

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

**Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии**

**Рабочая программа дисциплины**

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

для обучающихся 5 курса,

направление подготовки (специальность)  
31.05.02 Педиатрия,

форма обучения  
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	5 з.е. / 180 ч.
в том числе:	
контактная работа	105 ч.
самостоятельная работа	48 ч.+27ч. контроль
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен / 10 семестр

**Тверь, 2024**

**Разработчики:** к.м.н., доцент Стариков С.В., к.м.н., ассистент Киселёва Н.И.

**Внешняя рецензия** дана заведующей инфекционным отделением ГБУЗ ГКБ №1 им. В.В. Успенского г. Твери, врачом инфекционистом Стариковой О.В.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры «26» апреля 2024 г. (протокол № 9)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «29» мая 2024 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «10» июня 2024 г. (протокол № 9)

## I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 965, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения дисциплины являются:

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

### 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Планируемые результаты обучения – Индикаторы достижения компетенций В результате изучения дисциплины студент должен:
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<p>ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.</p> <p>ИОПК-4.2 Владеет алгоритмом применения использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p>	<p><b>Знать:</b> медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи</p> <p><b>Уметь:</b> применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи</p> <p><b>Владеть:</b> техникой применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи</p> <p><b>Знать:</b> алгоритм применения использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p><b>Уметь:</b> использовать алгоритм применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении</p>

	<p>ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p>ИОПК-7.1. Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>профессиональных задач</p> <p><b>Владеть:</b> алгоритмом применения использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p><b>Знать:</b> показания к использованию медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p><b>Уметь:</b> осуществить выбор медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p><b>Владеть:</b> техникой использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p><b>Знать:</b> варианты оценки результатов использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p><b>Уметь:</b> оценивать результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p><b>Владеть:</b> методами оценки результатов использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p><b>Знать:</b> лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний.</p>
<p>ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и</p>		

<p>безопасности.</p>	<p>ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>	<p><b>Уметь:</b> применить лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p><b>Владеть:</b> способами выбора лекарственных препаратов и медицинских изделий для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p><b>Знать:</b> современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p><b>Уметь:</b> использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p><b>Владеть:</b> методами выбора современных алгоритмов лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p><b>Знать:</b> эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p><b>Уметь:</b> контролировать эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p><b>Владеть:</b> методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>
----------------------	---	---

	<p>ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p><b>Знать</b> безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма.  <b>Уметь:</b> оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма  <b>Владеть:</b> методами оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>
--	--	---

### 3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» входит в Обязательную часть, формируемую участниками образовательных отношений Блока 1 ОПОП специалитета.

Данная дисциплина – это этап изучения основных инфекционных заболеваний по принципу распределения по нозологическим формам. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам инфектологии, ознакомиться с редкими и сложными в диагностическом отношении заболеваниями и синдромами. В рамках данной дисциплины проводится изучение следующих разделов инфектологии – вирусных инфекций, бактериальных инфекций, протозоозов, гельминтозов.

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

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

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

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

- Анатомия  
Разделы: анатомические характеристики человека.
- Нормальная физиология  
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция.
- Медицинская биология и генетика  
Разделы: биология простейших, гельминтов, членистоногих.
- Биохимия  
Разделы: обмен веществ, биохимия крови, энергетический обмен.

- Гистология, эмбриология, цитология  
Разделы: гистологические особенности кожи, костей, подкожной клетчатки, миокарда, мозга, почек, сосудов, нервной системы.
- Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия
- Разделы: болезни головы и шеи
- Патофизиология, клиническая патофизиология
- Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, нейроэндокринной регуляции; воспаление; патофизиология гемостаза и систем органов; шок.
- Микробиология, вирусология  
Разделы: учение о возбудителях инфекционных заболеваний, токсинах, иммунитете, бактериоскопической, бактериологической, вирусологической, серологической диагностике.
- Гигиена  
Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений инфекционного профиля, гигиенические аспекты лечебного питания.
- Внутренние болезни, пропедевтика внутренних болезней
- Разделы: анатомо-физиологические особенности человека, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов.
- Общая хирургия  
Разделы: гнойная, лицевая, абдоминальная, нейрохирургия.
- Неврология, медицинская генетика  
Разделы: менингиты

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

- госпитальная терапия;
- госпитальная хирургия;
- поликлиническая терапия.

**4. Объём дисциплины** составляет 5 зачетных единиц, 180 академических часов, в том числе 105 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (30 часов лекции и 75 часов практические занятия), 48 часов самостоятельной работы обучающихся и 27 часов контроль.

#### **5. Образовательные технологии**

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

Лекция-визуализация, проблемная лекция, использования компьютерных обучающих программ, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций, разбор клинических случаев (разбор конкретных ситуаций), интерактивный атлас, подготовка истории болезни, участие в научно-практических конференциях, посещение врачебных конференций, учебно-исследовательская работа студентов; подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к клиническим практическим занятиям и экзамену, написание истории болезни, рефератов, использование данных Интернета, самостоятельное освоение раздела – зоонозные инфекции, работа с электронными кафедральными программами.

Клинические практические занятия проводятся в отделениях стационара ГБУЗ Городская клиническая больница № 1 им. В.В. Успенского, кабинетах инфекционных заболеваний поликлиник города Твери, инфекционное отделение Калининской ЦРКБ.

## **6. Формы промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация – в 10 семестре проводится трёхэтапный курсовой экзамен.

### **II. Учебная программа дисциплины**

#### **Содержание дисциплины**

**Модуль 1. Тема 1. Введение в специальность. Учение об общей патологии инфекционных болезней. Принципы диагностики инфекционных болезней, Принципы и методы лечения инфекционных больных. Структура инфекционной службы. Профилактика инфекционных болезней.**

#### *Учение об общей патологии инфекций*

Краткие исторические сведения о распространении инфекционных болезней. Инфекционные болезни как самостоятельная научная и клиническая дисциплина. Участие отечественных ученых в развитии патогенетического, клинического и профилактического направлений изучения инфекционной патологии.

Определение, понятий "инфекция", "инфекционный процесс", "инфекционная болезнь". Закономерности развития инфекционного процесса. Течение инфекционного заболевания. Его циклы. Острые и хронические формы инфекционных болезней. Возрастные особенности течения инфекционных заболеваний. Роль факторов патогенности микроорганизмов. Эволюция инфекционных болезней и изменение структуры инфекционной заболеваемости в настоящее время.

#### *Медленные инфекции.*

Принцип построения клинических классификаций инфекционных заболеваний. Классификация инфекционных болезней по Л.В. Громашевскому. Классификация болезней ВОЗ.

Болезни, на которые распространяются "международные медико-санитарные правила" (карантинные, конвенционные заболевания).

#### *Диагностика инфекционных болезней*

Принципы ранней диагностики инфекционного заболевания. Значение анамнеза в диагностике. Особенности анамнеза инфекционного больного. Эпидемиологический анамнез. Данные, полученные при объективном осмотре. Выделение отдельных симптомокомплексов в течение заболевания: Оценка клинических симптомов.

Лабораторные методы исследования: вирусологический, бактериологический, серологический, паразитологический. Значение в диагностике определения классов иммуноглобулинов. Диагностическое значение определения микробных антигенов в биологических средах организма. Методы экспресс-диагностики с использованием реакций коагуляции, латекс-агглютинации, агрегатгемагглютинации (РАГА), методики иммунофлюоресценции и РНГА с иммуноглобулиновыми диагностикумами. Иммуноферментный и радиоиммунный анализ. Новые методы иммунологической диагностики: иммуноблоттинг, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Клинико-иммунологическая оценка лабораторных данных. Инструментальные методы.

#### *Принципы и методы лечения инфекционных больных*

Принципы комплексной этиотропной и патогенетической терапии больных. Антибиотикотерапия. Химиотерапия. Антибиотики, их избирательное действие.

Принципы рациональной антибиотикотерапии. Методы выбора адекватных препаратов и лечебных доз. Химиопрепараты. Методы их применения. Устойчивость микробов к антибактериальным препаратам. Осложнения при этиотропном и патогенетическом лечении. Анафилактический шок, лекарственная болезнь.

Серотерапия. Антитоксические и антимикробные сыворотки, способы их введения. Способы предварительной десенсибилизации. Использование иммуноглобулинов. Осложнения серотерапии.

Противовирусные средства. Синтетические противовирусные препараты: производные адамантана (ремантадин, адопромин). Аналоги нуклеозидов (арбидол, видарбин, виразол, оксолит и др.). Азидотимидин. Производные тиосемикарбазона (метисазон). Механизм их действия. Биологические противовирусные средства - интерфероны. Препараты интерферона разных поколений. Механизмы их действия, показания к применению противовирусных средств. Методы их применения. Побочные действия.

Принципы иммуномодулирующей терапии. Иммуномодуляторы микробного происхождения (продигиозан, зимозан и др.). Препараты тимуса. Интерфероны. Препараты гамма-глобулинов. Синтетические иммуномодуляторы. Производные имидазола (левамизол). Производные пиримидина и пурина. Механизмы их действия. Показания к применению иммуномодулирующих препаратов. Методы их применения. Побочное действие. Препараты - стимуляторы иммунитета. Вакциноterapia.

Патогенетическая терапия. Коррекция нарушений внутренней среды организма. Методы и средства дезинтоксикационной терапии. Регидратационная терапия. Полиионные солевые растворы для оральной и инфузионной регидратации. Глюкокортикоидная терапия, показания (противопоказания, осложнения). Неотложная терапия при инфекционных болезнях.

Особенности лечения больных на догоспитальном этапе. Программы лечения больных на дому в полном объеме при ряде инфекционных заболеваний.

#### *Структура инфекционной службы.*

Понятие об общей структуре инфекционной службы. Роль кабинетов инфекционных заболеваний поликлиник, инфекционных стационаров, институтов главных специалистов, территориальных центров инфекционной патологии, центров по борьбе и профилактике СПИДа и инфекционных заболеваний.

#### *Профилактика инфекционных болезней.*

Общие принципы профилактики инфекционных болезней.

Принципы и возможности раннего выявления инфекционных больных. Регистрация инфекционного больного. Активное выявление и санация бактериовыделителей. Вакцино- и серопрфилактика. Меры по локализации и ликвидации очага заболевания.

Достижения отечественного здравоохранения в предупреждении инфекционных заболеваний.

