сходства и различия данного заболевания с ПТИ.
5. Правила выписки декретированной группы населения.

Эталон ответа

1. Острый шигеллез, энтероколитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, энтероколитического синдрома (частый жидкий стул со слизью, боли в мезогастррии и внизу живота).

2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА).

3. Стол № 4, фторхинолоны, дезинтоксикационная терапия, ферменты, сорбенты.

4. Сходство: острое начало, схваткообразные боли в животе, познабливание. Различие: увеличивающийся по кратности жидкий стул, метеоризм, слизь в кале, повышение температуры на второй день заболевания.

5. Выписка производится после однократного отрицательного результата контрольного бактериологического посева кала, забор которого осуществляется через два дня на третий после отмены антибиотиков, и в состоянии клинического выздоровления.

Ситуационная задача №7

Больная Н., 32 года, воспитатель в детском саду, предъявляет жалобы на незначительную слабость, кашицеобразный стул. В детском саду выявлено несколько случаев острой кишечной инфекции у детей за последние 4 дня. У одного из заболевших детей при бактериологическом исследовании кала выделена *Shigella Sonnei*. При осмотре инфекционистом поликлиники: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Язык влажный, несколько обложен у корня. Живот мягкий, немного болезненный по ходу толстого кишечника, умеренно урчит. Стул кашицеобразный каловый, с примесью слизи, до 3 раз.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Как подтвердить диагноз?
3. Необходима ли госпитализация?
4. Составьте план лечения.
5. Кто является источником инфекции при данном заболевании?

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.

2. Копрология, бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, серологическое исследование сыворотки крови (РНГА, ИФА), при необходимости – ректороманоскопия.

3. Да, т.к. больная относится к декретированной группе.

4. Антибактериальная терапия фторхинолонами, адсорбенты, пероральная дезинтоксикация.

5. Человек, больной острой или хронической формой дизентерии, а также носитель - реконвалесцентный или транзиторный.

Ситуационная задача № 8

Больная Г., 20 лет, заболела остро накануне днем, когда появилась тошнота, рвота пищей, жидкий скудный стул с обильным количеством слизи, спастические боли по всему животу, повысилась температура тела до 38°C. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционное отделение. Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла в пищу некипяченое молоко, купленное из бочки на улице. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 19/мин. Пульс - 90/мин., АД - 115/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул скудный, слизистый, без примеси крови.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Перечислите основные патогенетические звенья развития диареи при данном заболевании.
4. Укажите механизм действия лекарственных средств, направленных на купирование диарейного синдрома.
5. Перечислите виды возбудителя острой дизентерии.

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, гастроколитический вариант, средней тяжести.
2. РАК, ОАМ, Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, К⁺, Na⁺).
3. Бактериальные токсины индуцируют циклооксигеназу, что в свою очередь приводит к внутриклеточному накоплению цАМФ, которое в свою очередь приводит к секреции энтероцитами электролитов и воды в просвет кишки. Это же приводит к накоплению простагландинов, в стенке кишки, что приводит к усилению трансудации плазмы через кишечную стенку.
4. НПВС, ингибируя циклооксигеназу-2, приводят к снижению синтеза простагландинов, тем самым купируя воспалительные явления. Препараты кальция (Кальция хлорид, кальция глюконат) ингибируют аденилациклазу, тем самым приводя к снижению внутриклеточного уровня цАМФ приводят к купированию потери электролитов и воды.
5. *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii*, *Shigella sonnei*.

Ситуационная задача №9

Больной Ф., 24 года, обратился самостоятельно на 4-ый день заболевания с жалобами на умеренные боли в животе, повышение температуры тела до 37,1°C, жидкий стул 2-3 раза в день скудный, слизистый. Из эпидемиологического анамнеза: 5 дней назад больной с друзьями был на пикнике за городом, где употребляли в пищу салаты, жареную рыбу приготовленные там же, а так же в соседней деревне покупали молоко у частных лиц. 2 друга больного госпитализированы в инфекционную больницу с диагнозом: Острая дизентерия. При осмотре в приемном покое: состояние удовлетворительное, слабость. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18/мин. Пульс - 80/мин., АД - 125/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот незначительно болезненный в проекции сигмовидной кишки, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стула при осмотре нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите показания для госпитализации больным с данной патологией.
3. Составьте план обследования больного.
4. Составьте план амбулаторного лечения больного.
5. Укажите механизм передачи заболевания.

Эталон ответа

1. Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
2. Выраженные симптомы интоксикации, угроза развития ИТШ или ГВШ, выраженный гемоколит, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст. Так же госпитализации подлежат все декретированные лица.

3.РАК, ОАМ, Бактериологическое исследование кала на дизентерийную группу, сальмонеллез, биохимический анализ крови (мочевина, амилаза, К⁺, Na⁺), РНГА с дизентерийным диагностикумом.

4.Стол № 46, Таб. Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день после еды 5 дней и/или Рифаксимин 0,2г 3 раза в день после еды 5 дней, после отмены антибиотиков Бифидумбактерин 10 доз 3 раза в день за 30 минут до еды 14 дней или Нормобакт 1 пакетик 1 раз в день во время еды 14 дней и Хилак форте 30 капель 2 раза в день до еды 1 месяц. Регидрон до 2х литров в день перорально.

5.Фекально-оральный механизм передачи.

Ситуационная задача №10

Больная З., 35 лет, заболела остро 1 день назад, когда появилась тошнота, боли в животе вокруг пупка спастического характера, болезненные позывы к дефекации со скудным отделяемым в виде слизи с примесью крови, температура тела повысилась до 38°С. Вызвала «скорую помощь», госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: Острая кишечная инфекция. Из эпидемиологического анамнеза: 2 дня назад употребляла в пищу деревенскую сметану и деревенский творог. При осмотре в приемном покое: состояние средней тяжести, слабость, тошнота, спастические боли в животе. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор сохранен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Пульс - 92/мин., АД - 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Температура тела 38,4°С. Живот болезненный в левой подвздошной области, урчит. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул по типу «ректального плевка», тенезмы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Перечислите показания для проведения ректороманоскопии.
4. Составьте план лечения больной.
5. Проводится ли специфическая профилактика заболевания?

Эталон ответа

- 1.Острая дизентерия, колитический вариант, легкое течение.
- 2.Общеклиническое, бактериологическое, серологическое.
- 3.Дифференциальная диагностика дизентерии с другими заболеваниями, отсутствие эффекта от лечения.
- 4.Соблюдение диеты, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, ферменты, адсорбенты.
- 5.Не проводится – не разработана.

Ситуационная задача №11

Больная, 50 лет, санитарка терапевтического отделения, почувствовала недомогание - закружилась и заболела голова, появились слабость, тошнота, затем рвота и многократный жидкий водянистый стул. Выяснилось, что утром она позавтракала бутербродами с колбасой, пролежавшей за окном 3 дня. В отделении сделано промывание желудка, после чего больной стало легче. Однако жидкий стул продолжался, появились кратковременные судороги икроножных мышц, повысилась температура тела до 38,5 °С. Состояние средней тяжести, больная бледная, цианоз губ, пульс 102 в минуту, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, сухой, мучает жажда. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области и в области пупка, урчание. Симптомов раздражения брюшины нет. Количество мочи скудное, поколачивание по пояснице безболезненно. Менингеальных симптомов нет. Был обильный стул зеленого цвета, судороги мышц стали чаще и продолжительнее.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте оценку тяжести состояния.
3. Какие клинические данные свидетельствуют об обезвоживании?
4. Проанализируйте действия врача и дайте им оценку. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1.Острое начало болезни, головная боль, головокружение, слабость, тошнота, рвота, многократный обильный водянистый, зловонный, зеленоватый стул, небольшая боль в животе, связь заболевания с употреблением в пищу несвежей колбасы, бледность, судороги, тахикардия, гипотензия позволяют думать об острой диарейной инфекции. Скорее всего это сальмонеллез.

2. Состояние тяжелое. У больной выражены интоксикация (повышение температуры тела, головная боль), признаки гастроэнтерита (рвота, жидкий обильный стул), обезвоживание.

3. Признаки обезвоживания: бледность, цианоз, сухость во рту, жажда, гипотензия, тахикардия, отсутствие мочи, продолжение диареи.

4. Лечебную помощь больной следует считать неудовлетворительной. В начале заболевания, после промывания желудка, не была начата регидратация, которая могла ограничиться оральным приемом солевого раствора, из расчета, что при обезвоживании II степени и массе тела 70 кг потеря жидкости составила 3,5 л, которые следовало возместить в течение 2-3 ч. Отсутствие своевременного лечения, продолжающаяся потеря жидкости усугубили обезвоживание (олигурия, судороги), что требует экстренного проведения внутривенной регидратации, адекватной III степени обезвоживания.

Ситуационная задача №12

Девочка М. 15 лет, заболела в сентябре остро с озноба, повышения температура тела до 40 С, головной боли, слабости. Отмечалась инъектированность склер, гиперемия лица. Получала лечение по поводу ОРВИ, с 4 дня болезни назначен ампициллин энтерально, а на 5 сутки – внутримышечно. В эпиданамнезе установлен контакт с грызунами. Состояние характеризовалось нарастанием вялости, сонливости, сохранялась фебрильная температура тела, появились мышечные боли в икроножных мышцах, пояснице, на 8 день болезни – желтушность кожи и склер, темная моча. На 10 день - больная госпитализируется. В развитии заболевания отмечается ухудшение состояния: выражены симптомы интоксикации, беспокойство сменяется апатией, кожные покровы бледные, цианотичные, холодные, влажные. АД значительно снижено. Выражена тахикардия, но пульс удовлетворительного наполнения. Одышка- 46 в 1 мин. Олигоанурия. Тяжесть состояния больной усугублялась появлением геморрагической сыпи на коже, носовых кровотечений, кровоизлияний в склеры. В гемограмме: Нв – 90 г/л, лейкоциты – 19,8 х 10⁹/л, э – 0, п/я – 8%, с/я – 55%, л – 32%, м – 5%, анизоц.+++ , пойкил.+++ , СОЭ – 50 мм/час. В БАК билирубин 80,0 мкмоль/л, АЛАТ – 22,0 Е/л, АСАТ – 18,2 Е/л, тимол. проба – 7,2, ПТИ – 76%, мочевины – 57 ммоль/л, креатинин – 120 ммоль/л. В ОАМ – цвет «пива», белок – 8г/л, цилиндры гиалин. – 8 – 7 – 9 – в п/зр, зернистые – 10 – 12 в п/зр, лейкоциты – 24 – 32 в п/зр. На 15 день болезни в моче обнаружена *L. icterohaemorrhagiae*, нарастание титра антител в РМА с 1:20 до 1:100 к 21 дню. На рентгенограмме признаки левосторонней мелкоочаговой пневмонии.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании необходимо думать? Поставьте диагноз.
2. Какова эпидемиология данного заболевания?
3. Оцените лабораторные данные, подтверждающие диагноз.
4. Определите лечебную тактику.
5. Укажите принципы профилактики.

Эталон ответа

1. Лептоспироз, инфекционно-токсическая форма, осложнённая левосторонней пневмонией, среднетяжелое течение.