## **Модуль 2.**

**2.1. Тема 2. Кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, паратифы А, В. Диагностика в условиях поликлиники.**

Актуальность проблемы. Распространение и заболеваемость кишечными инфекциями. Этиологическая характеристика.

### *Брюшной тиф.*

#### Определение.

Этиология. Возбудитель, его основные свойства, антигенная структура. L-формы возбудителя. Устойчивость возбудителя во внешней среде.

Эпидемиология. Источники инфекции. Значение хронических бактерионосителей в распространении брюшного тифа. Механизм заражения. Пути и факторы передачи инфекции. Спорадические случаи заболевания. Пищевые и водные вспышки. Сезонность. Восприимчивость населения. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя, размножение в лимфатических образованиях кишечника, лимфоузлах, внутриклеточное паразитирование в МФС с ее генерализованным поражением, бактериемия, токсемия. Очаговые поражения. Аллергические реакции. Патогенез рецидивов. Роль L-форм возбудителя в патогенезе рецидивов и хронического бактерионосительства. Цикличность патологических изменений лимфоидного аппарата тонкой кишки. Изменения со стороны других органов и систем.

Клиника. Клиническая классификация. Инкубационный период. Цикличность течения брюшного тифа. Варианты начального периода заболевания при современном и классическом брюшном тифе. Особенности современного клинического течения брюшного тифа. Клиническая характеристика периода разгара болезни. Типы температурных кривых. Сроки появления характерной сыпи. Нарушения деятельности центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Признаки поражения желудочно-кишечного тракта. Критерии тяжести брюшного тифа. "Статус тифозус" как проявление тяжелого течения болезни. Динамика гематологических изменений. Обострения и рецидивы брюшного тифа. Течение брюшного тифа у привитых. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Роль эпидемиологических и клинических данных. Гемограмма. Лабораторная диагностика: бактериологическая (получение и изучение гемо-, копро-, урино-, били-, розеоло-, миелокультур) и серологическая (реакция агглютинации Видаля, РНГА с эритроцитарными диагностикумами О, Н и Vi). Метод иммунофлюоресценции в экспресс-диагностике инфекции. Определение антигенов возбудителя в крови методом иммуноферментного анализа, в реакции агрегатгемагглютинации, в кале и крови - в реакции коагглютинации. Выбор оптимальных методов лабораторной диагностики в разные периоды болезни.

#### Дифференциальный диагноз.

Лечение. Значение режима, ухода за больными и диетотерапии, включая догоспитальный этап. Обязательная госпитализация. Принципы и средства антибиотикотерапии. Средства патогенетической терапии и показания к их применению. Неотложная терапия при осложнениях брюшного тифа. Иммуномодулирующая терапия для предупреждения рецидивов.

Профилактика. Раннее выявление и санация источников инфекции, пресечение путей передачи и повышение невосприимчивости организма. Специфическая профилактика. Принципы диспансеризации реконвалесцентов.

### *Паратифы А и В.*

Этиология, эпидемиология, патогенез: сходство и различия с брюшным тифом.

Клиника. Основные клинические симптомы паратифов А и В. Особенности течения паратифов в сравнении с брюшным тифом. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Определяющее значение лабораторной (бактериологической и серологической) диагностики. Клинико-эпидемиологическая диагностика.

Лечение. Значение режима, ухода за больными. Диетотерапия. Принципы и средства антибиотикотерапии.

## **2.2. Тема 3. Острая и хроническая дизентерия. Амебиаз. Эшерихиозы. Диагностика в условиях поликлиники.**

*Дизентерия.*

Определение.

Этиология. Возбудитель, его основные свойства. Современная классификация шигелл. Устойчивость возбудителя во внешней среде.

Эпидемиология. Источники инфекции. Значение больных субклиническими, стертными и легкими формами в распространении дизентерии. Механизм заражения. Пути и факторы передачи инфекции. Оптимальные пути передачи для различных видов шигелл. Восприимчивость разных возрастных групп. Иммуитет. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Роль адгезивных, инвазивных и токсигенных свойств возбудителя. Роль дисбактериоза в патогенезе заболевания. Значение преморбидного фона и состояния макроорганизма для течения болезни. Механизм развития колитического синдрома, характер поражения слизистой оболочки толстой кишки. Патологические изменения во внутренних органах. Особенности патогенеза гастроэнтерического и гастроэнтероколитического вариантов.

Клиника. Клиническая классификация дизентерии. Инкубационные периоды при разных клинических вариантах болезни. Характеристика колитического, гастроэнтероколитического и гастроэнтеритического вариантов острой дизентерии. Субклиническое течение дизентерии (бактерионосительство). Затяжное течение. Критерии тяжести течения. Тяжелое течение болезни с выраженным поражением слизистой оболочки кишечника. Осложнения дизентерии, постдизентерийные состояния. Хроническая дизентерия и ее варианты. Условия, способствующие развитию хронической дизентерии. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологического анамнеза и клинического обследования больного. Бактериологический и серологические (РНГА с эритроцитарным дизентерийным антигеном, реакция коагуляции, латекс-агглютинации, ИФА, РНИФ методы). Копрология и ректороманоскопический метод. Показания к ректороманоскопии.

Экспресс-диагностика с помощью реакции коагуляции, иммунофлюоресцентного метода и РИГА с иммуноглобулиновыми (антительными) антигенами.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Показания, организация и программа лечения на дому. Режим. Диетотерапия. Тактика этиотропного лечения больных с колитическим вариантом острой дизентерии. Средства антибактериальной терапии (антибиотики, производные нитрофурана, оксихинолинов, налидиксовой кислоты и др.). Сульфаниламиды и их комбинации с другими препаратами. Применение бактериальных биологических препаратов. Энтеросорбция и препараты-энтеросорбенты. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Особенности лечения тяжелых форм. Тактика лечения больных с гастроэнтероколитическим и гастроэнтеритическим вариантами. Регидратационная терапия и ее этапы. Оральная и инфузионная регидратация. Терапия хронической дизентерии. Значение иммунокорректирующей и общеукрепляющей терапии. Значение лечения дисбактериоза. Правила выписки из стационара. Реабилитация реконвалесцентов.

Профилактика. Роль раннего выявления больных и их рационального лечения в стационаре и на дому. Текущая и заключительная дезинфекции. Санитарно-гигиенические мероприятия. Повышение неспецифической резистентности организма. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов в инфекционных кабинетах поликлиник.

#### *Амебиаз.*

Определение.

Этиология. Возбудитель, его жизненный цикл.

Эпидемиология. Источники инвазии. Механизм заражения и пути распространения амебиаза. Восприимчивость и иммунитет. Роль цистоносителей. Географическое распространение. Сезонность. Заболеваемость и пораженность.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя и его размножение в кишечнике. Патоморфологические изменения в толстой кишке при остром и хроническом амебиазе. Характеристика поражения различных органов и систем при различных формах амебиаза. Механизм образования внекишечных локализаций патологического процесса.

Клиника. Клиническая классификация амебиаза. Кишечный амебиаз. Острая и хроническая формы. Варианты течения хронического кишечного амебиаза. Осложнения и исходы. Прогноз.

Внекишечный амебиаз. Симптоматология амебных абсцессов печени, легких, головного мозга. Клиника и течение амебиаза кожи. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологического анамнеза и клинического обследования больных. Специфические (паразитологические и серологические) и вспомогательные методы распознавания амебиаза (копрологический, ректороманоскопический). Дополнительные методы выявления внекишечного амебиаза.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Применение препаратов специфического действия. Основные химиопрепараты. Выбор средств и лекарственных доз. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Профилактика. Выявление и санация источников инвазии. Воздействие на пути передачи. Санитарно-гигиенические мероприятия. Диспансеризация реконвалесцентов. Учет цистоносителей. Профилактика завоза амебиаза.

#### *Эшерихиозы.*

Определение.

Этиология. Характеристика эшерихий, их антигенная структура. Классификация эшерихий. Энтеропатогенные кишечные палочки (ЭПКП) - возбудители колиэнтеритов детей раннего (до 1 года жизни) возраста. Энтеротоксигенные (ЭТКП) и энтероинвазивные (ЭИКП) кишечные палочки - возбудители эшерихиозов взрослых и детей старше 1 года.

Эпидемиология. Источники эшерихиозов. Механизм заражения, пути распространения, факторы передачи инфекции. Контагиозность больных эшерихиозами.

Патогенез, патологическая анатомия. Роль инвазивных и токсигенных свойств эшерихий. Значение состояния макроорганизма в развитии заболевания. Патологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Симптоматика и течение дизентериеподобных (вызванных ЭИКП 0124, 0151, "Крым" и др.) и холероподобных (вызванных ЭТКП 01, 06, 08 и др.) эшерихиозов. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических и клинических данных в диагностике эшерихиозов. Определяющее значение лабораторной диагностики: бактериологической (посевы испражнений и рвотных масс) и серологической (РНГА, ускоренная диагностика эшерихиозов с помощью иммунофлюоресцентного метода и РНГА с иммуноглобулиновыми диаагостиками).

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Принципы терапии дизентериеподобных и холероподобных эшерихиозов. Лечение больных на догоспитальном этапе. Роль антибактериальных средств в терапии. Патогенетическая терапия. Программа ведения больных на дому.

Профилактика. Мероприятия, направленные на источники инфекции, пути распространения заболевания. Меры по повышению неспецифической резистентности организма.

### **2.3. Тема 4. Сальмонеллез. Пищевые токсикоинфекции. Диагностика в условиях поликлиники.**

*Сальмонеллез.*

Определение.

Этиология. Возбудители сальмонеллеза, их важнейшие свойства. Принципы классификации и номенклатура. Устойчивость во внешней среде.

Эпидемиология. Распространенность сальмонеллеза среди людей и животных. Значение пораженности сальмонеллезом крупного рогатого скота, домашней птицы, свиней в распространении инфекции. Прижизненное и посмертное инфицирование мясных продуктов. Человек как источник инфекции. Пути распространения, факторы передачи сальмонеллеза. Восприимчивость. Иммуитет. Спорадическая заболеваемость и групповые вспышки. Внутрибольничные вспышки. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия. Патогенез локализованных и генерализованных форм сальмонеллеза. Патогенетические механизмы секреторной

диареи, общетоксического синдрома, гиповолемического и инфекционно-токсического шока. Морфологические изменения кишечника и других органов при различных формах заболевания. Формирование пиемических очагов при септической форме заболевания.

Клиника. Классификация сальмонеллеза. Инкубационный период. Симптоматика и течение клинических вариантов гастроинтестинальной формы. Ведущее значение гастроэнтеритического варианта. Критерии тяжести с учетом выраженности токсикоза и степени обезвоживания. Клиника генерализованной формы (тифоподобный и септикопиемический варианты). Бактерионосительство (острое, хроническое, транзиторное). Осложнения: гиповолемический и инфекционно-токсический шок. Прогноз.

Диагностика. Определяющее значение эпидемиологических и лабораторных данных. Лабораторная диагностика: бактериологическая (посевы рвотных масс, промывных вод желудка, испражнений, мочи, желчи, крови) и серологическая (РИГА, ИФА, РНИФ). Экспресс-диагностика с помощью реакции коагуляции, иммунофлюоресцентного метода и РИГА с иммуноглобулиновыми диагностикумами.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Показания, организация и программа лечения больных на дому. Режим, диета. Решающее значение патогенетической регидратационной терапии гастроинтестинальной формы, направленной на нормализацию водно-солевого обмена, дезинтоксикацию, борьбу с гипоксией, метаболическим ацидозом, на поддержание сердечно-сосудистой деятельности, функции почек. Оральная и инфузионная регидратационная терапия. Этапы инфузионной терапии. Расчет объема и скорости введения полиионных солевых растворов. Осложнения инфузионной терапии. Тактика антибактериальной терапии при генерализованной форме. Общеукрепляющее лечение. Санация бактериовыделителей. Методы неотложной терапии, реанимации при гиповолемическом и инфекционно-токсическом шоках.

Профилактика. Ветеринарно-санитарные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

*Пищевые токсикоинфекции.*

Определение.

Этиология. Значение патогенных микробов (сальмонеллы) и условно-патогенных: стафилококков, протей, энтерококков, клебсиелл, цитробактер, споровых микробов и анаэробов, галофильных вибрионов, ассоциаций условно-патогенных бактерий в возникновении токсикоинфекций.

Эпидемиология. Источники пищевых токсикоинфекций, механизм передачи. Инфицированный пищевой продукт как обязательный фактор передачи. Роль различных пищевых продуктов в передаче токсикоинфекций. Спорадическая заболеваемость и групповые вспышки. Сезонность. Особенности эпидемиологии стафилококковых токсикоинфекций.

Патогенез, патологическая анатомия. Роль токсигенных свойств возбудителей при накоплении их в пищевом продукте. Патогенетический механизм секреторной диареи, общетоксического синдрома, сердечно-сосудистых расстройств при пищевых токсикоинфекциях.

Клиника. Инкубационный период. Клиническая классификация и клинические варианты течения болезни при преимущественном поражении различных отделов желудочно-кишечного тракта. Ведущее значение гастроэнтеритического варианта. Критерии тяжести с учетом выраженности токсикоза и степени обезвоживания. Особенности симптоматики пищевых токсикоинфекций, вызванных различными возбудителями. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Роль эпидемиологического анамнеза и клинического обследования больных. Синдромальная диагностика. Значение бактериологического метода диагностики, РНГА, реакции коагулирования. Серологические реакции с аутоштаммами возбудителей.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к обязательной госпитализации. Показания, организация и программа лечения на дому. Режим. Патогенетическая регидратационная и дезинтоксикационная терапия как основной метод лечения больных пищевыми токсикоинфекциями. Оральная и инфузионная регидратационная терапия, ее этапы. Расчет объема и скорости введения полиионных солевых растворов. Тактика промывания желудка. Тактика врача в отношении антибактериальной терапии.

Профилактика. Преимущественное значение санитарно-гигиенических мероприятий.

## **2.4. Тема 5. Ботулизм. Холера.**

*Ботулизм*

Определение.

Этиология. Характеристика основных свойств возбудителя. Типы возбудителя. Устойчивость микробов и токсинов во внешней среде.

Эпидемиология. Источники инфекции и факторы передачи ботулизма. Повышенный риск при употреблении продуктов домашнего консервирования. Восприимчивость. Иммуитет. Спорадические и групповые заболевания.

Патогенез, патологическая анатомия. Решающее значение ботулинического токсина в развитии заболевания. Токсинемия. Механизм поражения центральной и периферической нервной системы. Патогенез острой дыхательной недостаточности. Патологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Инкубационный период. Симптомы начального периода. Синдромы: паралитический, диспептический, общетоксический. Бульбарные расстройства. Критерии тяжести. Острая дыхательная недостаточность. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Лабораторное исследование пищевых продуктов, рвотных масс, промывных вод желудка, испражнений, крови и мочи для обнаружения возбудителя и (или) ботулотоксина. Биологическая проба.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Специфическая терапия противоботулинической сывороткой, ее методика. Предварительная десенсибилизация. Введение анатоксина с целью стимуляции

иммуногенеза. Дезинтоксикационная терапия, симптоматическое лечение. Антибиотикотерапия. Методы интенсивной терапии дыхательных расстройств.

#### Профилактика.

Роль санитарного надзора и санитарного просвещения. Разъяснения населению правил домашнего консервирования продуктов. Серопротекция в очаге ботулизма. Вакцинопрофилактика (полианатоксин) и показания к ней.

#### *Холера.*

##### Определение.

Этиология. Классический холерный вибрион и вибрион Эль - Тор. Их важнейшие свойства, характеристика токсинов. Серотипы вибрионов. Серовариант O139 холерного вибриона. Устойчивость холерных вибрионов во внешней среде. Сведения о галофильных патогенных вибрионах.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения и факторы передачи инфекции. Преимущественное значение водного пути. Факторы, способствующие распространению холеры. Восприимчивость населения. Иммунитет. Сезонность. Эпидемии и пандемии холеры. Новые данные о возможности заноса и распространения холеры из сопредельных стран, с которыми существенно расширились торгово-экономические связи. Особенности эпидемиологии холеры Эль-Тор. Особенности развития эпидемий, вызванных O139 сероваром вибриона холеры.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение, возбудителя и его размножение. Действие токсина холерогена на ферментные системы клеток тонкой кишки. Патогенез диареи, водно-электролитных расстройств, метаболического ацидоза, сердечно-сосудистых нарушений, нарушений функций почек. Патогенез гиповолемического шока. Патологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Классификация холеры (по степени дегидратации). Инкубационный период. Ранние симптомы холеры. Характеристика отдельных фаз заболевания. Клинико-патогенетическая характеристика из четырех степеней дегидратации. Варианты течения холеры. Клинические особенности холеры Эль - Тор. Клинические особенности холеры, вызванной сероваром O139. Клиника гиповолемического шока. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Исключительное значение эпидемиологического анамнеза и клинического обследования больного. Бактериологическая диагностика (посевы испражнений, рвотных масс, желчи, аутопсийного материала). Методы экспресс-диагностики. Современные методы детекции возбудителя на основе использования полимеразной цепной реакции (ПЦР) и выявления O-гена у выделенных культур с помощью ДНК-зондирования. Сведения об изменчивости основных свойств холерных вибрионов, выделяемых в последние годы (резистентность к диагностическим фагам, антибиотикам и т.д.). Правила взятия, пересылки и исследования материала.

##### Дифференциальный диагноз.

Лечение. Патогенетическая терапия с учетом степени обезвоживания больного. Этапы оральной и инфузионной регидратации. Растворы для оральной и инфузионной регидратации. Средства патогенетической терапии. Способы контроля за эффективностью проводимой терапии. Осложнения инфузионной терапии. Антибиотикотерапия больных холерой и вибрионосителей. Правила выписки из стационара. Прогноз.

Профилактика. Локализация эпидемической вспышки, ликвидация очага. Предупреждение заноса холеры. Эффективность раннего выявления и госпитализации больных, бактериологического обследования контактных лиц. Текущая и заключительная дезинфекция. Клинико-бактериологический контроль за вибрионосителями. Экстренная профилактика антибиотиками. Иммунизация населения. Новые вакцинные препараты (таблетированные, живые и синтетические). Международные правила и карантинные мероприятия по борьбе с холерой. Правила безопасности при работе в очаге холеры и в лаборатории.

## **2.5. Тема 6. Иерсиниоз. Псевдотуберкулез.**

Определение. Номенклатура.

Этиология. Основные сведения о возбудителях.

Эпидемиология. Источники инфекции. Человек как источник инфекции при кишечном иерсиниозе. Пути заражения человека и факторы передачи. Восприимчивость населения. Сезонность заболевания. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Стадии развития процесса: энтеральная, лимфаденита, бактериемии и токсинемии, органных поражений. Значение сенсibilизации организма. Патогенез обострений и рецидивов.

Патоморфологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Общая клиническая классификация псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза. Инкубационный период. Симптоматика и течение гастроинтестинальных и генерализованной форм. Варианты их течения. Вторично-очаговые поражения. Клиническая характеристика обострений хронического течения и рецидивов. Сходства и различия клиники псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза.

Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических данных и результатов клинического обследования. Лабораторная диагностика: бактериологические, серологические и иммунологические исследования в разные сроки заболевания (ИФА, РА, РНГА, РСК, реакция коагуляции).

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия, выбор препарата, доза и продолжительность лечения. Значение сроков начатого лечения для последующего течения болезни. Патогенетическая терапия. Показания к хирургическому лечению. Особенности терапии вторично-очаговой формы. Симптоматические средства. Показания к госпитализации. Лечение на дому. Реабилитация.

Профилактика. Оздоровительные мероприятия в очагах инфекции. Дератизация. Санитарный надзор за пищевыми предприятиями, овощехранилищами и источниками водоснабжения.

## **Модуль 3. Гельминтозы.**

### **3.1. Тема 7. Нематодозы. Диагностика в условиях поликлиники.**

Основные черты биологии гельминтов и эпидемиологии гельминтозов, важные для диагностики гельминтоантропонозов и гельминтозоонозов.

Возможность и эпидемиологические последствия завоза тропических гельминтозов на территории России.

#### *Нематодозы*

Определение. Номенклатура.

Этиология. Основные сведения о возбудителях.

Эпидемиология. Источники инфекции. Человек как источник инфекции при нематодозах. Пути заражения человека и факторы передачи. Восприимчивость населения. Сезонность заболевания. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Стадии развития процесса. Значение сенсibilизации организма. Патоморфологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Общая клиническая классификация нематодозов. Инкубационный период. Симптоматика различных фаз нематодозов. Сходства и различия в клинике нематодозов.

Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических данных и результатов клинического обследования. Лабораторная диагностика: микроскопические и серологические исследования.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия, выбор препарата, доза и продолжительность лечения. Значение сроков начатого лечения для последующего течения болезни. Патогенетическая терапия. Показания к хирургическому лечению. Показания к госпитализации. Лечение на дому. Реабилитация.

### **3.2. Тема 8. Цестодозы. Диагностика в условиях поликлиники.**

Определение. Номенклатура.

Этиология. Основные сведения о возбудителях.

Эпидемиология. Источники инфекции. Человек как источник инфекции при цестодозах. Пути заражения человека и факторы передачи. Восприимчивость населения. Сезонность заболевания. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Стадии развития процесса. Значение сенсibilизации организма. Патоморфологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Общая клиническая классификация цестодозов. Инкубационный период. Симптоматика различных фаз цестодозов. Сходства и различия в клинике цестодозов.

Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических данных и результатов клинического обследования. Лабораторная диагностика: микроскопические и серологические исследования.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия, выбор препарата, доза и продолжительность лечения. Значение сроков начатого лечения для последующего течения болезни. Патогенетическая терапия. Показания к хирургическому лечению. Показания к госпитализации. Лечение на дому. Реабилитация.

### **3.3. Тема 9. Трематодозы. Диагностика в условиях поликлиники.**

Определение. Номенклатура.

Этиология. Основные сведения о возбудителях.

Эпидемиология. Источники инфекции. Человек как источник инфекции при трематодозах. Пути заражения человека и факторы передачи. Восприимчивость населения. Сезонность заболевания. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Стадии развития процесса. Значение сенсibilизации организма. Патоморфологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Общая клиническая классификация трематодозов. Инкубационный период. Симптоматика различных фаз трематодозов. Сходства и различия в клинике трематодозов.

Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических данных и результатов клинического обследования. Лабораторная диагностика: микроскопические и серологические исследования.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия, выбор препарата, доза и продолжительность лечения. Значение сроков начатого лечения для последующего течения болезни. Патогенетическая терапия. Показания к хирургическому лечению. Показания к госпитализации. Лечение на дому. Реабилитация.

## **Модуль 4. Гепатиты. ВИЧ**

### **4.1. Тема 10. Острый вирусный гепатит А. Острый вирусный гепатит Е. Диагностика в условиях поликлиники.**

*Острый вирусный гепатит А.*

Определение.

Этиология.

Эпидемиология. Источник инфекции. Сроки заразительности больных. Эпидемиологическое значение больных безжелтушными и субклиническими формами. Механизм и факторы передачи. Восприимчивость разных возрастных групп. Иммунитет. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение вируса. Первичная регионарная инфекция. Первичная вирусемия. Паренхиматозная диссеминация вируса. Вторичная вирусемия. Патогенез желтухи, цитолиза гепатоцитов, гиперферментемии и других метаболических нарушений. Активация механизмов саногенеза. Морфологические изменения в печени.

Клиника. Классификация вирусных гепатитов. Длительность инкубационного периода. Продолжительность и клиника преджелтушного периода. Варианты преджелтушного периода при вирусном гепатите А. Желтушный период, его клиническая характеристика. Период реконвалесценции. Клинические диагностические критерии вирусного гепатита А. Варианты течения. Исходы и прогноз вирусного гепатита А. Прогноз.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных, результатов биохимических исследований: выявление гиперферментемии, нарушение пигментного и белкового обмена. Иммунологическая диагностика. Инструментальные методы (УЗИ печени, сканирование печени, компьютерная томография).

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Ведущее значение режима и диетотерапия. Патогенетическая терапия. Реабилитация переболевших. Лечение больных на догоспитальном этапе. Программа лечения на дому.

Прогноз.

Профилактика. Значение раннего выявления и госпитализация больных. Наблюдение за контактными. Дезинфекция. Правила выписки больных из стационара. Иммуноглобулинопрофилактика. Вакцинопрофилактика. Диспансеризация переболевших.

*Острый вирусный гепатит Е.*

Определение.

Этиология.

Эпидемиология. Источники инфекции. Основной путь распространения. Восприимчивость разных возрастных групп. Основная группа риска. Иммунитет. Сезонность. Эндемичность.

Патогенез. Особенности патогенеза вирусного гепатита Е у беременных и при тяжелом течении болезни. Влияние тяжелых форм болезни на плод. Механизм развития гемолиза эритроцитов, острой печеночно-почечной недостаточности.

Клиника. Инкубационный период и его длительность. Особенности преджелтушного периода. Особенности клинического течения болезни в желтушном периоде. Клиника тяжелого течения болезни у беременных. Прерывание беременности. Кровотечения. Развитие ДВС-синдрома. Гемоглобинурия и почечная недостаточность.

Диагностика. Определяющее значение клинико-эпидемиологических данных. Лабораторная иммунологическая диагностика. Иммунная электронная микроскопия. Их значение для выявления спорадических случаев болезни.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Значение режима и диетотерапии. Лечение на догоспитальном этапе. Особенности терапии у беременных. Необходимость комплексной терапии с участием акушера, выбором адекватной акушерской тактики. Предупреждение и лечение геморрагического синдрома и острой почечной недостаточности.

Прогноз.

Профилактика. Значение раннего выявления, госпитализации больных. Наблюдение за контактными. Дезинфекция. Диспансеризация переболевших.

#### **4.2. Тема 11. Острый вирусный гепатит В. Диагностика в условиях поликлиники.**

*Острый вирусный гепатит В.*

Этиология. Частица Дейна, ее антигенное строение.

Эпидемиология. Источник инфекции. Эпидемиологическая значимость "здоровых" вирусоносителей и больных хроническим вирусным гепатитом. Механизм передачи. Искусственные и естественные пути передачи. Значение перкутанных (бытового) и полового пути передачи. Восприимчивость. Группы риска. Иммунитет.

Патогенез и патологическая анатомия. Вирусная иммуногенетическая концепция патогенеза. Особенности взаимодействия вируса с гепатоцитами и клетками иммунной системы.

Механизмы цитолиза гепатоцитов и холестаза. Особенности патогенеза фульминантного гепатита и хронического активного гепатита. Морфологические изменения в печени. Роль иммунокомплексных процессов с участием HBsAg в формировании внепеченочных поражений.

Клиника. Инкубационный период и его длительность. Продолжительность и клинические проявления преджелтушного периода. Варианты преджелтушного периода. Клиническая характеристика желтушного периода. Период реконвалесценции. Клинические диагностические критерии вирусного гепатита В. Варианты течения гепатита В. Критерии тяжести. Осложнения. Клиническая характеристика острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ I-IV степени). Рецидивы и обострения болезни. Исходы и прогноз острого вирусного гепатита В. Хронический вирусный гепатит В, клиническая характеристика его форм. Исходы. Прогноз.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных. Иммунологическая диагностика. Значение различных иммунологических маркеров вирусного гепатита В для диагностики и прогноза течения. Биохимические исследования: выявление гиперферментемии, нарушений пигментного и белкового обменов и их клиническая интерпретация. Инструментальные методы диагностики (УЗИ печени, сканирование печени, пункционная биопсия, компьютерная томография и др.). Особенности диагностики хронических вирусных гепатитов В.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Значение режима диетотерапии. Методы и средства патогенетической и иммунокорректирующей терапии. Применение препаратов интерферона, лазеротерапии, ГБО. Принципы и методы неотложной терапии острой печеночной недостаточности.

Лечение других осложнений вирусного гепатита В. Терапевтическая тактика при хроническом вирусном гепатите В. Реабилитация переболевших.

Профилактика. Значение раннего и активного выявления больных и вирусоносителей. Санитарно-гигиенические мероприятия. Диспансеризация переболевших и носителей. Перспективы активной и пассивной иммунизации. Вакцины второго поколения. Экстренная профилактика. Специфический иммуноглобулин В.

#### **4.3. Тема 12. ВИЧ-инфекция. Острые вирусные гепатиты С. D. Диагностика в условиях поликлиники.**

##### *ВИЧ- инфекция*

Определение.

Этиология. Возбудитель. Его основные свойства. Классификация. Генетическая и антигенная изменчивость. Особенность биологического действия. Устойчивость во внешней среде.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм, пути передачи. Группы риска. Возможности инфицирования в медицинских учреждениях. Трансплацентарная передача инфекции. Иммуитет. Прогнозирование развития эпидемиологического процесса.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение вируса. Этапы взаимодействия с иммунными клетками. Механизмы формирования иммунологических нарушений. Активизация возбудителей оппортунистических инфекций и инвазий. Механизмы развития вторичных инфекционных процессов (протозойные инфекции, микозы, вирусные и бактериальные инфекции, включая туберкулез). Возникновение опухолей. Патоморфология.

Клиника. Стадии течения ВИЧ-инфекции. Инкубационный период. Первичное инфицирование. Синдром генерализованной лимфаденопатии. Клинический "комплекс, ассоциированный со СПИДом" (малая форма"). Клиника собственно СПИД. Критерии ВОЗ. Периоды ВИЧ-инфекции по классификации В.И. Покровского. Характеристика основных оппортунистических инфекций. Характеристика системных поражений и варианты течения. Особенности клинического течения ВИЧ-инфекции у детей.

Диагностика. Значение комплекса эпидемиологических, клинических и лабораторных данных для ранней диагностики ВИЧ-инфекции. Клинико-лабораторная диагностика "комплекса, ассоциированного со СПИД", собственно СПИД. Лабораторные методы исследования: серологические (ИФА, иммуноблоттинг и др.), вирусологические (выделение вируса), исследование состояния клеточного иммунитета.

Лечение. Этиотропная терапия. Противовирусные препараты. Иммуномодулирующая и иммунозаместительная терапия. Лечение оппортунистических инфекций, включая туберкулез, инвазий и онкопатологии. Симптоматическая терапия. Терапия неотложных состояний.

Профилактика. Меры личной профилактики. Общественная профилактика. Программа ВОЗ. Глобальная стратегия борьбы с ВИЧ-инфекцией. Юридические и медико-деонтологические проблемы СПИД.

##### *Вирусный гепатит С*

Определение.

Этиология. Современные представления об антигенном строении возбудителя.

Эпидемиология. Источники инфекции: больные и здоровые вирусоносители. Роль больных безжелтушными формами заболеваниями. Определяющее значение гемотрансфузий, введения препаратов крови. Дополнительное значение полового и перкутанных (бытовых) путей передачи. Группы риска.