2. Для эпидемиологии характерно: природная очаговость и проявление заболеваемости в виде спорадических случаев, при этом очаги инфекции расположены в лесной зоне, в поймах рек, в сырых заболоченных местах. Источником для человека могут быть многие дикие и сельскохозяйственные животные, которые длительно выделяют лептоспиры с мочой и поэтому легко инфицируют окружающую среду (открытые водоемы, почву, пищевые продукты), что может служить источником заражения крупного рогатого скота, свиней, лошадей, собак, а также человека. Заражение человека происходит при купании в инфицированных водоемах, при контакте с зараженными предметами и при употреблении инфицированной пищи. Заражение от больного человека не наблюдается. Наибольшее число заболеваний регистрируется среди сельских жителей в теплое время года (летом и осенью) во время сельскохозяйственных работ. Заболевание лептоспирозом возможно в любом возрасте, но чаще болеют дети старших возрастных групп. Заражение детей в основном происходит во время купания в инфицированных водоемах (прудах, карьерах), а взрослых – при сельскохозяйственных работах.

3. В гемограмме – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ (до 50 мм/час), анемия. Диагноз лептоспироза был подтвержден обнаружением *L. icterohaemorrhagiae* в моче на 15 день болезни и нарастанием титра антител в РМА с 1:20 до 1:100 к 21 дню.

4.Лечение. Больному лептоспирозом необходим постельный режим и молочно-растительная диета с учетом степени поражения печени и почек. Антибактериальная терапия - пенициллин, который вводят внутримышечно из расчета 100-150 тыс.ед. на кг массы тела в сутки в 4-6 приемов. Продолжительность лечения антибиотиками – 7-10 дней. Дезинтоксикационная терапия (инфузия глюкозо-солевыми растворами 1:2 в объеме 500 мл). Специфический поливалентный иммуноглобулин в/м 5 мл 2 раза.

Борьба с гипертермией: литические смеси, нестероидные противовоспалительные – диклофенак 2 мг/кг для детей старше 6 лет. По показаниям (тяжелая интоксикация) назначают кортикостероидные гормоны коротким курсом (5-7 дней). Проводится общеукрепляющая, симптоматическая и посиндромная терапия.

5.Профилактика лептоспироза основывается на комплексе медико-санитарных и ветеринарно-санитарных мероприятий. В системе мер профилактики лептоспироза важное место занимает борьба с источником инфекции: уничтожение грызунов, ветеринарный надзор за скотом, защита водоемных и продуктов питания от загрязнения выделениями грызунов, охрана мест, предназначенных для купания, рациональная мелиорация и др. Запрещается купание в загрязненных водоемах, использование в пищу мяса больных животных без достаточной термической обработки и питье сырой воды. По эпидемическим показаниям проводят массовую иммунизацию животных, а также людей, подвергающихся опасности заражения, поливалентной убитой лептоспирозной вакциной, содержащей взвесь трех типов лептоспир. Вакцину вводят двукратно с 7-10-дневным перерывом. После прививки невосприимчивость к лептоспирозу сохраняется около года. Поэтому рекомендуется через год проводить ревакцинацию.

Ситуационная задача №13

У ребенка, посещающего детский сад, появились боли в животе, общее недомогание. Родители обеспокоены также снижением у ребенка аппетита и расстройством пищеварения. При анализе дуоденального содержимого обнаружены одноклеточные простейшие грушевидной формы с двумя ядрами и четырьмя парами жгутиков.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Инвазию каким паразитом можно предположить?
2. К какому классу простейших относится этот паразит? Назовите морфологические черты представителей этого класса?
3. Назовите меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа

- 1.В данном случае можно предположить заражение лямблиями (лямблиоз).
- 2.Этот паразит относится к классу Жгутиковые. Характерной особенностью строения лямблии является наличие двусторонней симметрии; тело – грушевидной формы, наличие четырех пар жгутиков, двух крупных ядер в цитоплазме, присасывательных дисков на вентральной поверхности. Паразит локализуется в двенадцатиперстной кишке и в желчевыводящих путях печени.

3.Основными мерами профилактики данного заболевания является соблюдение правил личной гигиены (употребление кипяченой воды, хорошо промытых овощей и фруктов, борьба с механическими переносчиками цист).

Ситуационная задача №14

Работница предприятия по переработке свежей рыбы обратилась к врачу с жалобами на боли в животе, расстройство пищеварения. Ее беспокоят плохое самочувствие, сильная слабость, частые головокружения. При исследовании крови у больного обнаружена анемия, обусловленная дефицитом витамина В₁₂. В фекалиях обнаружены членики характерной формы: их ширина в несколько раз больше длины.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Инвазию каким паразитом можно предположить?
2. Где локализуется паразит? Каковы его морфологические особенности и черты приспособления к паразитизму?
3. Укажите меры профилактики заболевания.

Эталон ответа

1. Работница заразилась при употреблении в пищу рыбы. Произошла инвазия широким лентецом. Заболевание называется дифиллоботриоз.

2. Половозрелая стадия паразита локализуется в тонком кишечнике человека. Приспособление к паразитизму: лентовидная форма тела (длина до 10м), головка снабжена ботриями, тело покрыто тегументом – защитной оболочкой. У паразита отсутствует пищеварительная система, так как питается осмотически, поглощает питательные вещества всей поверхностью тела. По типу диссимиляции, они анаэробы.

3. Личная профилактика – термическая обработка рыбных продуктов. Общественная профилактика – очистка сточных вод, ликвидация зараженной рыбы.

Ситуационная задача №15

Девочка 5 лет, заболела остро: температура 38,5° С, головная боль, слабость, снижение аппетита, мышечные боли. На 8 день болезни температура субфебрильная, отмечалось увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов. Ребенок госпитализирован. Эпидемический анамнез: в доме есть кошка и собака. При поступлении: состояние ближе к тяжелому, субфебрилитет, отказ от еды, вялость. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен. Увеличены все группы лимфоузлов до 1 см в диаметре, уплотнены, слегка болезненны при пальпации. Тоны сердца средней звучности, пульс 108 уд/мин; в легких везикулярное дыхание. Гипертрофия миндалин 2 степени, без воспалительных изменений. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - 1 см. Стул, диурез не изменены. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Температура нормализовалась на 19 день болезни, лимфаденопатия отмечалась в течение 1,5 месяцев. Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, Эр - $3,2 \times 10^6$ /л, L - $5,6 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, э - 6%, с/я - 38%, л - 44%, м - 7%; СОЭ - 33 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый; прозрачность - полная, относительная плотность - 1012; белок - 0,033%, сахара - нет, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, эритроциты - единичные в поле зрения. Серологические маркеры: анти- CMV IgG (+), IgM (-); анти-хламидийные антитела IgG (+), IgM (-); анти- TOXO-IgG (-), анти - TOXO - IgM (+).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте клинический диагноз. Перечислите синдромы, характерные для данного заболевания.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Проведите дифференциальный диагноз со схожими инфекционными заболеваниями.
4. Представьте план лечения больного.
5. Какова профилактика заболевания?

Эталон ответа

1. Токсоплазмоз приобретенный, лимфаденопатическая форма, острое течение. Синдромы: интоксикационный синдром (повышение температуры тела до 38,5, бледность кожных покровов, отказ от еды, головная боль, вялость, слабость, снижение аппетита), синдром лимфаденопатии (увеличение всех групп лимфоузлов до 1 см. в диаметре, лимфоузлы уплотнены, слегка болезненны, гипертрофия небных миндалин 2 степени без воспалительных явлений), синдром гепатоспленомегалии (печень +3, селезенка +1 см.), мышечные боли.

2. Возбудитель токсоплазмоза (*T. gondii*) относится к типу простейших, классу споровиков, отряду кокцидий. Облигатный внутриклеточный паразит. Один конец закруглен, другой заострен. По Романовскому-Гимзе цитоплазма окрашивается в голубой цвет, а ядра – в рубиново-красный. Обладает убиквитарностью, поликсенностью, пантропизмом

3. Инфекционный мононуклеоз, фелиноз, листериоз, псевдотуберкулез, лейкоз, лимфогранулематоз, туберкулезный бронхо- и мезаденит, ревматизм, ЦМВ, герпес, банальный лимфаденит, ВИЧ-инфекция и другие.

4. При острых формах токсоплазмоза основой является этиотропная терапия. В качестве этиотропного лечения используют хлоридин (тиндулин, пириметамин, дараприм, фансидар) в сочетании с сульфаниламидными препаратами (сульфадимезин, сульфацидазин, бактрим, лидаприм и др.). Чаще этиотропное лечение назначается циклами по 5-7 дней с перерывами между ними в 7-10 дней. Обычно проводят 3 цикла, что составляет 1 курс. Хлоридин назначают в суточной дозе 0,5-1 мг/кг массы в 2 приема после еды в таблетках. Сульфадимезин – 0,1 мг/кг массы в сутки, сульфадиметоксин по 0,25 мг/кг в первый день и по 12,5 мг/кг в следующие дни в один прием с боржомом или содовой водой.

5. Меры специфической активной и пассивной профилактики отсутствуют. Основу профилактики токсоплазменного инфицирования и токсоплазмоза составляют мероприятия по ограничению распространения возбудителя в окружающей среде и профилактике

индивидуального инфицирования. К мероприятиям по ограничению распространения токсоплазм в окружающей среде относится контроль за популяцией диких кошек в данной местности (отлов и уничтожение беспризорных кошек), санитарное благополучие домашних кошек (учет и плановое обследование домашних животных, лечение выявленных больных кошек, исключение из рациона домашних животных сырого мяса и субпродуктов, запрет домашним кошкам охотиться на диких грызунов, ежедневная обработка кошачьего туалета). С целью профилактики индивидуального инфицирования запрещается употребление сырого или недостаточно термически обработанного мяса. Для разделки сырого мяса на кухне должна быть отдельная доска, которая должна тщательно мыться после каждого использования. Для профилактики инфицирования токсоплазмами необходимо тщательно мыть руки после контакта с сырым мясом, после садово-огородных работ, после общения с кошкой. Для детей достаточно значимую опасность представляют песочницы, которые практически повсеместно не имеют приспособлений для исключения доступа кошек, песок в них не подвергается сезонной обработке или замене. Столь же необходимо тщательно мыть все фрукты и овощи, употребляемые в пищу без термической обработки. Необходимо кипятить разливное молоко, не употреблять в пищу без кипячения парное молоко, в том числе и из личного подсобного хозяйства. Запрещается употребление "сырых" яиц или приготовленных «всмятку».

Ситуационная задача №16

Больной М., 55 лет, без определенного места жительства, поступил в инфекционное отделение с жалобами на боли в мышцах верхних и нижних конечностей, высокую температуру тела, общую слабость, жажду, отеки век, боли в области сердца. Заболел 10 дней назад, когда появилась общая слабость, боли и слабость в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе, боли в языке. За 2 дня до поступления заметил на туловище сыпь, отеки век и лица. Из эпидемиологического анамнеза: периодически употребляет в пищу мясо бездомных собак.

При осмотре: состояние тяжелое, контакту доступен. Температура тела 39,9°. Кисти рук, лицо, нижние конечности отечны. Пальпация мышц нижних конечностей болезненна. На кожных покровах спины, живота ярко-розовая пятнисто-папулезная обильная сыпь. Тоны сердца глухие, экстрасистолия, ЧСС-110/мин., АД-90/50 мм рт.ст. При перкуссии отмечается увеличение границ относительной сердечной тупости влево. Дыхание в легких ослаблено, хрипов нет, ЧДД-25/мин. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, чувствительная. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. В периферической крови: L-12, 8*10⁹/л, э-5%, СОЭ-15 мм/час. При ЭКГ-обследовании: синусовый ритм, экстрасистолия, снижение вольтажа, расширение QRS, диффузные изменения в миокарде.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Каков прогноз заболевания в данном конкретном случае.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Трихинеллез, тяжелое течение, осложненное миокардитом. Диагноз выставлен на основании интоксикации, миалгий, миастении, экзантемы, отеочного синдрома, гепатомегалии, тахикардии, гипотонии, аускультативных, перкуторных и ЭКГ-изменений в сердце, относительной анэозинофилии, сведений эпиданамнеза об употреблении в пищу мяса собаки.

2. Прогноз серьезный, возможен летальный исход, т.к. имеет место позднее обращение за медицинской помощью. Несоответствие уровня эозинофилов клинической картине заболевания в данном случае является неблагоприятным прогностическим признаком.

3. Место лечения зависит от фазы процесса и его выраженности: тяжёлые и среднетяжёлые острые формы лечат в условиях стационара, лёгкие и вялотекущие хронические формы могут лечиться амбулаторно. Во время лечения важно, чтобы в организм больного поступало достаточное количество жидкости. При необходимости проводятся дезинтоксикационные и десенсибилизирующие мероприятия: вводится большое количество жидкости, сорбентов, противоаллергических средств. В особых случаях показана гормонотерапия. Диета должна быть направлена на механическое и химическое щажение организма: мягкая пища, с исключением жирного, жареного, острого, солёного, копченого, а также аллергенных продуктов. На фоне лечения показан приём этиотропных противопаразитарных средств. Они оказывают наибольший эффект во время инкубационного и начального периода (при наличии предпосылок к диагнозу, подозрении или возможности быстрой диагностики), когда есть возможность воздействия на

кишечные формы паразита. На стадии мышечного развития эффективность данных препаратов снижается. При тяжёлом остром течении болезни возможно применение менее эффективных и безопасных схем лечения (чтобы избежать массивной гибели трихинелл и развития инфекционно-токсического шока) с последующей адекватной терапией после стабилизации состояния. В период выздоровления диета может расширяться, подключаются средства витаминного обмена и общеукрепляющие составы (витамины, антиоксиданты).

Ситуационная задача №17

Больной М. 27 лет обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни с жалобами на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной. Анамнез заболевания: заболел 15.01. в первой половине дня, когда почувствовал озноб, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль в области лба, боль при движении глазными яблоками. Ночью не спал, озноб сменялся чувством жара. На следующий день появился сухой кашель, заложенность носа, чувство першения за грудиной, температура повысилась до 39,5°C, головная боль усилилась. Эпидемиологический анамнез: за 2 дня до заболевания навещал друзей в общежитии, среди которых были лица с подобными симптомами. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Лицо одутловатое, несколько гиперемировано. На теле сыпи нет. Носовое дыхание затруднено. В зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба. В легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 уд/мин, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план лабораторного обследования больного для верификации диагноза.
4. Какие противовирусные препараты Вы бы рекомендовали пациенту? Назовите механизм их действия на вирусы гриппа. Обоснуйте свой выбор.

Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: Грипп, типичный, среднетяжелая форма.
2. Диагноз установлен на основании жалоб при обращении: на сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, общую слабость, отсутствие аппетита, частый сухой кашель, заложенность носа и незначительные выделения из носа, чувство першения и царапанье за грудиной; данных анамнеза заболевания: заболел остро после посещения друзей в общежитии, у которых были аналогичные симптомы заболевания; данных объективного исследования: наличие интоксикационного синдрома (температура 39,00 С головная боль в глазных яблоках и надбровных дугах) предшествующего катаральному синдрому: лицо одутловатое, несколько гиперемировано, носовое дыхание затруднено, в зеве разлитая яркая гиперемия задней стенки глотки и ее зернистость, отмечаются единичные кровоизлияния на слизистой мягкого неба, в легких – жесткое дыхание, единичные сухие хрипы)
3. План лабораторного обследования: ОАК (лейкопения, лимфо-моноцитопения), метод иммунофлюоресценции (антигены вируса из мазков-отпечатков из носа и ротоглотки); ПЦР - метод – обнаружение фрагментов вируса; серологические методы (ИФА) – в парных сыворотках.
4. Противовирусные препараты должны применяться при лечении пациентов с гриппом с целью предупреждения развития тяжелых форм заболевания, осложнений и летальных исходов; противовирусные препараты следует назначать не позднее 48 часов от появления первых симптомов болезни. Антивирусными препаратами выбора являются ингибиторы вирусной нейраминидазы осельтамивир и занамивир. Осельтамивир (Тамифлю, Номидес) применяется перорально в капсулах по 75 мг 2 раза в день. Занамивир (Реленза) взрослым и детям старше 5 лет используется в следующем режиме: 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней. Занамивир может применяться в случаях резистентности вируса А(Н1N1) pdm09 к осельтамивиру. Из отечественных препаратов для лечения гриппа используют Ингавирин, механизм действия которого направлен на увеличение количества и восстановления активности интерфероновых рецепторов зараженной клетки по 90 мг 1 раз в сутки, перорально 1 раз в сутки. Умифеновир (Арбидол) – ингибитор фузии – прием по 0,2 г 4 раза в день.

Ситуационная задача №18

Больная 27 лет, служащая, обратилась к врачу на 5-й день болезни с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела, слабость, насморк, заложенность носа, сухой кашель. Заболела 7 декабря после переохлаждения с повышением температуры тела до 37,8°C. Принимала аспирин, полоскала горло. Самочувствие немного улучшилось, но 12 декабря головная боль усилилась, вновь поднялась температура тела до 38,5°C, стало трудно дышать - дышала ртом. На работе много больных «гриппом». При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2°C, лицо бледное, одутловатое, выражен конъюнктивит с гнойным отделяемым, слизистая носа набухшая, миндалины увеличены, рыхлые, выражена гиперемия слизистой ротоглотки. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы, мягкие, безболезненны. В легких дыхание везикулярное. Пульс – 80/мин., тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный, урчит. Печень пальпируется на 1-1,5 см ниже края реберной дуги. Дизурии, менингеальных явлений нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования больного, подтверждающий диагноз.

Эталон ответа

1. Аденовирусная инфекция. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, катаральных явлений с конъюнктивитом, лимфаденопатии, гепатомегалии.

2. Общеклиническое, печеночные пробы, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР - диагностика.

3. Лечение большинства больных проводится в домашних условиях. Госпитализации подлежат больные с тяжелой формой болезни, при наличии осложнений, сопутствующих заболеваний, а также по эпидемическим показаниям. В лихорадочном периоде необходим постельный режим. Питание должно быть полноценным и богатым витаминами, содержать достаточное количество жидкости. Большинство больных при неосложненной форме аденовирусного заболевания

в этиотропной терапии не нуждаются. При выраженной мотивации пациента и при тяжелом течении инфекционного процесса показан умифеновир (Арбидол), препараты ИФН и их индукторы. Среди натуральных ИФН могут быть использованы следующие: ИФН-α (Интерферон человеческий лейкоцитарный) (вводится аэрозольно), интерлок (для лечения конъюнктивита), ИФН-α (Лейкинферон) (вводят в/м, ингаляционно) 100 тыс. МЕ.

В последнее время широкое применение получили препараты рекомбинантного интерферона, наиболее безопасного по сравнению с лейкоцитарным. ИФН-α2 рекомбинантный входит в состав топических препаратов: капли и спрея Грипп п ферон, мази назальной Гриппферон с лоратадином. Содержание ИФН — 10 тыс. МЕ. Антибиотики показаны только при пневмониях и других осложнениях бактериальной природы. Симптоматическая терапия по показаниям. Прогноз обычно благоприятный. Выписка реконвалесцентов проводится после полного клинического выздоровления.

Ситуационная задача №19

Участкового врача вызвали к больному 32 лет, который предъявляет жалобы на головную боль, боль в глазных яблоках, ломоту в теле, повышение температуры тела до 38,6-39,6°C, сухой кашель, заложенность носа, першение в горле.

Заболел остро. Накануне вечером имел контакт с больным гриппом. Живет с женой в отдельной квартире. Ранее ничем не болел. Объективно: состояние среднетяжелое. Лицо гиперемировано. Склеры и конъюнктивы инъекцированы, светобоязнь. Кожные покровы горячие, гиперемированы, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Миндалины, язычок, дужки набухшие, ярко гиперемированы с небольшим цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 88/мин., ритмичный. АД -110/70 мм рт.ст. Сознание ясное. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Забор какого биологического материала от больного необходимо провести для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп. Обоснование: острое начало заболевания, выраженный интоксикационный синдром, с высокой лихорадкой, умеренный катаральный синдром.

2. Кровь, моча для общеклинического обследования; смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на вирусологическое исследование, ПЦР – диагностика; сыворотка крови на серологическое исследование.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №20

К больной В., 17 лет вызван врач скорой помощи. Заболела остро, 2 дня назад. Появились озноб, температура тела до 37,8°C, головная боль, насморк, сильный кашель с выделением скудной слизистой мокроты. На следующий день усилился кашель, появилась резкая одышка, переходящая в удушье, мокрота приобрела розовый цвет, появились боли в груди, нарастала слабость. Накануне навещала подругу, больную гриппом. Объективно: состояние тяжелое. Беспокойна, сидит в постели, кожа лица гиперемирована, цианоз губ, инъекция сосудов склер, яркая гиперемия слизистой глотки с единичными геморрагиями и зернистостью. Одышка, ЧДД до 48/мин. Дыхание шумное, клокочущее. В легких над всей поверхностью выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы в большом количестве. Мокрота пенистая, кровянистая. Пульс – 110/мин. АД - 100/50 мм рт.ст.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какое развилось осложнение?
2. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

Эталон ответа

1. ОРВИ, тяжелое течение, осложненное инфекционно-токсическим отеком легких. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикационного и катарального синдромов, появления и нарастание одышки, цианоза губ, вынужденного положения, усиления кашля с пенистой кровянистой мокротой, шумного клокочущего дыхания, болей в грудной клетке, влажных разнокалиберных хрипов в легких, тахикардии, гипотонии.

2. Смывы и мазки из носоглотки и ротоглотки на МИФ, ИФА, ПЦР – диагностика, сыворотка крови на РТГА, РСК, ИФА со специфическими диагностикумами.

3. Этиотропная (противовирусная терапия). Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ - противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов (Умифеновир). Рекомендовано использование препаратов с широким противовирусным действием. Назначение индукторов интерферона целесообразно с целью профилактики или в первые сутки заболевания, в разгар заболевания эффективность значительно снижается. Легкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2–3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод). Средняя степень тяжести при лечении больного в условиях стационара – инфузионная терапия: 800–1200 мл глюкозо-солевых растворов. У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение натрия хлорида раствора сложного [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид], раствора калия хлорида+натрия ацетата+натрия хлорида, раствора натрия ацетата+натрия хлорида, раствора калия хлорида+натрия гидрокарбоната+натрия хлорида, 0,9% раствора натрия хлорида в суточной дозе – 5 – 20 мл/кг. Длительность определяется выраженностью синдрома интоксикации. При осложнённом и тяжёлом течении ОРВИ - внутривенная дезинтоксикация с восполнением электролитных нарушений. Рекомендуется назначение натрия хлорида. Рекомендовано назначение муколитических средств пациентам с бронхообструкцией и влажным кашлем для разжижения и улучшения отхождения мокроты. Рекомендуется назначение противокашлевых средств при лечении ОРВИ

пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента.