Патогенез. Особенности действия вируса на гепатоциты при остром и хроническом вирусных гепатитах С. Значение дефектов иммунной системы для формирования хронического гепатита. Участие возбудителя гепатита С в формировании ряда аутоиммунных внепеченочных поражений, первичного рака печени.

Клиника. Инкубационный период. Особенности преджелтушного периода. Желтушный период, его клиническая характеристика. Безжелтушные и стертые формы. Частота перехода в хронический гепатит при желтушных и безжелтушных формах. Феномен "мнимого выздоровления". Хронический гепатит С, его особенности. Другие исходы болезни.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных. Определяющая роль иммунологической диагностики. Сроки выявления антител к вирусу при остром вирусном гепатите С. Тест-системы различных поколений для выявления антител к вирусу. Метод полимеразной цепной реакции для выявления в крови РНК вируса. Значение биохимических показателей. Диагностика хронического гепатита С. Роль пункционной биопсии печени в диагностике бессимптомно протекающих случаев.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Особенности терапии хронического гепатита С.

Прогноз.

Профилактика. Активное выявление больных и вирусоносителей. Организация мер по предупреждению посттрансфузионного гепатита. Диспансеризация переболевших, больных хроническим гепатитом и вирусоносителей.

#### *Вирусный гепатит D*

Этиология. Возбудитель, его облигатная связь с вирусом гепатита В.

Эпидемиология. Источник инфекции. Механизм передачи. Одновременное инфицирование с вирусом гепатита В (коинфекция). Инфицирование реконвалесцентов вирусного гепатита В, носителей HBsAg и больных хроническим вирусным гепатитом В (суперинфекция). Группы риска.

Патогенез. Потенцирование дельта-инфекцией патогенного эффекта вируса гепатита В. Непосредственное цитолитическое действие дельта-вируса на гепатоцит. Повторные репликации дельта-вируса и обострения болезни. Угнетение Т-системы иммунитета. Особенности патогенеза ко-инфекции и суперинфекции при вирусном гепатите D. Роль длительной внутригепатоцитной экспрессии возбудителя в хронизации процесса.

Клиника. Острый гепатит D и В ("смешанный гепатит D+B"). Инкубационный период. Особенности преджелтушного периода. Ацикличность желтушного периода. Фульминантное течение. Другие исходы. Прогноз.

Острый гепатит D у реконвалесцентов вирусного гепатита В - носителей HBsAg, у больных хроническим вирусным гепатитом В. Инкубационный период. Особенности преджелтушного и желтушного периодов. Асцитический синдром. Ранние признаки хронизации гепатита. Прогноз.

Хронический вирусный гепатит D. Клиническая характеристика. Исходы. Прогноз.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных. Иммунологическая диагностика дельта-инфекции в сочетании с определением маркеров вируса гепатита В. Особенности гиперферментемии, других биохимических показателей.

Лечение. Особенности терапии среднетяжелых и тяжелых форм острого вирусного гепатита D и хронического активного вирусного гепатита D с применением препаратов интерферона. Лазеротерапия, ГБО. Гемосорбция, обменное переливание крови при развитии ОПЭ.

## **Модуль 5. Воздушно-капельные инфекции.**

### **5.1. Тема 14. Грипп. Парагрипп. Диагностика в условиях поликлиники.**

Общая клинико-этиологическая и эпидемиологическая характеристика острых респираторных заболеваний вирусной природы. Современная классификация острых респираторных вирусных заболеваний. Необходимость ранней клинико-эпидемиологической диагностики гриппа и выделения больных гриппом из группы больных другими ОРВИ.

#### *Грипп*

Определение.

Этиология. Современное представление о возбудителе, его свойствах, антигенной структуре и изменчивости. Современные представления о механизмах антигенной изменчивости вируса гриппа. Антигенные варианты. Пандемические и эпидемические штаммы вируса.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм заражения и пути распространения гриппа. Восприимчивость организма. Иммунитет. Заболеваемость. Сезонность. Эпидемии и пандемии гриппа. Возможность прогнозирования эпидемий гриппа.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение вируса, репродукция вируса в клетках цилиндрического эпителия дыхательных путей. Изменения со стороны слизистой оболочки дыхательных путей. Многофакторность токсикоза. Роль вирусемии и токсемии в развитии генерализованных нарушений микроциркуляции, лежащих в основе поражения сердечно-сосудистой, нервной систем и паренхиматозных органов. Патогенез респираторного синдрома. Значение вторичной инфекции.

Клиника. Клиническая классификация гриппа. Инкубационный период. Клиника неосложненных форм гриппа с легким, средней тяжести и тяжелым течением. Критерии тяжести гриппа. Гипертоксический и геморрагический синдромы. Острая дыхательная недостаточность. Гемодинамические нарушения при гриппе. Острая сосудистая недостаточность. Особенности течения гриппа у детей и лиц пожилого возраста. Ранние вирусно-бактериальные пневмонии, особенности их течения. Постгриппозные бактериальные пневмонии. Особенности их течения у лиц старческого возраста. Другие

осложнения со стороны органов дыхания. Осложнения, связанные с глубокими дисциркуляторными изменениями и кровоизлияниями в паренхиматозных органах. Характерные осложнения со стороны нервной системы. Прогноз.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных. Лабораторная диагностика: вирусологическая, серологическая (реакция торможения гемагглютинации, реакция связывания комплемента, реакция нейтрализации). Экспресс-диагностика гриппа - иммунофлюоресцентный метод.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к госпитализации. Программа лечения на дому. Режим. Этиотропная терапия: ремантадин, арбидол, противогриппозный донорский иммуноглобулин, интерферон и его препараты. Принципы и средства патогенетической терапии. Показания к назначению жаропонижающих средств. Показания к назначению антибиотикотерапии. Местное лечение катарального синдрома. Лечение тяжелых и осложненных форм гриппа.

Профилактика. Изоляция больного, индивидуальная профилактика. Экстренная профилактика гриппа в очаге (ремантадин, арбидол, оксолиновая мазь, аскорбиновая кислота). Противозидемические мероприятия. Специфическая профилактика гриппа.

*Парагрипп.*

Определение.

Этиология. Возбудитель парагриппа, его важнейшие свойства. Антигенная стабильность вируса парагриппа.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм распространения инфекции. Восприимчивость. Иммуитет. Заболеваемость населения. Sporадические заболевания и эпидемические вспышки. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия. Преимущественное поражение вирусом слизистой оболочки носовых ходов, гортани, трахеи. Значение вирусемии в патогенезе парагриппа. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.

Клиника. Инкубационный период. Начальные симптомы заболевания. Парагриппозные ларингит и риноларинготрахеит. Типичное течение парагриппа у взрослых. Особенности течения парагриппа у детей. Осложнения. Клиника стеноза гортани. Прогноз.

Диагностика. Значение клинических данных. Возможность клинической диагностики парагриппа при типичном течении болезни. Вирусологическая и серологическая диагностика (реакция торможения гемагглютинации, реакция нейтрализации, реакция задержки гемадсорбции). Применение иммунофлюоресцентного метода экспресс-диагностики.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к госпитализации. Программа лечения на дому. Режим. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Показания к этиотропной терапии. Неотложная терапия при стенозе гортани. Лечение на разных стадиях "ложного крупа".

Профилактика. Ранняя изоляция больного. Индивидуальная профилактика.

## **5.2. Тема 15. Аденовирусная инфекция. Респираторно-синцитиальная инфекция. Риновирусная инфекция. Диагностика в условиях поликлиники.**

### *Аденовирусная инфекция.*

Определение.

Этиология. Возбудители, их серотипы и основные свойства. Устойчивость во внешней среде.

Эпидемиология. Источники инфекции. Пути выделения вируса из организма больного. Механизм заражения и пути распространения инфекции. Восприимчивость. Иммуитет. Сезонность. Заболеваемость.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение, локализация и репродукция вируса в эпителии дыхательных путей, глаз, кишечника. Гематогенная диссеминация вируса. Значение вирусемии в патогенезе заболевания. Поражение лимфатического аппарата. Изменения со стороны слизистых оболочек и внутренних органов.

Клиника. Инкубационный период. Клинические формы аденовирусной инфекции и их характеристика. Критерии тяжести. Особенности течения аденовирусной инфекции у детей. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических и клинических данных. Возможность клинической диагностики аденовирусной инфекции при типичном течении болезни. Серологическая диагностика (РСК, РТГА, реакция, нейтрализации) и вирусологические методы распознавания инфекции. Метод иммунофлюоресценции в экспресс-диагностике аденовирусной инфекции.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к госпитализации. Программа лечения на дому. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Неотложная терапия при стенозе гортани. Терапия при разных стадиях "ложного" крупа.

Профилактика. Противоэпидемические мероприятия. Индивидуальная профилактика.

### *Респираторно-синцитиальная инфекция.*

Определение.

Этиология. Возбудитель РС-инфекции, его важнейшие свойства.

Эпидемиология. Источники инфекции. Механизм поражения, пути распространения инфекции. Восприимчивость, спорадическая и эпидемическая заболеваемость. Иммуитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Преимущественное поражение вирусом слизистой оболочки нижних дыхательных путей. Особенности поражения эпителия бронхов и альвеол.

Клиника. Инкубационный период. Начальные симптомы заболевания. Астматический синдром. Бронхит, бронхиолит, пневмония. Течение РС-инфекции. Прогноз.

Диагностика. Значение клинических данных. Сложность нозологического диагноза без результатов лабораторных исследований. Серологическая и вирусологическая диагностика. Значение иммунофлюоресцентного метода.

Лечение. Показания к госпитализации. Возможности организации и программа лечения на дому. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Показания к применению антибактериальной терапии.

Профилактика. Ранняя изоляция больного. Индивидуальная профилактика.

*Риновирусная инфекция.*

Определение.

Этиология. Возбудитель риновирусной инфекции, его свойства.

Эпидемиология. Источники инфекции. Пути передачи инфекции. Восприимчивость. Заболеваемость населения.

Патогенез. Преимущественное поражение эпителия слизистой оболочки носа.

Клиника. Инкубационный период. Начальные проявления заболевания, их дальнейшее развитие.

Диагностика. Значение клинических данных. Сложность клинической нозологической диагностики без лабораторных данных. Иммунофлюоресцентный метод.

Лечение. Организация лечения на дому. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Профилактика. Ранняя изоляция больного. Индивидуальная профилактика.

### **5.3. Тема 16. Менингококковая инфекция. Диагностика в условиях поликлиники.**

Определение.

Этиология. Возбудитель, его основные свойства. Серологические группы и типы менингококка.