Ситуационная задача №21

Больной М., 50 лет, поступил в больницу на 3-й день болезни. Заболел остро. С первого дня заболевания и до поступления держалась постоянно высокая температура (39-39,5°C), беспокоили озноб, сильная головная боль в лобной части, ломота в теле, бессонница, редкий сухой кашель, носовые кровотечения, сухость в носу. В квартире, где живет больной, имеются больные с идентичными симптомами. При осмотре отмечены тяжелое состояние, эйфория, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожа чистая, без сыпи. Температура тела 40°C. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком небе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД-90/60 мм рт.ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Грипп, среднетяжелое течение, осложнение носовое кровотечение. На основании контакта с больными в семье, острого начала заболевания, интоксикации, катаральных явлений, возникновения носовых кровотечений.

2. Общеклиническое, вирусологическое исследование, ИФА, РСК, РТГА, МИФ, ПЦР-диагностика, осмотр ЛОР – врача.

3. Госпитализация по клиническим (лица с тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа, а также с тяжёлой сопутствующей патологией) или эпидемиологическим показаниям: 1. Постельный режим в течении всего лихорадочного периода. 2. Диета, включающая кисломолочные продукты, фруктовые и овощные соки. 3. Лекарственная терапия. Этиотропное лечение (препараты противовирусного действия, системная и местная антибактериальная терапия при бактериальной природе ОРЗ). Фармакологическая иммунокоррекция. Патогенетическая терапия (жаропонижающие, обезболивающие препараты, дезинтоксикационные и др.). Симптоматическая терапия (деконгестанты, местные антисептики, муколитики, бронхоспазмолитики, отхаркивающие ср-ва и др.)

Ситуационная задача №22

Девочка 2 лет, m - 12 кг, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5°C, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились. Направлена на госпитализацию. An. vitae: девочка от 1 беременности, 1 срочных родов. Мр - 3570. Грудное вскармливание 9 мес. Находилась на диспансерном учете у невропатолога до 1 года с диагнозом: «Перинатальная энцефалопатия: синдром внутричерепной гипертензии, судорожный синдром». Перенесенные заболевания – ОРВИ редко. Поливалентная пищевая аллергия. Не привита. При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях - обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. В легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы. ЧД – 30 в мин. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС – 124 в мин. Зев гиперемирован, язык влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника. Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - 3,5x10¹²/л, Ц.п. - 0,87, Л - 7,0x10⁹; п/я - 5%, с/я - 32%, л - 59%, м - 4%; СОЭ - 15 мм/час. Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы - отрицателен.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.

2. Оцените имеющиеся отклонения в анамнезе.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Проведите противоэпидемические мероприятия.

Эталон ответа

1. Корь типичная, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, катарального синдрома (ринит, конъюнктивит, гиперемия зева), синдрома экзантемы (на четвертый день болезни появилась на лице обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная, которая в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности), поражения дыхательной системы (кашель влажный, в легких дыхание жесткое, выслушивается небольшое количество сухих и единичные влажные хрипы); данных общего анализа крови (увеличение СОЭ).

2. Ребенок находился на диспансерном учете у невропатолога с диагнозом: «Перинатальная энцефалопатия: синдром внутричерепной гипертензии, судорожный синдром», страдает поливалентной пищевой аллергией, не привит.

3. В общем анализе крови умеренное увеличение СОЭ. Дополнительно – серологическая диагностика: выявление IgM к вирусу кори методом ИФА, нарастание в 4 раза специфических IgG методом парных сывороток (реакция нейтрализации, РТГА, РПГА); выявление вирусной РНК методом ПЦР, антигенов вируса методом иммунофлюоресценции; R-графия грудной клетки.

4. В катаральный период корь дифференцируют с ОРВИ: грипп, парагрипп, аденовирусная, риновирусная. В период высыпания – от краснухи, энтеровирусной, аллергической экзантемы, инфекционного мононуклеоза, редко от скарлатины, псевдотуберкулеза, менингококкцемии.

5. а) постельный режим, молочно-растительная диета, обильное питье, б) гигиенические мероприятия: промывание глаз кипяченой водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия, закапывание в глаза 20% альбуцида, полоскание рта после еды, в) противовирусная терапия (виферон-1 1 св.х2 раза), г) амоксицилин 200 мг х 3 раза, д) отхаркивающие препараты (амбробене 2,5 млх3 раза), е) антигистаминные препараты (супрастин 1/3 таб.х2 раза), ж) в нос 0,5% диоксидин.

6. Изоляция больного ребенка до 5 дня от появления высыпаний. Заключительная дезинфекция не проводится, помещение проветривается, влажная уборка. Разобщение контактных с 8 до 17 дня. Возможно введение иммуноглобулина в первые 5 дней после контакта, тогда разобщение удлиняется до 21 дня. Для экстренной вакцинации используется живая коревая вакцина контактными не болевшими детям старше 12 мес. Вводится в течение первых 5 дней от момента контакта.

Ситуационная задача №23

Девочка Р., 2 дней, находится в роддоме. Из анамнеза: в сроке 8-9 недель беременности отмечалась необильная мелкоточечная сыпь и боль в области шеи, третий триместр протекал с угрозой прерывания. Роды 1 в 35-36 недель. Масса при рождении 2150 г. Эпидемиологический анамнез: в детском саду, который посещает старший ребенок, регистрировались случаи краснухи. Состояние тяжелое, вялость, срыгивание. Множественные стигмы дизэмбриогенеза, микрофтальм. Кожные покровы бледные, в виде «пирога с ежевикой» (множественные голубые пятна), петехиальная сыпь. В легких дыхание ослабленное. При аускультации сердца грубый систолодиастолический шум. Живот увеличен в размере. Печень +3 см, селезенка + 1 см, плотноэластические при пальпации. Общий анализ крови: HGB – 144 г/л, RBC - 4,1×10⁹/л, PLT- 95,0×10⁹/л, WBC- 7,1×10⁹/л, EO – 1%, NEUT – 55% (П – 6%, С – 49%), LYM – 32%, MON – 12%, СОЭ – 4 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности заболевания.
3. Что такое эмбрио- и фетопатия? Укажите механизмы повреждающего действия возбудителя.
4. Какое дополнительное обследование показано для уточнения диагноза?
5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного.

Эталон ответа

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. Врожденная краснуха, классический синдром. Диагноз поставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (возможный контакт беременной с больными краснухой), неблагоприятного антенатального периода (в сроке 8-9 недели беременности мелкоточечная сыпь и боль в области шеи, угроза прерывания, недоношенность); в сочетании с результатами клинического осмотра: вялость, срыгивание; аномалии органов зрения (микрофтальм) и ССС (при аускультации сердца грубый систолодиастолический шум), множественные стигмы эмбриогенеза; синдром экзантемы (симптом «пирога с ежевикой» – множественные голубые пятна, петехиальная сыпь); гепатоспленомегалия (печень +3 см, селезенка +1 см); лимфаденит (увеличение затылочных и заднешейных лимфатических узлов до 1 см).

2. Укажите свойства возбудителя, эпидемиологические особенности заболевания. Вирус краснухи относится к тогавирусам (семейство *Togaviridae*, род *Rubivirus*), геном содержит РНК. Вирус обладает тератогенностью, иммунотропностью, цитолитическим потенциалом и цитодеструктивностью, склонностью к длительному хроническому инфицированию. Инфицирование плода возможно у серонегативных матерей (20% в популяции) трансплацентарным путём. Вирус может длительно сохраняться в лимфатических узлах и поражать плод при наступлении беременности в первые 3 месяца после перенесенной краснухи. Наиболее опасен для плода I триместр беременности, когда риск инфицирования плода достигает 70-90% с формированием пороков развития у 65%. Дети с синдромом врожденной краснухи имеют длительный период (1,5-2 года) выделения вируса. Иммуитет, приобретённый в результате врождённой краснухи, менее стоек, чем возникающий в результате постнатальной инфекции.

3. Что такое эмбрио- и фетопатия? Укажите механизмы повреждающего действия возбудителя. Эмбриопатия – истинные пороки развития органа, формирующиеся при действии вируса в первые 12 недель беременности. Фетопатия – псевдопороки и генерализованная воспалительная реакция со стороны органов и систем в раннем и позднем фетальном периодах. В качестве механизма врожденных аномалий возможны прямое цитодеструктивное действие вируса (только в хрусталике глаза и улитке внутреннего уха), ингибция роста клеток (подавление митотической активности клеток, замедление роста клеточных популяций) и ишемия ткани плода, связанная с поражением сосудов плаценты. Триада Грегга – порок сердца, катаракта, глухота. Расширенный синдром краснухи – множество других аномалий, микроцефалия, энцефалит, глаукома, расщепление твердого неба, интерстициальная пневмония, гепатит, поражение вестибулярного аппарата, пороки развития скелета, поражение трубчатых костей, гепатоспленомегалия, пороки развития мочеполовых органов.

4. Какое дополнительное обследование показано для уточнения диагноза? Выявление краснушных IgM, IgG - антител в реакции ИФА, выделение РНК вируса краснухи методом ПЦР в секретах из носоглотки, моче, крови; ЭхоКГ, ЭКГ, биохимический анализ (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ), рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, консультация окулиста, кардиолога, невролога, кардиохирурга.

5. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения больного. Специфической химиотерапии не существует. Назначается виферон 1 (150тыс МЕ) ректально по 1 свече × 2 раза № 10, при нарушении кровообращения 1-3 степеней с учетом характера ВПС по назначению кардиолога: кардиотрофические препараты (ККБ, цитохром С), мочегонные (верошпирон), препараты, уменьшающие преднагрузку (капотен) и др.

Ситуационная задача №24

Мальчик 7 лет поступил на 7 день болезни. Заболевание началось с повышения температуры до 37,8о С, болей и припухлости в околоушной области с 2-х сторон. Беспокоили боли в животе, преимущественно в левом подреберье опоясывающего характера, тошнота и рвота. На 6 день болезни температура нормализовалась, припухлость исчезла, боли в животе уменьшились. На 7-й день вновь температура 39о С, интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия. При объективном осмотре обнаружены ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернинга, Брудзинского. В легких без патологии. Живот мягкий, болезненность в зоне Шаффара, точке Де-Жардена. Общий анализ крови: Нb-126 г/л, эр.-3,5*10¹²/л, Л-5,2*10⁹/л, п-5%, с-38%, лф.-49%, м-8%, СОЭ-11мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1007, белок – отриц., сахар – отриц., эпителиальные клетки – 1-2 в поле зрения, лейкоциты 2-3 в поле зрения. Ликвор

вытекал под высоким давлением, слегка опалесцирующий, цитоз-180/3, нейтрофилы-20%, лимфоциты-80%, белок – 0,165 г/л. Диастаза мочи – 128 ед.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Охарактеризуйте свойства возбудителя и укажите патофизиологические аспекты развития заболевания.
3. Назовите клиническую классификацию.
4. Дайте оценку данным дополнительного исследования. Консультация каких специалистов необходима?
5. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

Эталон ответа

1. Паротитная инфекция, комбинированная форма, поражение ЦНС и железистых органов: паротит, панкреатит, серозный менингит. Обоснование диагноза: симптомы интоксикации (повышение температуры до фебрильных цифр, имеющее двухволновой характер), двухстороннее поражение околоушных желез, явления панкреатита (боли в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота, болезненность в зоне Шаффара, точке Де-Жардена), менингеальный симптомокомплекс (интенсивная головная боль, повторная рвота, сонливость, адинамия, при объективном осмотре - ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернинга, Брудзинского).