Эпидемиология. Источники инфекции. Роль носителей менингококка в распространении болезни. Механизм заражения и пути распространения инфекции. Восприимчивость населения. Группы риска. Иммуитет. Периодичность эпидемических вспышек, сезонность. Заболеваемость.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение возбудителя. Гематогенная и лимфогенная генерализация инфекции. Преодоление гемато-энцефалитического барьера. Роль токсинемии и аллергического компонента в патогенезе. Механизм развития инфекционно-токсического шока, церебральной гипертензии и гипотензии, набухания и отека мозга, ДВС-синдрома и острой недостаточности надпочечников (синдром Уотерхауса - Фридериксена).

Клиника. Классификация форм менингококковой инфекции. Инкубационный период. Клиника менингококкового назофарингита, менингококкового менингита,

менингококкцемии. Характер кожных высыпаний. Менингококковый менингоэнцефалит. Сверхострый менингококковый сепсис. Особенности клинического течения заболевания у детей. Осложнения. Клинические синдромы: инфекционно-токсического шока, острой надпочечниковой недостаточности, набухания и отека мозга. Исходы. Прогноз при различных формах менингококковой инфекции.

**Диагностика.** Значение эпидемиологических данных в распознавании локализованных и субклинических форм. Значение клинического обследования больных для диагностики различных форм менингококковой инфекции. Выявление возбудителя в носоглоточной слизи, в крови и ликворе (бактериоскопическое и бактериологическое исследования). Серологические методы диагностики. Значение исследований ликвора в диагностике менингитов.

**Дифференциальный диагноз.**

**Лечение.** Срочное лечение больных антибиотиками на догоспитальном этапе. Комплексная этиотропная и патогенетическая терапия и ее организация в специализированных отделениях и центрах. Принципы и тактика антибиотикотерапии. Выбор антибиотиков, критерии эффективности антибиотикотерапии. Методы и средства патогенетической терапии различных форм менингококковой инфекции. Лечение инфекционно-токсического шока, острой надпочечниковой недостаточности.

**Профилактика.** Экстренная профилактика болезни, выявление и санация носителей менингококка. Перспективы специфической профилактики.

#### **5.4. Тема 17. Дифтерия. Инфекционный мононуклеоз. Дифференциальный диагноз ангин. Диагностика в условиях поликлиники.**

*Дифтерия.*

Определение.

Этиология. Свойства возбудителя. Варианты дифтерийной палочки.

Эпидемиология. Источники инфекции. Роль здоровых бактерионосителей в распространении инфекции. Механизм заражения и пути распространения инфекции. Группы риска. Преобладание взрослых возрастных групп. Периодичность и сезонность эпидемических вспышек.

Патогенез, патологическая анатомия. Входные ворота инфекции. Внедрение инфекции. Местное и общее резорбтивное действие экзотоксина. Развитие дифтеритического и крупозного воспаления. Роль резорбтивного действия экзотоксина в поражении лимфатической и кровеносной систем, миокарда, надпочечников, нервной системы. Особенности патогенеза токсической и гипертоксической дифтерии.

Клиника дифтерии у взрослых. Инкубационный период. Классификация клинических форм дифтерии. Локализованная дифтерия ротоглотки. Распространенная дифтерия ротоглотки. Токсическая дифтерия ротоглотки, особенности течения у взрослых. Характеристика субтоксической дифтерии, токсической дифтерии МП степени, гипертоксической дифтерии, геморрагической дифтерии.

Дифтерия гортани (круп), стадии крупа, особенности течения у взрослых. Характеристика распространенного крупа. Дифтерия носа. Редкие локализации дифтерии. Комбинированные по локализации формы дифтерии. Осложнения дифтерии у взрослых.

Частота и сроки осложнений. Значение алкоголизма для развития тяжелых и осложненных форм. Миокардит. Течение его при токсической дифтерии П-Ш степени. Поражения нервной системы. Дифтерийная полинейропатия. Поражения почек. Исходы. Прогноз при разных формах дифтерии.

Диагностика. Значение эпидемиологических и лабораторных данных для диагностики локализованной дифтерии ротоглотки. Клинические диагностические критерии типичных форм дифтерии. Лабораторные методы исследования. Бактериологическая диагностика. Серологическая диагностика. Иммунохимические и иммунологические методы диагностики. Оценка состояния антитоксического противодифтерийного иммунитета.

Дифференциальный диагноз. Значение дифференциальной диагностики с ангинами различной этиологии. Особенности дифференциальной диагностики дифтерии гортани, токсических форм болезни.

Лечение. Специфическая терапия антитоксической противодифтерийной сывороткой. Тактика врача при подозрении на локализованную дифтерию, токсическую дифтерию и дифтерийный круп. Определение разовых и курсовых доз, методы введения сыворотки. Правила введения антитоксической противодифтерийной сыворотки при локализованных формах, при токсической дифтерии, крупе, комбинированных формах болезни. Антибиотикотерапия при субтоксических и токсических формах. Выбор антибиотиков. Патогенетическая терапия. Десенсибилизирующие препараты. Показания для назначения кортикостероидов. Дезинтоксикационная терапия. Коррекция гемодинамических нарушений. Особенности терапии токсической дифтерии, гипертоксической и геморрагической дифтерии, тяжелых комбинированных форм. Плазмаферез. Гемосорбция. Лечение дифтерии гортани. Показания для проведения интубации и трахеостомии. Лечение осложнений дифтерии. Терапия шока. Лечение специфических миокардита, полирадикулонейропатии, острой дыхательной недостаточности. Реабилитация больных, перенесших тяжелые формы и осложнения дифтерии. Профилактика. Активная иммунизация. Мероприятия в очаге. Вакцинация реконвалесцентов. Выявление и санация бактерионосителей.

*Ангина.*

Определение.

Этиология. Возбудитель. Их важнейшие свойства. Ассоциации возбудителей.

Эпидемиология. Источники инфекции. Значение бактерионосителей. Механизмы и пути передачи. Восприимчивость. Иммунитет. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия.

Клиника. Инкубационный период. Общие и местные симптомы. Характер изменений зева. Клинические особенности ангины Симановского - Венсана. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Осложнения. Метатонзиллярные (тонзиллогенные) заболевания.

Диагностика. Клинические данные. Бактериологические исследования. Серологические исследования: определение противострептококковых антител.

Дифференциальная диагностика. Особое внимание следует уделить дифференциальной диагностике с дифтерией.

Лечение. Показания к госпитализации. Организация лечения на дому. Режим. Антибиотикотерапия: Патогенетическая терапия. Лечение осложнений,

Профилактика. Раннее выявление и госпитализация больного. Дезинфекция в очаге при групповых заболеваниях. Бициллинопрофилактика в коллективах.

*Инфекционный мононуклеоз.*

Определение.

Этиология. Современные представления об этиологии заболевания.

Эпидемиология. Источники инфекции, механизм поражения. Возрастная восприимчивость. Иммуитет. Заболеваемость.

Патогенез, патологическая анатомия.

Клиника. Классификация клинических форм. Инкубационный период. Характерный симптомокомплекс заболевания. Гематологические изменения.

Диагностика. Диагностическое значение клинических данных. Решающее значение гематологического исследования. Серологическая диагностика. Микроэкспресс-методы в диагностике инфекционного мононуклеоза.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Показания к госпитализации. Программа лечения на дому. Симптоматическая терапия. Показания к антибактериальной и глюкокортикостероидной терапии.

Профилактика. Ранняя изоляция больного. Индивидуальная профилактика.

## **Модуль 6. Зоонозы.**

### **6.1. Тема 13. Лептоспироз. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.**

*Лептоспироз.*

Определение.

Этиология. Характеристика возбудителей. Понятие о паразитических и свободноживущих формах. Серологические типы лептоспир, их значение в патологии человека.

Эпидемиология. Резервуары и источники инфекции в природе. Типы природных очагов лептоспироза. Пути передачи инфекции. Восприимчивость. Иммуитет. Эпизоотологические и эпидемиологические особенности отдельных форм инфекции. Сезонность. Типы эпидемических вспышек.

Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение лептоспир. Паренхиматозная диффузия. Механизм развития интоксикационного и геморрагического синдромов. Поражение печени, почек, сердечно-сосудистой и нервной систем и других органов при различных формах лептоспироза.

Клиника. Клиническая классификация лептоспироза. Инкубационный период. Общие закономерности развития. Желтушные и безжелтушные варианты болезни.

Геморрагический синдром. Симптоматология почечных и неврологических расстройств. Критерии тяжести. Острая почечная недостаточность. Другие осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических и клинических данных. Методы бактериологической и серологической диагностики.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Антибиотикотерапия. Специфическая терапия противолептоспирозным гамма-глобулином. Предварительная десенсибилизация. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия острой почечной недостаточности. Симптоматическое лечение.

Профилактика. Оздоровление природных очагов. Дератизация. Ветеринарные мероприятия.

Иммунизация населения - плановая и по эпидемиологическим показаниям.

*Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.*

Определение.

Этиология. Возбудитель, его основные свойства, серовары вируса, наиболее патогенные для человека.

Эпидемиология. Природноочаговость, в том числе в центральных регионах России. Источники, механизм заражения и пути распространения инфекции. Иммунитет. Заболеваемость, Сезонность.

Патогенез и патологическая анатомия. Внедрение вируса. Вирусемия и токсемия. Вазопатия. Механизмы развития геморрагического синдрома, поражений нервной системы, почек. Значение аутоаллергии в патогенезе. Патологические изменения во внутренних органах.

Клиника. Инкубационный период. Цикличность заболевания. Геморрагические проявления. Почечный синдром. Варианты течения заболевания. Острая почечная недостаточность. Другие осложнения. Динамика восстановительного периода и остаточные явления. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических данных. Клиническая диагностика. Лабораторные методы диагностики: оценка гемограммы, урограммы. Серологическая диагностика (РНИФ) с исследованием парных сывороток в ранние сроки болезни.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности. Показания к экстракорпоральному диализу. Диспансеризация переболевших.

## **6.2. Тема 14. Орнитоз. Ку-лихорадка.**

*Орнитоз.*

Определение.

Этиология. Особенности возбудителя.

Эпидемиология. Резервуары инфекции в природе. Механизм заражения и пути распространения орнитоза. Восприимчивость. Контингенты повышенного риска

заражения. Иммуниет. Спорадическая заболеваемость и групповые вспышки. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия.