2. Возбудителем заболевания является РНК-содержащий вирус из семейства парамиксовирусов. Устойчив во внешней среде, инактивируется 2% формалином, при низких температурах сохраняется 6-8 мес. Входными воротами инфекции являются ротоглотка, верхние дыхательные пути. В дальнейшем вирус проникает в кровь (первичная вирусемия) и попадает в слюнные железы и другие железистые органы. Выделение вируса со слюной обеспечивает воздушно-капельный механизм передачи. Повторный выброс вируса из железистых органов (вторичная вирусемия) приводит к поражению: ЦНС, поджелудочной железы, половых органов.

3. Клиническая классификация: типичные и атипичные формы. Типичные формы: железистая (изолированное поражение железистых органов – околоушных, подчелюстных желез, яичек), нервная (изолированное поражение ЦНС - серозный менингит, менингоэнцефалит), комбинированная – поражение ЦНС и железистых органов. Среди атипичных различают стертую и атипичную формы. 4. Данные лабораторных исследований ОАК, ОАМ без патологии. В ликворе цитоз лимфоцитарного характера, умеренное повышение белка. В моче – повышение диастазы. На консультацию к ребенку необходимо пригласить инфекциониста, эндокринолога, невролога, гастроэнтеролога.

5. Поражение слюнных желез при паротитной инфекции дифференцируют от гнойного бактериального паротита, инфекционного мононуклеоза, токсической дифтерии ротоглотки, слюнокаменной болезни. Паротитный менингит дифференцируют от туберкулезного менингита, менингитов вирусной этиологии (энтеровирусный, клещевой, лимфоцитарный хориоменингит, асептические менингиты на фоне гриппа, аденовирусной инфекции, ветряной оспы, кори, ВИЧ). Трудно дифференцировать от менингеальной формы полиомиелита.

Ситуационная задача №25

Девочка 5 лет. Заболела остро, когда повысилась температура тела до 38,7^oC, появилась повторная рвота, сильная головная боль, головокружение, гиперестезия, гиперракузия. Известно, что девочка родилась в срок, развивалась нормально, привита по календарю. Родители с девочкой выезжали на отдых, купались в водоеме, были алиментарные погрешности. При осмотре состояние тяжелое, девочка вялая, адинамичная, лежит на боку, запрокинув голову назад. Кожные покровы гиперемированы, преимущественно в верхней части тела - необильная пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зернистость мягкого неба, небных дужек, задней стенки глотки. На мягком небе везикулы окруженные венчиком гиперемии до 0,3 см. патологии органов грудной клетки не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3-3,5 см, безболезненна. Стул и мочеиспускание не нарушены. Выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернинга, нижний симптом Брудзинского. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эр.-3,5*10¹²/л, Л-6,0*10⁹/л, п-7%, с-36%, л-49%, м-8%, СОЭ-11мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – отриц., сахар – отриц., эпителиальные клетки – 0-1 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Ликвор вытекал под давлением, жидкость опалесцирующая, цитоз-720/3, нейтрофилы-30%, лимфоциты-70%, белок – 0,3 г/л.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Дайте характеристику возбудителя. Укажите основные звенья патогенеза.
3. Какова клиническая классификация заболевания?
4. Оцените данные дополнительного исследования. Какое обследование необходимо для установления этиологии заболевания?

Эталон ответа

1. Энтеровирусная инфекция, герпангина, экзантема, серозный менингит.
2. Возбудителем являются энтеровирусы. Энтеровирусы относятся к семейству пикорнавирусов и включают Коксаки-вирусы А и В, ЕСНО – вирусы, энтеровирусы 68-71 серотипов, полиовирусы трех сероваров. Энтеровирусы попадают в организм преимущественно фекально-оральным путем, размножаются в лимфатическом аппарате верхних дыхательных путей и кишечника, где происходит их репликация. В дальнейшем гематогенным путем вирус достигает различных органов и систем, вызывая развитие острого серозного менингита или менингоэнцефалита, миозита, гепатита, миокардита, герпангины и т. д. Часто отмечается одновременное поражение многих органов.

3. Энтеровирусную инфекцию классифицируют по типу, тяжести, течению. Выделяют типичные и атипичные формы. Среди типичных выделяют изолированные и комбинированные формы. По ведущему клиническому синдрому выделяются: серозный менингит, эпидемическая миалгия, герпангина, энтеровирусная лихорадка, энтеровирусная экзантема, респираторная форма, гастроэнтеритическая форма, мезаденит, гепатит, миокардит, энцефалит, энцефаломиокардит новорожденных, геморрагический конъюнктивит.

4. Наличие лимфоцитарного цитоза в ликворе, нормальные показатели белка, отсутствие изменений в анализе крови, дают основания диагностировать серозный менингит. Для уточнения этиологии проводят вирусологическое исследование ликвора, ПЦР, методы прямой и непрямой иммунофлюоресценции, определение АТ методом парных сывороток (РСК, РТГА), ИФА (IgM).

Ситуационная задача №26

Мальчик 3 лет, посещает детский сад. Заболел остро: с подъема температуры тела до 37,5°C и появления на коже волосистой части головы, туловища и конечностей пятнисто-папулезной сыпи. На следующий день отдельные элементы пятнисто-папулезной сыпи сформировались в везикулы, заполненные прозрачным содержимым. В последующие два дня температура тела 39°C, сыпь на тех же участках подсыпала, подобные высыпания обнаружены и на слизистой полости рта. На четвертый день болезни состояние ребенка тяжелое: температура тела - 40°C, спокойный, отказывается от еды, количество сыпи на коже увеличилось. Сыпь полиморфная: пятна, папулы, везикулы с пупковидным вдавлением в центре диаметром до 0,5 см. В области спины появилась значительная зона гиперемии кожи, инфильтрация тканей, резкая болезненность. Пульс 140 в минуту. Тоны сердца приглушены. Менингеальных симптомов нет. По органам без патологии. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - 4,4x10¹²/л, Ц.п. - 0,95, Л - 17,5x10⁹/л; э - 1%, п/я - 3%, с/я - 82%, л - 12%, м - 2%; СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Консультации каких специалистов необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа

1. Ветряная оспа, типичная, тяжелая форма. Осложнение – флегмона спины. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, интоксикационного синдрома, синдрома экзантемы (полиморфная сыпь - пятна, папулы, везикулы с пупковидным вдавлением в центре, феномен «подсыпания»), энантемы, флегмоны спины; данных общего анализа крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ).

2. В общем анализе крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ. Необходима консультация хирурга.

3. Необходимо дифференцировать с импетиго, распространенной формой герпетической инфекции.

4.а) режим – постельный на острый период, б) диета – механически щадящая, богатая витаминами, обильное теплое питье, в) ацикловир 0,2 x 5 раз, г) клафоран дозе 100 мг/кг д) инфузионная терапия (реополиглюкин 10 мг/кг+10% глюкоза 20 мг/кг+инсулин+пентоксифиллин), е) жаропонижающие препараты (50% аналгин 0,3+2% папаверин 0,6 +1% димедрол 0,4), ж) туширование элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, з) туалет полости рта – полоскание после еды 2% раствором бикарбоната натрия.

Ситуационная задача №27

Девочка 8 лет, больна в течение недели: заложенность носа, повышение температуры до 38,0, затем появились боли при глотании. Была диагностирована лакунарная ангина, назначен эритромицин. Эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась высокая температура, наложения на миндалины, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Госпитализирована с диагнозом: подозрение на дифтерию ротоглотки. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0, лицо одутловатое, носом не дышит, голос с гнусавым оттенком, склеры субиктеричны. В области шеи с обеих сторон, больше слева, видны на глаз увеличенные заднешейные и переднешейные лимфоузлы, с некоторой отечностью вокруг них. Размеры других лимфоузлов до 1 см. В ротоглотке – яркая гиперемия, на увеличенных небных миндалинах сплошные наложения беловато-желтого цвета. Язык густо обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. ЧД – 18 в мин. Тахикардия 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка выступают из-под края реберной дуги на + 3 см. Общий анализ крови: Нв 130 г/л, L 10,0x10⁹/л, э 1%, п/я 5%, с/я 13%, л 43%, м 13%, атипичные мононуклеары 25%, СОЭ 25 мм/час. Кровь на АТ к ВЭБ IgM – полож. (титр 1:800).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. Диагноз поставлен на основании: интоксикационного синдрома, синдрома ангины, преимущественного увеличения шейной группы лимфоузлов, гепатоспленомегалии, затрудненного носового дыхания; данных общего анализа крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, наличие атипичных мононуклеаров, увеличение СОЭ), выявление IgM к ВЭБ.

2. В общем анализе крови – лейкоцитоз, лимфоцитоз с увеличением до 25% атипичных мононуклеаров, увеличение СОЭ; обнаружение IgM к ВЭБ подтверждает этиологию заболевания. Дополнительно - мазок из зева на ВЛ, мазок из зева на флору, кровь на билирубин, трансаминазы; консультация ЛОР, гематолога.

3. С дифтерией ротоглотки, аденовирусной инфекцией, острым лейкозом, лимфогранулематозом, гепатитом, иерсиниозом.

4. Лечение: а) постельный режим, обильное теплое питье, б) противовирусная терапия (виферон-2 1 свеча x 2 раза), в) антибактериальная терапия (цефазолин 100 мг/кг), г) жаропонижающие средства (парацетамол 10-15 мг/кг), д) називин 0,05 % в нос, е) обработка ротоглотки 0,5 % раствором диоксида.

Ситуационная задача №28

Больной К., 17 лет, заболел остро. Появилась сильная головная боль, более интенсивная в области лба, резкая общая слабость, боли в пояснице. Через несколько часов появилась тошнота, а затем - повторная рвота. повышение температуры тела до 39°C. Бригадой скорой помощи доставлен в инфекционное отделение. Из анамнеза: за 5 дней до заболевания отмечал заложенность носа, першение в горле, сухой редкий кашель, повышение температуры тела до 37,5°C. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался. При осмотре: больной возбужден, мечется в кровати, стонет от головной боли. На коже нижних конечностей, грудной клетки, области живота обильная звездчатая геморрагическая сыпь. Пульс – 92/мин., ритмичный, АД - 80/60 мм рт.ст. Язык суховат, густо обложен серо-грязным налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Резко выражена ригидность

мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон 160°. Положительный верхний и нижний симптом Брудзинского.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования больного.
3. Возможно ли было избежать заболевания.
4. План лечения.

Эталон ответа

1. Менингококковая инфекция. Менингококковый менингит, менингококцемия, тяжелое течение. Диагноз выставлен на основании интоксикации, каратальных явлений, менингеальных знаков, геморрагической сыпи, сведений анамнеза о заболевании за 5 дней до развития данной клинической картины, что может интерпретироваться как менингококковый назофарингит.

2. Общеклиническое обследование. Люмбальная пункция с цитологическим и бактериологическим исследованием ликвора.

3. Да, при условии своевременной диагностики и лечения менингококкового назофарингита.

4. Лечение больных проводится вне зависимости от тяжести состояния только в условиях инфекционного стационара (нейроинфекционное отделение, боксы). Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

-средства этиотропной терапии (антибактериальные препараты);

-средства симптоматической терапии (дезинтоксикационная, вазопрессорная, гормональная, антиоксидантная, мембраностабилизирующая, нейропротекторная, гемостатическая терапия, коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений);

- методы интенсивной терапии и реанимации (катетеризация мочевого пузыря для контроля баланса жидкости, желудочно-кишечный зонд для энтерального питания, ИВЛ при необходимости, оксигенотерапия, продленная вено-венозная гемодиализация).

Методы не медикаментозного лечения:

-физические методы снижения температуры;

-санация верхних дыхательных путей (носовых ходов);

-обработка участков пораженной кожи антисептическими растворами (раствор перманганата калия, фукоцином);

-согревающее одеяло для поддержания постоянного температурного режима 37-38°C (воздушное);

-амортизирующие валики для профилактики пролежней в местах некрозов (пятки, локти, крестец);

-аэрация помещения;

-гигиенические мероприятия.

Ситуационная задача №29

Больная Р., 36 лет, доставлена машиной скорой помощи в инфекционное отделение с жалобами на боли в горле при глотании, повышение температуры тела.

Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с общего недомогания и болей в горле при глотании. Вызвала скорую помощь, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «Острый тонзиллит». При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий налет белого цвета, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс 90/мин., АД-90/60 мм рт.ст. На 10 день пребывания в стационаре у больной появилась жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре выявлены адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД-90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин. При ЭКГ-обследовании выявлено снижение вольтажа.

Вопросы, на которые нужно ответить.:

1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Возможно ли было избежать заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I степени, тяжелое течение, осложненное миокардитом. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, характерных изменений в зеве, отека подкожной клетчатки до середины шеи, кардиалгий, тахикардии, гипотонии, аускультативных и ЭКГ-изменений в сердце.

2. Да, если проводить плановую вакцинацию и ревакцинацию согласно национальному календарю прививок вакцинами, содержащими адсорбированный дифтерийный анатоксин (АКДС, АКДС-М, АДС-М, АД-М).

3. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №30

Больной 22 лет, военнослужащий, обратился в санчасть в связи с повышением температуры тела, ознобом, болью в горле. Болен второй день. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, температура тела 38,5°C. В зеве яркая разлитая гиперемия, гипертрофия миндалин III степени, на миндалинах плотные пленчатые белые налеты, с трудом снимаются шпателем, эрозированная поверхность кровоточит. Пальпируются подчелюстные, тонзиллярные лимфатические узлы, до 1 см в диаметре, подвижные, болезненные. Пульс-80/мин., ритмичный, АД- 110/75 мм рт.ст. со стороны внутренних органов – без патологических изменений.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Какова тактика врача санчасти в отношении заболевшего.
3. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
4. План лечения.

Эталон ответа

1. Дифтерия ротоглотки, локализованная форма (пленчатая), среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, характерных наложений, не выходящих за пределы миндалин, лимфаденопатии.

2. Немедленная госпитализация больного в инфекционный стационар.
3. Микроскопия мазка из ротоглотки и носа на возбудителя дифтерии.
4. Режим. Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- введение антитоксической противодифтерийной сыворотки;
- средства этиотропной терапии;
- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- гемосорбция и плазмоферез;
- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;

- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с обязательного назначения специфической антитоксической противодифтерийной сыворотки (торговое название в России «сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная жидкая; международное непатентованное название «антитоксин дифтерийный») и антибактериальной терапии. Симптоматическая терапия включает в себя жаропонижающие, десенсибилизирующие общеукрепляющие средства.

Ситуационная задача №31

Ребенок 3 мес., поступил на 14-й день болезни с диагнозом: ОРВИ, пневмония. Две недели назад на фоне нормальной t появился кашель, который имел тенденцию к учащению, особенно в ночное время. Через неделю кашель стал приступообразным, сопровождался беспокойством, покраснением лица, высовыванием языка, звонким вдохом, периодически заканчивался рвотой или отхождением трудно откашливаемой мокроты. Анамнез: ребенок от 2 нормально протекавшей беременности, 2 срочных родов с m – 3690 г. На грудном вскармливании. Вакцинирован в роддоме БЦЖ. У бабушки в течение 3 недель сухой кашель. При осмотре в отделении: m – 5400. Кашель до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ. Состояние тяжелое, ребенок вялый, бледный, цианоз носогубного треугольника. Кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза. Зев спокойный. В легких дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, которые исчезают после приступа, ЧДД – 36 уд/мин. Тоны сердца отчетливые. ЧСС – 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2,0 см, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме. На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление бронхо-сосудистого рисунка, повышение прозрачности легочных полей, треугольная тень в средней доле правого легкого. При бактериологическом исследовании слизи из носоглотки – *Haemophilus pertussis*. Общий анализ крови: HGB – 140 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, WBC – $30,0 \times 10^9/л$; NEUT – 23% (П – 3%, С – 20%), LYM – 70%, MON – 7%, СОЭ – 3 мм/ч.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Оцените данные эпидемиологического анамнеза.
3. Оцените данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Клинический диагноз: Коклюш типичный, период спазматического кашля, тяжелая форма. Осл.: Ателектаз средней доли правого легкого. Диагноз поставлен на основании постепенного начала заболевания с появления кашля без повышения t , последующего усиления кашля в течение недели, который стал приступообразным, до 25 р/сут., сопровождающийся беспокойством, покраснением лица во время приступа, высовыванием языка, рвотой, отхождением густой, вязкой мокроты, апноэ, в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (у бабушки длительный кашель), в совокупности с результатами клинического осмотра: интоксикационный синдром (вялость, бледность кожи, цианоз носогубного треугольника); особенности кашля (до 25 приступов в сутки с отхождением вязкой мокроты или рвоты, синкопальные апноэ); кровоизлияние в конъюнктиву правого глаза; бронхолегочные нарушения – дыхание жесткое, хрипы единичные сухие и влажные, исчезающие после приступа; а также учитывая данные дополнительного обследования: в ОАК лейкоцитоз с лимфоцитозом; рост *Bordetella pertussis* при бактериологическом исследовании слизи из носоглотки; рентгенография органов грудной клетки – признаки эмфиземы (повышение прозрачности легочных полей) и ателектаза (треугольная тень в средней доле правого легкого).

2. Данные эпидемиологического анамнеза. Ребенок в 3 мес. должен вакцинироваться V1 АКДС. Возможно, источником инфекции явился бабушка, который кашлял в течение 3 недель.

3. Данные дополнительных методов исследования. Какие другие исследования и консультации специалистов необходимо провести? Дополнительно – серологическая диагностика (РА, РПГА), экспресс-диагностика слизи иммунофлюоресцентным методом, ПЦР; бронхоскопия, консультация окулиста, невролога.

4. Дифференциальная диагностика проводится в катаральном периоде с паракоклюшем, ОРВИ, корью, хламидийной, микоплазменной инфекцией; в судорожном периоде – с РС-инфекцией, легочной формой муковисцидоза, инородным телом бронхов, опухолями средостения.

5. Лечение: а) лечебно-охранительный режим, длительные прогулки на свежем воздухе; б) цефтриаксон 80 мг/кг × 1 р/сут., в/в, курс 10 дней.; в) реланиум 0,5% – 1 мг/кг × 1-2 р/сут., в/в; г) кортикостероиды по преднизолону 3-5 мг/кг/сут., в/в, курс 3-5 дней.; д) лазикс 1% – 1 мг/кг, в/в; е) ингаляции с увлажненным кислородом, беродуалом 5 кап. в 2 мл физ. р-ра × 3 р/сут., ж) противокашлевой (синекод по 10 кап. × 3 р/сут, рег ос); з) постуральный дренаж; и) сульфацил натрия 20% в конъюнктивальный мешок.

Ситуационная задача №32

Больной С., 38 лет, колхозник, работал в течение последних 2-х недель на сенокосе, жил на полевом стане. Больных в стане нет. Воду для питья и приготовления пищи доставляют из колхоза, иногда употреблял воду для питья из ручья. Заболел 2 дня назад остро. Беспокоили сильный озноб, резкая головная боль, слабость, боли во всем теле, особенно в пояснице, тошнота, каждый день рвота, мучительная икота. Отмечал яркую гиперемия лица, шеи, верхней части туловища («симптом капюшона»), инъекцию сосудов склер, «пылающий зев». В первые дни заболевания госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом: Подозрение на грипп. Общее состояние тяжелое, временами бред. Температура 39-40°C. Патологических изменений со стороны мочи нет. На третий день пребывания в больнице появилась мелкоточечная петехиальная сыпь на груди, спине, верхних конечностях. Несколько раз наблюдалось носовое кровотечение. При повторном анализе мочи - белок 2,5 мг/л, в большом количестве эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Температура тела нормальная, состояние больного тяжелое, сознание спутанное, частая рвота с примесью крови, анурия.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование.
2. Методы диагностики заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование диагноза: острое начало с лихорадки, озноба, спутанное сознание, боли в пояснице, рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, гиперемия зева, мелкоточечная петехиальная сыпь на теле, носовое кровотечение, анурия; в ОАМ – протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, пиурия.

2. Клинико-эпидемиологический, серологический (ИФА, РНГА), ПЦР.

3. Строгий постельный режим до конца периода полиурии. Этиотропная терапия. В лечении больных ГЛПС рекомендовано использование препаратов с прямым противовирусным действием:

Рибавирин. В начальном (лихорадочном) периоде болезни рекомендуется проведение патогенетической терапии, включающей дезинтоксикационный, антиоксидантный компоненты, профилактику и лечение ДВС, ИТШ. С антиоксидантной целью рекомендуется введение 5% раствора аскорбиновой кислоты (внутривенно), витамина Е (перорально).

Ситуационная задача №33

Больной С., 52 лет, поступил в стационар на четвертый день заболевания с жалобами на разлитую головную боль, выраженную слабость, головокружение, тошноту, повторную рвоту, снижение аппетита, ломящие боли во всем теле. Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные жалобы появились три дня назад, однако в день поступления состояние резко ухудшилось, повысилась температура тела до 38,0°C, что и заставило обратиться за медицинской помощью. За неделю до начала заболевания отмечал укус клеща в область уха. Специфическая профилактика КЭ не проводилась. При осмотре: состояние тяжелое. Больной вялый. Лицо гиперемировано, отмечаются явления склерита. Тоны сердца ритмичные, глухие, тахикардия до 120/мин., АД-90/60 мм рт.ст. язык сухой, обложен. В неврологическом статусе: сглаженность носогубной складки, опущение правого угла рта. Намечена диверсия языка вправо. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях равны, на нижних – незначительно s>d. Ригидность мышц затылка 4,0 см, симптом Кернига 120° с обеих сторон. В ОАК: er-4,15*10¹²/л, Нб-136 г/л, L-15,0*10⁹/л, э-1. п/я-7, с/я-86, л-4, м-2, СОЭ-6 мм/ч. Картина ликвора: прозрачный, бесцветный, давление 240 мм вод.ст. Плеоцитоз 144, с преобладанием лимфоцитов. Белок – 0,33 г/л, реакция Панди (++)

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Клещевой энцефалит, менингеальная форма. Острое начало, интоксикационный, менингеальный синдром, эпидемиологический анамнез, результаты исследования ликвора.