Клиника. Классификация орнитоза. Инкубационный период. Основные симптомы болезни и их динамика. Изменения со стороны органов дыхания. Особенность пневмонии при орнитозе. Поражения нервной системы. Хронические формы орнитоза. Рецидивы. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Роль эпидемиологических и клинических данных. Лабораторная диагностика: серологические исследования (РСК, РТГА). Иммунофлюоресцентный метод. Диагностическое значение внутрикожной пробы. Рентгенологическое выявление орнитозной пневмонии.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Антибиотикотерапия орнитоза. Методы и средства патогенетической и симптоматической терапии.

Профилактика. Санитарно-ветеринарные мероприятия. Индивидуальная профилактика.

*Ку-лихорадка.*

Определение.

Эпидемиология. Резервуары инфекции в природе. Первичные природные и вторичные антропургические очаги инфекции. Механизмы заражения и пути распространения инфекции. Восприимчивость. Иммуниет. Заболеваемость.

Патогенез и патологическая анатомия. Внедрение и размножение риккетсий. Гематогенная диссеминация возбудителя. Интоксикация. Этиология. Основные свойства возбудителя.

Поражение различных систем и органов.

Клиника. Клиническая классификация болезни. Инкубационный период. Основные проявления заболевания. Частота и особенность поражения органов дыхания. Варианты течения инфекции. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Определяющее значение лабораторной диагностики (РСК и РА). Значение клинико-эпидемиологических данных. Иммунофлюоресцентная диагностика.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Антибиотикотерапия. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Профилактика. Своевременное выявление и изоляция источников инфекции. Санитарно-гигиенические мероприятия. Дезинсекция, дезинфекция. Специфическая профилактика.

### **6.3. Тема 15. Чума. Туляремия.**

*Чума.*

Определение.

Чума - карантинная (конвенционная) инфекция.

Этиология. Важнейшие свойства возбудителя.

Эпидемиология. Резервуары чумного микроба в природе. Природные очага чумы, их распространение, в том числе на территории России. Первичные и вторичные очаги чумы. Пути распространения инфекции. Блохи - переносчики возбудителя чумы. Особое значение больных легочными формами чумы как источника инфекции. Иммунитет. Сезонность.

Патогенез, патологическая анатомия. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения (форм) болезни. Внедрение микроба, лимфогенное и гематогенное распространение. Поражение сердечно-сосудистой системы, лимфатического аппарата и органов дыхания.

Клиника. Клиническая классификация. Инкубационный период. Начальный период болезни, основные его проявления: синдром интоксикации, сердечно-сосудистых расстройств. Клиника кожной, бубонной, септической легочной форм чумы. Характеристика клинических симптомов в динамике болезни.

Осложнения, исходы. Прогноз.

Диагностика. Диагностическая ценность эпидемиологического анамнеза и результатов клинического обследования больных. Бактериоскопические, бактериологические и серологические методы диагностики. Правила взятия патологического материала для лабораторных исследований и его транспортировки. Биологический метод диагностики. Экспресс-диагностика чумы.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия. Выбор антибиотиков. Дозы антибиотиков и продолжительность курса лечения при различных формах болезни.

Патогенетическая и симптоматическая терапия. Средства симптоматической терапии. Правила выписки из стационара.

Профилактика. Предупредительные мероприятия в природных очагах чумы и на путях распространения инфекции. Профилактика и мероприятия в очаге. Немедленная обязательная госпитализация больного в специализированный стационар. Изоляция контактных лиц. Личная профилактика медицинских работников. Экстренная профилактика. Правила вакцинации против чумы.

Профилактические мероприятия в портах и аэропортах по предупреждению завоза чумы.

*Туляремия.*

Определение.

Этиология. Характеристика возбудителя.

Эпидемиология. Туляремия как природноочаговое заболевание, типы очагов. Резервуары инфекции в природе, включая центральные регионы России. Кровососущие насекомые - переносчики возбудителя. Механизмы заражения. Восприимчивость человека. Иммунитет.

Патогенез, патологическая анатомия. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения (формы) болезни. Поражение лимфатического аппарата. Бактериемия. Генерализация инфекции. Сенсибилизация. Образование гранулем. Поражение внутренних органов.

Клиника. Клиническая классификация туляремии. Инкубационный период. Начальные проявления заболевания. Клиническое течение различных форм болезни. Осложнения. Исходы.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных. Серологический и аллергологический методы диагностики.

Дифференциальный диагноз. Актуальность дифференциального диагноза с чумой.

Лечение. Этиотропное лечение. Особенности патогенетической терапии при различных формах болезни. Реабилитация.

Профилактика. Оздоровление природных очагов. Дератизация, дезинфекция и дезинсекция. Показания и методы специфической профилактики.

## **Модуль 7. Трансмиссивные инфекции**

### **7.1. Тема 16. Сыпной тиф: эпидемический и болезнь Брилла-Цинссера. Боррелиозы: клещевой боррелиоз – болезнь Лайма.**

*Сыпной тиф: эпидемический и болезнь Брилла-Цинссера.*

Этиология. Важнейшие свойства риккетсий Провачека. Вегетативные и споровые формы. Альфа-формы риккетсий Провачека. Этиологическая тождественность эпидемического сыпного тифа и болезни Брилла - Цинссера.

Эпидемиология. Источник инфекции. Больной болезнью Брилла-Цинссера как возможный источник инфекции. Механизм заражения эпидемическим сыпным тифом. Вши - переносчики риккетсий Провачека. Восприимчивость. Иммуитет. Сезонность. Заболеваемость. Эпидемиологические особенности рецидивного сыпного тифа - болезни Брилла -Цинссера.

Патогенез, патологическая анатомия. Основные фазы патогенеза. Роль токсического фактора. Характер поражения сосудов в различные фазы патогенеза. Специфические васкулиты и специфические поражения нервной системы. Формирование негнойного специфического менингоэнцефалита. Поражения внутренних органов. Персистенция риккетсий в организме человека. Трансформация их в альфа-формы. Рецидивы сыпного тифа. Качественное сходство патогенеза и морфогенеза сыпного тифа и болезни Брилла - Цинссера.

Клиника. Инкубационный период. Цикличность сыпного тифа. Симптоматика раннего периода болезни. Клиническая характеристика периода разгара заболевания. Характерная сыпь. Симптомы поражения сердечно-сосудистой и нервной системы. Осложнения. Особенности течения болезни Брилла - Цинссера. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических, анамнестических, клинических и лабораторных данных для современного распознавания сыпного тифа. Клинико-эпидемиологические критерии диагностики болезни Брилла - Цинссера. Решающее значение серологических методов исследования в диагностике заболевания.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Обязательная госпитализация. Лечение больных на догоспитальном этапе. Этиотропная терапия. Методы и средства патогенетической терапии. Особенности терапии тяжелых форм болезни. Значение режима и ухода за больным. Профилактика осложнений.

Профилактика. Ранняя изоляция и адекватная терапия больного. Дезинфекция и дезинсекция в очаге. Правила медицинского наблюдения за очагом сыпного тифа. Специфическая профилактика, показания к ее проведению.

*Системный клещевой боррелиоз – болезнь Лайма.*

Определение.

Этиология. Особенности возбудителя.

Эпидемиология. Резервуары и переносчики инфекции. Механизм заражения. Природная очаговость. Возможность многолетнего пребывания возбудителя в организме больных.

Патогенез различных стадий болезни. Патологическая анатомия.

Клиника. Инкубационный период. Первичный аффект. Стадии течения болезни. Симптомы 1 стадии. Клинический полиморфизм 2 стадии. Поражение сердечно-сосудистой и нервной систем. Особенности клинического течения 3 стадии. Варианты поражения суставов. Осложнения. Прогноз.

Диагностика. Значение эпидемиологических и клинических данных. Лабораторная диагностика: выделение боррелий, иммунологические исследования (РНИФ, ИФА иммуноблот). Исследования парных сывороток в разные периоды болезни.

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Этиотропная терапия. Необходимость ее проведения во всех стадиях болезни в связи с длительным пребыванием возбудителя в организме. Патогенетическая терапия в разные стадии болезни. Предупреждение и лечение осложнений.

Профилактика. Противоэпидемические мероприятия. Дезинсекция. Личная профилактика.

## **7.2. Тема 17. Малярия.**

*Малярия.*

Определение.

Этиология. Возбудители малярии человека. Виды, подвиды и штаммы плазмодиев. Циклы развития паразитов в организме комара (спорогония) и человека (шизогония). Особенности шизогонии отдельных видов плазмодиев. Лекарственная устойчивость возбудителя.

Эпидемиология. Источники инфекции. Переносчики инфекции. Механизмы заражения.

Посттрансузионная малярия. Восприимчивость. Внутриутробное инфицирование плода. Особенности иммунитета. Распространение малярии. Современная эпидемиологическая ситуация по малярии. Малярия на территории России.

Патогенез и патологическая анатомия. Значение размножения плазмодиев в эритроцитах человека. Механизм развития приступа болезни. Воздействие на организм продуктов обмена паразитов и распада эритроцитов. "Пирогенный порог". Значение сенсбилизации организма и его реактивности. Особенности патогенеза тропической малярии. Патогенез анемии, малярийной комы, гемоглобинурии. Патогенез ранних и поздних рецидивов. Патологоанатомические изменения в селезенке, печени, костном мозге, лимфатических узлах, почках при различных видах малярийного заболевания.

Клиника. Формы малярии: трехдневная, четырехдневная, тропическая, овале-малярия. Особенности клинического течения малярии, вызванной различными видами плазмодиев. Фазы заболевания. Ранние и поздние рецидивы болезни. Малярийная кома. Другие осложнения. Врожденная малярия. Шизоитная малярия. Прогноз.

Диагностика. Значение клинико-эпидемиологических данных в диагностике малярии. Решающее значение обнаружения малярийного плазмодия в мазке и толстой капле крови. Методика паразитоскопического исследования. Серологические методы исследования (реакция флюоресцентизирующих антител и РНГА).

Дифференциальный диагноз.

Лечение. Основные направления терапии. Купирование острых проявлений малярии и предупреждение рецидивов. Основные противомалярийные химиопрепараты, механизм их действия. Комбинированное использование препаратов. Лечение малярийной комы. Терапия малярии, вызванной химиорезистентными формами возбудителей.

Профилактика. Значение своевременного выявления и лечения больных и паразитоносителей. Борьба с переносчиками. Химиопрофилактика. Предупреждение завоза малярии. Программа ВОЗ по борьбе с малярией, ее итоги.