2. Специфическая серодиагностика, ПЦР ликвора на выявление РНК ВКЭ, для контроля эффективности лечения через 10-12 дней – повторная люмбальная пункция. При отсутствии положительной динамики – решение вопроса о проведении ЭЭГ.

3. Этиотропное лечение (направленное на вирус) включает в себя введение специфического противоклещевого иммуноглобулина. Показано использование противоклещевой иммунной плазмы. Рекомендуется назначение препаратов группы Интерферонов (Реаферон ЕС-липид***) пациентам с лихорадочной и менингеальной формой клещевого энцефалита с целью подавления размножения вируса клещевого энцефалита. Патогенетическое лечение включает дезинтоксикационную терапию, дегидратационную терапию, глюкокортикостероиды, НПВС, препараты, улучшающие микроциркуляцию мозгового кровообращения и другие. Рекомендуется проведение респираторной поддержки (оксигенотерапия, ИВЛ) пациентам с тяжелыми формами клещевого энцефалита, находящимися в условиях ОРИТ при развитии дыхательной недостаточности.

Ситуационная задача №34

Больной В., 40 лет, заболел остро 4 дня назад с познабливания, повышения температуры тела до 38°C, появились болезненность и плотное образование в правой подмышечной области. Принимал анальгин, делал компрессы на правую подмышечную область без эффекта. Состояние ухудшилось: по вечерам сохранялись ознобы, лихорадка до 40°C, боль в подмышечной области постепенно усиливалась, что и заставило больного обратиться к врачу. Перед заболеванием ездил в Астраханскую область, помогал по хозяйству, участвовал в сельскохозяйственных работах. При осмотре: на правой кисти имеется рана, покрытая гнойной коркой с гиперемией, с цианотичным оттенком вокруг нее. В правой подмышечной области определяется резко болезненное образование размером 5*6 см, плотное, нечетко контурирующееся, с размягчением в центре. Кожа над ним ярко гиперемирована, вокруг отмечается небольшая отечность. Пульс 100/мин., АД-120/70 мм рт.ст. Больной вялый, адинамичный. Яркий румянец на щеках. Очаговых и менингеальных симптомов нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз. Укажите правила забора материала для исследования при данном заболевании.

3. План лечения.

Эталон ответа

1. Чума, бубонная форма, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, патогномоничные локальные изменения (в подмышечной области - резко болезненный, плотный, без четких контуров бубон с размягчением в центре), эпиданамнез (работа в эндемическом очаге чумы).

2. Микроскопия мазков пунктата бубона, окрашенных по Граму с целью обнаружения овоидных биполярных палочек с интенсивной биполярной окраской (экспресс-метод); бактериологическое исследование пунктата бубона с целью выделения *Y.pestis*; биологический метод, РНГА. Забор материала осуществляется персоналом в противочумных костюмах комплектации-4 в специальную посуду с притертой крышкой, промаркированный бикс, с использованием дезинфицирующих средств.

3. Лечение производится в специализированных инфекционных отделениях стационара, в условиях строгой изоляции. Этиотропная терапия проводится антибактериальными средствами в соответствии с клинической формой заболевания. Продолжительность курса занимает 7-10 дней.

1. Специфическая терапия. При кожной форме назначают ко-тримоксазол, при бубонной – внутривенно хлорамфеникол со стрептомицином. Можно также применять антибиотики тетрациклинового ряда. Тетрациклином или доксициклином дополняется комплекс хлорамфеникола со стрептомицином при чумной пневмонии и сепсисе.

2. Неспецифическая терапия. Включает комплекс дезинтоксикационных мероприятий (внутривенная инфузия солевых р-ров, декстрана, альбумина, плазмы) в сочетании с форсированием диуреза, средства, способствующие улучшению микроциркуляции

(пентоксифиллин). При необходимости назначаются сердечно-сосудистые, бронхолитические средства, жаропонижающие препараты.

Ситуационная задача №35

Больная К., 14 лет, поступила в больницу 3 августа. Заболела остро 28 июля. Повысилась температура до 38,5°C, в последующие дни сохранялась лихорадка в пределах 38-39°C, беспокоили слабость, головная боль. С 30 июля отмечает боли в левой паховой области. При осмотре: лицо гиперемировано, язык сухой, умеренно обложен сероватым налетом, сыпи на коже нет. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров боба, плотные, умеренно болезненные при ощупывании, умеренная отечность кожи в этой области, умеренная гиперемия, контуры лимфатических узлов отчетливые. Печень +2 см, пальпируется край селезенки. Интоксикация умеренная. Из эпидемиологического анамнеза: за неделю до заболевания собирала в лесу малину, отмечала множественные ссадины на нижних и верхних конечностях.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие изменения со стороны общего анализа крови характерны для данного заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Туляремия, бубонная форма, средняя степень тяжести. Обоснование: эпиданамнез (множественные ссадины на нижних конечностях, полученные в лесу), острое начало с лихорадки, умеренной интоксикации, гиперемия лица, наличие паховых бубонов, гепатоспленомегалия.

2. В периферической крови в первые дни болезни - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, в разгар болезни – лейкопения с палочкоядерным сдвигом, лимфоцитоз, токсическая зернистость, ускоренная СОЭ.

3. Диетотерапия. Диета No 2 (затем диета No 15). Режим Постельный режим – в остром периоде болезни. Этиотропная терапия. Антибиотикотерапия: Амикацин, Гентамицин, Стрептомицин.

Препараты второго ряда: Ципрофлоксацин перорально 10 дней, при тяжелом течении в/в; другие фторхинолоны: Пефлоксацин, Офлоксацин. Лечение антибиотиками продолжается до 3-5 дня нормальной температуры. Патогенетическая терапия.

При лечении заболевания направлена на борьбу с интоксикацией, гиповитаминозом, аллергизацией организма, на поддержание нормальной работы сердечно-сосудистой системы (в зависимости от степени тяжести заболевания): при интоксикации выше II степени – внутривенное введение дезинтоксикационных растворов, сочетание сбалансированных кристаллоидных (солевых) растворов и коллоидных растворов.

Ситуационная задача №36

Больной Д., учащийся из Мали, обратился в медпункт с жалобами на слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C, боли в животе и учащенный до 5 раз, кашицеобразный стул. Болен 3-й день. В первые 2 дня были ознобы, высокая лихорадка, однократная рвота. С диагнозом: Острая дизентерия направлен в инфекционную больницу. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 40°C, чувство жара, слабость. Кожа повышенной влажности, склерит. Тоны сердца приглушены, пульс 120/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в верхних отделах, больше слева. Сигмовидная кишка не пальпируется. Стул кашицеобразный, с небольшим количеством слизи. Печень увеличена на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка перкуторно увеличена. Менингеальных знаков нет. Из эпидемиологического анамнеза: вернулся из Мали 3 недели назад, куда ездил на каникулы впервые за 3 года обучения.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Назначьте обследование, подтверждающее диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Тропическая малярия, среднетяжелое течение. Обоснование: острое начало, малярийный пароксизм (озноб-жар-пот), рвота и жидкий стул как реакция на лихорадку, гепатоспленомегалия, сведения о пребывании в эндемичной по малярии зоне.

2. Микроскопия препаратов крови («толстой капли», «тонкого мазка»).

3. Для тропической малярии, при отсутствии резистентности к хлорохину по 10 мг\кг*2 раза-1-2 дни, затем 5 мг\кг в сутки. Лечение продолжают 5 дней.

При наличии лекарственной устойчивости назначают другие препараты: мефлохин, 15 мг-25\кг в 2 приема, фансидар (Сульфодоксин+пириметамин) по 3т однократно 1 день, хинин 10 мг\кг*3 приема-7 дней. При устойчивости к вышеизложенным препаратам-используют Артемизинин (табл 50 мг в дозе 10 мг\кг в сутки в течение 5 дней или его производные Артезунат или Артеметр 4 мг\кг в сутки, затем 2 мг\кг-6 дней. Артемизин в сочетании с Мефлохином В 1 д-артемизинин. 20 мг\кг*2 приема, в последующие 2 дня 10 мг\кг в сутки. Со 2 дня добавляют Мефлохин 15 мг\кг*2 приема. Артезунат или Артеметр 4 мг\кг, затем 2 мг\кг-6 д. Коартем (Люмефантрин+артемизинин) 1,3 мг\кг*3р в сутки-3-7 д. Доксициклин 100-200 мг в сут-7 дней. Маларон (Атоваквон 1000 мг с Прогуанилом) 400 мг-3-7 дней.

Ситуационная задача №37

Больной К., 30 лет, продавец магазина. С 10 марта находился в терапевтическом отделении ЦРБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 18 марта переведен в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не был. При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи. В анализах крови: L - $4,2 \cdot 10^9$ /л, формула без особенностей, СОЭ - 8 мм/час; билирубин общий - 180 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л (норма 0,7 мкмоль/час/л).

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, преджелтушного периода в течение 9 дней, который протекал по артралгическому варианту, объективных данных - желтуха кожи и склер, гепатоспленомегалия, синдром холестаза (кожный зуд, брадикардия), лабораторных критериев - гипербилирубинемия до 180 мкмоль/л за счет прямой фракции, повышение АлАТ, холестерина.

2. ИФА (IgM к HBsAg, HBsAg, HBeAg), ПЦР - ДНК HBV.

3. Лечение ОГВ проводят в условиях инфекционного стационара, объем мероприятий определяется тяжестью течения болезни. Госпитализация обязательна. При легкой форме ограничиваются базисной терапией (диетой № 5, дробным питьем, щадящим двигательным режимом). При среднетяжелой форме по определенным показаниям (выраженная интоксикация, изменения биохимических показателей, настораживающие в плане развития тяжелого течения) проводят дезинтоксикационную терапию: внутривенно вводят 10% раствор декстрозы (глюкозы), полиионные растворы до 20 мл/кг. При тяжелой форме болезни назначают строгий постельный режим, диету № 5а. Проводят инфузионную терапию с использованием тех же растворов, что и при среднетяжелой форме, до 30-50 мл/сут. В случае нарастания интоксикации, появления признаков ОПЭ больных переводят в палату (отделение) интенсивной терапии. В связи с тем, что 90-95% больных ОГВ выздоравливают, необходимость специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует. Однако при тяжелой форме ОГВ с развитием печеночной комы может быть назначена противовирусная терапия аналогами нуклеозидов/нуклеотидов. Лечение проводят ламивудином (у детей - 2-3 мг/кг, у взрослых - 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), у взрослых пациентов также - энтекавиром (0,5 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), телбивудином (600 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

сутки внутрь ежедневно), тенофовиром (300 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно).

Ситуационная задача №38

Больная П., 22 лет, разнорабочая, заболела 4 дня назад. Вначале появились боли мышц при жевании, постепенно стало трудно открывать рот и жевать пищу. Присоединились боли в мышцах шеи, спины, стало трудно сидеть. Из анамнеза: за 14 дней до заболевания в антисанитарных

условиях производился криминальный аборт. При поступлении: состояние среднетяжелое, сознание сохранено. Рот открывает не в полном объеме. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Температура тела – 38°C. Выражен тризм жевательных мышц, ригидность затылочных мышц и напряжение мышц живота. Лимфатические узлы не пальпируются, щитовидная железа не увеличена. Дыхание через нос, свободное. В легких перкуторно - ясный легочной звук, аускультативно - везикулярное дыхание. Живот при пальпации безболезненный, ощущается напряженность мышц. Мочеиспускание безболезненное. При наружном осмотре выделений из матки нет.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Имеет ли значение лабораторная верификация диагноза?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Столбняк, генерализованная форма, среднетяжелое течение. Диагноз выставлен на основании тризма жевательных мышц, затруднения открывания рта, ригидности затылочных мышц, сведений эпиданамнеза о криминальном аборте.

2. Нет. Выявление антитоксических антител свидетельствует только о прививках в анамнезе, а нарастания титра антител при столбняке не происходит, т.к. отсутствует иммунный ответ.

3. При подозрении на столбняк необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации любого стационара. При транспортировке показано введение спазмолитиков и успокаивающих средств, при остановке дыхания необходимо сделать непрямой массаж сердца и применить релаксанты с интубацией. Показан максимальный покой и непрерывное наблюдение, больного помещают в отдельную палату и изолируют от воздействия внешних раздражителей. Если человек не может питаться самостоятельно, питание осуществляется через зонд. В составе должны быть растворы глюкозы (10-70 %), смеси аминокислот и жировые эмульсии. Калорийность примерно 2500-3000 ккал/сут. В качестве мер основного лечения показано немедленное однократное введение противостолбнячной лошадиной очищенной сыворотки. Для предотвращения анафилактических реакций предварительно проводят десенсибилизацию по Безредке, которая подразумевает дробное введение сыворотки: вначале вводится часть полной дозы, приводящая к снижению чувствительности к чужеродному белку, а затем через 1-2 часа остальное количество, приводящее к созданию пассивного иммунитета. Доза сыворотки для взрослых — 100000-200000 МЕ, для новорождённых 10000-20000 МЕ, вводится внутривенно и внутримышечно. Также необходимо немедленное введение донорского иммуноглобулина внутримышечно (20000-50000 МЕ) и столбнячного анатоксина (в соответствии с инструкцией). Для устранения судорог применяют препараты группы бензодиазепинов, миорелаксанты антидеполяризующего действия в сочетании с наркотическими анальгетиками и антигистаминными средствами. Чтобы обеспечить нормальное дыхание, больные должны быть подключены к аппарату искусственной вентиляции лёгких. В качестве этиотропной терапии (направленной на уничтожение возбудителя) применяются антибиотики пенициллиновой, цефалоспориновой групп и химиопрепараты нитроимидазольной группы. Важным этапом лечения является поиск входных ворот. При их выявлении проводится хирургическая обработка раны (ликвидация очага инфекции) с обкалыванием её противостолбнячной сывороткой в дозе 1000-3000 МЕ. При гипертермии (перегревании), ацидозе и обезвоживании применяют полиионные растворы (0,9%-й раствор хлорида натрия), альбумин, плазму, 5%-й раствор декстрозы, коллоидные растворы и растворы натрия гидрокарбоната, а также парацетамол или ибупрофен.

Ситуационная задача №39

Больная С., 55 лет, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Эритематозная рожа правой голени. При поступлении предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 39,0°, покраснение кожи правой голени, отек и болезненность голеностопного сустава. Из анамнеза выяснено, что заболела 3 дня назад, когда отметила лихорадку, сутки назад появились гиперемия кожи правой голени, ее отек, болезненность, боли в области голеностопного сустава. 1 год назад перенесла операцию – ампутация левой нижней конечности до середины бедра ввиду ХВН III степени. За 1,5 года до операции перенесла однократно рожу левой голени. При осмотре: состояние средней тяжести, лихорадка 38,6°C. Культия левой нижней конечности без патологических изменений. На коже правой голени яркая, горячая, болезненная при пальпации гиперемия с четкими границами, отек голени и голеностопного сустава. Движения в

голеностопном суставе ограничены из-за отека и боли. На внутренней поверхности правого бедра отмечаются явления лимфангита. Пальпируются подколенные и паховые лимфатические узлы до 0,7-1,5 см в диаметре, не спаяны, болезненны.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Возможно ли расценить данное состояние как рецидив рожи?
2. Чем обусловлено данное заболевание?
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Нет. Первое заболевание рожей регистрировалось более 2 лет назад.
2. Длительным течением ХВН.
3. Постельный режим, изоляция, лечение антибиотиками широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия, экстракорпоральная детоксикация, дезагрегантная терапия, общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача №40

На станцию скорой помощи поступил вызов к больной Н., 42 лет, остро заболевшей в 23 часа. При расспросе удалось узнать, что легкое недомогание началось вечером предыдущего дня, заметила небольшое покраснение в области правого запястья, отмечала его болезненность и зуд, ночью это покраснение расчесала. Резкое ухудшение отметила на следующий день, повысилась температура тела до 37,3°C, появилась сильная головная боль, слабость, разбитость, боли во всем теле. Госпитализирована в инфекционный стационар. Из эпидемиологического анамнеза: в хозяйстве содержит домашний скот, 6 дней назад пал бык. При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 1 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Температура тела повысилась утром. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120/мин/, АД-110/60 мм рт.ст. Язык чистый, суховат. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы, на которые нужно ответить:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Назначьте обследование, подтверждающее данный диагноз.
3. План лечения.

Эталон ответа

1. Сибирская язва, кожная форма, карбункулезный вариант, легкое течение. Обоснование: острое начало, интоксикация, наличие карбункула (безболезненная язва с черным струпом, пузырьки с серозно-геморрагическим содержимым, перифокальное воспаление), сведения эпиданамнеза.

2. Бактериологическое исследование (микроскопия мазков отделяемого язвы, выделение чистой культуры *V.anthraxis*), ПЦР; кожно-аллергическая проба с антраксином не ранее 3-го дня заболевания; серологическое исследование (ИФА, РНГА, РПГА) не ранее 10-12 дня заболевания.

3. Комплексная антибактериальная терапия парентерально: ципрофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день + амикацин 1,0 г 2 раза в день; специфический противосибиреязвенный иммуноглобулин 40 мл однократно внутримышечно.

Комплект вопросов для проведения промежуточной аттестации

1. Ротавирусная инфекция. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Бруцеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
3. Бруцеллез. Клиника острой формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
4. Бруцеллез. Клиника хронической формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
5. Лептоспироз. Клиника. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
6. Вирусный гепатит А. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация.
7. Вирусный гепатит А. Клиника желтушного периода, диагностические критерии.

8. Вирусный гепатит Е. Этиология, эпидемиология, клиника.
9. Пищевые токсикоинфекции. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностическая и лечебная тактика.
10. Шигеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
11. Шигеллез. Клиника гастроэнтероколитической формы. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Шигеллез. Лабораторная диагностика. Правила выписки и диспансеризации.
13. Сальмонеллез. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
14. Сальмонеллез. Клиника и лечение гастроинтестинальной формы.
15. Брюшной тиф. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
16. Паратиф А и В. Особенности течения. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика.
17. Гельминтозы. Классификация. Общие закономерности патологического процесса. Понятие девакации и дегельминтизации.
18. Цестодозы (тениаринхоз, тениоз). Клиника, диагностика и лечение.
19. Трематодозы (описторхоз, фасциолез). Клиника, диагностика и лечение.
20. Грипп. Этиология, эпидемиология, клиника.
21. Грипп. Осложнения. Лечение.
22. Грипп А (H5N1). Пандемический грипп (H1N1). Особенности клинического течения.
23. Дифтерия. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
24. Дифтерия. Клиника локализованной и распространенной форм.
25. Дифтерия дыхательных путей. Клиника, диагностика. Осложнения.
26. Коронавирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Лабораторная диагностика методы экспресс-диагностики. Особенности клинического течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
27. Осложнения острых респираторных заболеваний. Клиническая характеристика в зависимости от возраста. Лечение.
28. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммуитет. Клиника и течение болезни. Осложнения. Краснуха у беременных. диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
29. Корь. Этиология, эпидемиология, иммунитет. Клиника и течение болезни. Проблема персистенции вируса. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз и профилактика.
30. Эпидемический паротит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммунитет. Клинические варианты течения болезни. Особенности у взрослых. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
31. Ветряная оспа. Этиология. Патогенез. Иммунитет. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
32. Инфекционный мононуклеоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
33. Геморрагические лихорадки. Общая характеристика болезней, объединенных этим термином.
34. Геморрагические лихорадки, встречающиеся на территории России. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.
35. ГЛПС. Особенности возбудителей ГЛПС. Основные источники заражения и пути передачи. Клиника. Лечение. Профилактика.
36. Лихорадка Эбола. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение.
37. Чума. Клиника легочной формы. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
38. Чума. Лечение и профилактика.
39. Туляремия. Этиология, эпидемиология, классификация.
40. Туляремия. Клиника, дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение.
41. Клещевой энцефалит. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
42. Малярия. Клиника трехдневной малярии (Pl. Vivax, ovale), диагностика и лечение.
43. Клиника тропической малярии. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение.
44. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
45. ВИЧ-инфекция. Клиника первичных проявлений, диагностика, лечение.

46. ВИЧ-инфекция. Клиника терминальной стадии. Диагностика, лечение.
47. ВИЧ-инфекция. Характеристика основных оппортунистических инфекций.
48. Вирусный гепатит В. Этиология, эпидемиология, патогенез.
49. Вирусный гепатит В. Дифференциальная и лабораторная диагностика.
50. Вирусный гепатит В. Исходы, прогноз, лечение, профилактика, диспансеризация.
51. Вирусный гепатит В. Осложнения. Клиника и лечение острой печеночной энцефалопатии.
52. Вирусный гепатит Д. Этиология, эпидемиология, клиника.
53. Вирусный гепатит С. Этиология, эпидемиология, профилактика.
54. Вирусный гепатит С. Клиническое течение, дифференциальная и лабораторная диагностика, лечение.
55. Бешенство. Этиология, патогенез, эпидемиология, клиника.
56. Бешенство. Дифференциальная и лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.
57. Столбняк. Этиология, эпидемиология, клиника, профилактика.
58. Рожа. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, клиника и лечение.
59. Сибирская язва. Этиология, патогенез, эпидемиология, классификация.
60. Сибирская язва. Кожные формы. Клиника, диагностика, лечение.

Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	В.И. Ерёмин	к.м.н., доцент	заведующий кафедрой эпидемиологии	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	А.Н. Данилов	д.м.н., доцент	профессор	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Н.А. Заяц	к.м.н., доцент	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Н.В. Рябинин	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
5.	А.И. Хворостухина	к.м.н.	доцент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	С.С. Абрамкина		старший преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
7.	Е.Г. Гладилина	к.м.н.	ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
8.	С.Ю. Чехомов		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
9.	О.А. Хлебожарова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
10.	М.А. Шиловская		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
11.	А.О. Дергунова		преподаватель	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

				России
12.	А.А. Богданова		ассистент	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России