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции					Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические	практические				экзамен/зачет			ОПК-4	ОПК-7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		15	16
1.				4		4	2	6			X			Л	С
2.1	2			4		6	2	8			X	X		Л, КС	ЗС, С
2.2.	2			4		6	2	8			X	X		Л, КС, ИБ	ЗС, С
2.3.	2			4		6	2	8			X	X		Л, КС, ИБ	ЗС, С
2.4.	2			4		6	2	8			X	X		ЛВ, Р	ЗС, С
2.5.				4		4	2	6			X	X		ИА, КС	Т, С
3.1	2			2		4		4			X	X		ИА, ПЛ	Р, С
3.2	2			2		4		4			X	X		ИА, ПЛ	Р, С
3.3	2			2		4		4			X	X		ИА, ПЛ	Р, С
4.1.	2			4		6	3	9			X	X		Л, ИБ, КС	ПР, Т, ЗС
4.2	2			4		6	4	10			X	X		Л, ИБ, КС	ПР, Т, ЗС
4.3	2			2		4	4	8			X	X		Л, ИБ, КС	ПР, Т, ЗС
5.1	2			4		6	4	10			X	X		ВК, Л, КС	Т, ЗС
5.2				4		4	4	8			X	X		КС	Т, ЗС
5.3	2			4		6	4	10			X	X		Л, УИРС	ЗС, ПР
5.4	2			4		6	4	10			X	X		Л, ИА, КС	ПР, ЗС
6.1	2			4		6	2	8			X	X		Л, КС	Т, ЗС
6.2				4		4	2	6			X	X		КС	Т, Р
6.3	2			3		5	2	7			X	X		Л, ИА	С

7.1			4		4	2	6			X	X		КС	Т, ЗС, Р
7.2			4		4	1	5			X	X		Л, КС	ЗС, Т
						48	153							
Экзамен						27	27							
<b>ИТОГО:</b>	<b>30</b>		<b>75</b>		<b>105</b>	<b>48+27=75</b>	<b>180</b>							

**Список сокращений: \* - Примечание. Трудоёмкость** в учебно-тематическом плане указывается **в академических часах**.

**Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ, разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ,, посещение врачебных консилиумов (ВК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р). **Формы текущего и рубежного контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, ИБ – написание и защита истории болезни, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам.

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

**1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости**

**Примеры заданий в тестовой форме:**

**Выбрать один правильный ответ.**

**СРОКИ ПЕРВИЧНОГО ПОЯВЛЕНИЯ СЫПИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ:**

- 1) 1-3 день болезни;
- 2) 4-7 день болезни;
- 3) 8-10 день болезни;
- 4) после 14 дня болезни.

**Эталон ответа: 3.**

**ПРИЧИНА ЦИТОЛИЗА ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В:**

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

**Эталон ответа: 2.**

**ТИПИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА И ЕГО ФРАКЦИЙ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ:**

- 1) повышение связанной фракции;
- 2) повышение связанной и свободной фракций в одинаковой мере;
- 3) повышение свободной фракции;
- 5) повышение связанной фракции при умеренном повышении уровня свободного билирубина.

**Эталон ответа: 5.**

**БИОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ, В КОТОРОМ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ВОЗБУДИТЕЛИ В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ БРЮШНОГО ТИФА**

- 1) кровь;
- 2) кал;
- 3) моча;
- 4) желчь.

**Эталон ответа: 1.**

**АНТИБИОТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

- А) ципрофлоксацин
- Б) офлоксацин
- В) бензилпенициллина натриевая соль
- Г) бензилпенициллина натриевая соль или хлорамфеникола сукцинат

**Эталон ответа: г.**

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ДИЗЕНТЕРИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ:**

- А) анализ ликвора
- Б) гемокультура
- В) копрограмма
- Г) копрограмма, бакпосев.

**Эталон ответа: г.**

**Укажите характер стула при сальмонеллезе (Выберете один правильный ответ)**

1. обильный, водянистый, пенистый, зеленоватого цвета,
2. обильный, водянистый, с резким неприятным запахом,
3. обильный, водянистый, типа «рисового отвара» с хлопьями слизи,
4. жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови,
5. кашицеобразный, глинистый, светлого цвета (обесцвеченный).

**Эталон ответа: 1.**

**Кожные проявления при сибирской язве (Выберете один правильный ответ)**

- 1) черный карбункул,
- 2) глубокая язва,
- 3) крупная розеола,
- 4) гнойная пустула,
- 5) болезненный бубон.

**Эталон ответа: 1.**

#### **Критерии оценки тестового контроля:**

Студентом даны правильные ответы на задания в тестовой форме:

- 70% и менее - оценка «2»
- 71-80% заданий – оценка «3»
- 81-90% заданий – оценка «4»
- 91-100% заданий – оценка «5»

#### **Примеры контрольных вопросов для собеседования:**

1. Какие черты инфекционных заболеваний отличают их от другой патологии?
2. Какие классификации инфекционных болезней Вы знаете?
3. Какие лабораторные методы существуют для подтверждения диагноза инфекционного заболевания?
4. Укажите осложнения при токсической дифтерии ротоглотки?
5. Как ввести противодифтерийную сыворотку?
6. Какая будет клиника инфекционно-токсического шока II степени при менингококкцемии?
7. Как лечить больных менингококкцемией без проявлений инфекционно-токсического шока?
8. Какие изменения ликвора при менингококковом менингите?
9. Какие основные клинические симптомы при менингококковом менингите?
10. Какая лабораторная диагностика при различных формах менингококковой инфекции?
11. Укажите лечение больных гриппом средней тяжести без осложнений.
12. Ваши действия как врача общей практики в отношении женщины с большим сроком беременности, заболевшей тяжелой формой гриппа?
13. Какими противовирусными препаратами будете пользоваться при лечении тяжелых форм гриппа в условиях инфекционного стационара?
14. В чём отличие аденовирусной инфекции и инфекционного мононуклеоза?
15. В чём отличие аденовирусной инфекции с поражением конъюнктивы глаз и дифтерии глаза?
16. Какие клинические симптомы характерны для клиники парагриппа у детей первых двух лет жизни?
17. Какие клинические проявления стеноза гортани по степеням, как осложнения парагриппа?
18. Какие проявления синдрома энтерита?..
19. Синдром колита, какой он?

20. В каких случаях ставятся диагнозы «острый гастроэнтерит инфекционный» и «острый гастроэнтероколит инфекционный»?
21. Какова клиническая классификация шигеллёзной дизентерии?
22. Какова клиническая классификация сальмонеллёза?
23. Какова клиническая классификация амебиаза?
24. Каковы специфические осложнения брюшного тифа?
25. Каковы специфические осложнения бактериальной дизентерии?
26. Каковы осложнения амебиаза?
27. По какому принципу выстроен алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих с диареей, рвотой и болями в животе?
28. Почему больного брюшным тифом необходимо госпитализировать в инфекционный стационар на 1-ой неделе заболевания (правило 7-го дня)?
29. Что такое L-форма возбудителя брюшного тифа?
30. Какая сыпь при брюшном тифе?
31. Каковы принципы лечения колитического варианта шигеллёзной дизентерии?
32. Каковы принципы лечения гастроэнтеритического варианта сальмонеллёза?
33. Каковы принципы лечения брюшного тифа?
34. Каковы принципы лечения кишечного амебиаза?
35. По каким критериям можно поставить диагноз пищевой токсикоинфекции?
36. В чём отличия гастроэнтеритического варианта сальмонеллёза и острого аппендицита?
37. В чём отличия колитического варианта дизентерии и неспецифического язвенного колита?

#### **Критерии оценки при собеседовании:**

**Предлагается ответить на 5 вопросов. Оценка ответов на вопросы проводится по 4-х бальной системе.**

При ответе на все 5 вопросов – оценка «отлично»;  
 при ответе на 4 вопроса – оценка «хорошо»;  
 при ответе на 3 вопроса – оценка «удовлетворительно»;  
 при ответе менее, чем на 3 вопроса – оценка «неудовлетворительно».

#### **Примеры ситуационных задач:**

##### **Ситуационная задача 1**

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

При поступлении состояние тяжелое, многократная рвота "фонтаном", стул через каждые 20 мин., жидкий, обильный, с большим количеством белых хлопьев слизи, без крови. Температура тела 35,5°C. Кожные покровы бледные, сухие, диффузный цианоз лица, кистей и стоп. Черты лица заострены. Кожная складка не расправляется в течение 15 минут. Склеры тусклые. Язык сухой, обложен белым налетом. Периодически отмечаются судороги верхних и нижних конечностей. Голос осиплый. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД - 36 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс слабого наполнения, 110 ударов в мин., АД 80/40 мм рт.ст. Живот втянут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Диурез снижен (выделил 100 мл мочи).

Вопросы к задаче:

1. Какова причина и механизм рвоты?
2. Чем обусловлена тяжесть состояния больного?

**Эталон ответа:** активация фермента альфа-аденилациклазы, регидратационная терапия, тяжесть обусловлена степенью дегидратации.

**Типовая задача 2**

Юноша 17 лет жалуется на похудание, обильный жидкий стул 2-3 раза в день более 1 месяца, субфебрильную температуру в течение 3 недель.

Вопросы к задаче:

1. Каковы действия дежурного врача?

**Эталон ответа:**

Врач должен собрать анамнез, провести объективное обследование, назначить лабораторное обследование и лечение.

**Типовая задача 3**

Больной Б., 23 лет, поступил в инфекционное отделение по «скорой медицинской помощи» на 2-й день болезни с жалобами на слабость, головокружение, тошноту, многократную рвоту, резкие боли в эпигастральной области, однократно обильный, водянистый стул. Заболел спустя один час после употребления в пищу мясных консервов с истекшим сроком годности.

**Задание:**

1. О какой патологии можно думать?
2. Какое будет обследование?

**Эталон ответа:**

1. Пищевая токсикоинфекция.
2. Анализ промывных вод, рвотных масс на возбудителей пищевых токсикоинфекций.

**Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

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

- оценки «**хорошо**» заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала;

- оценки «**удовлетворительно**» заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

**Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту**

**В процессе подготовки и изучения материала по дисциплине «инфекционные болезни» студенты должны приобрести практические навыки и умения:**

- Собрать анамнез у больного с инфекционным заболеванием.
- Осуществить клиническое обследование больного с инфекционным заболеванием.
- Пальпация и перкуссия печени и селезёнки.
- Оценить результаты лабораторных исследований (клинических, бактериологических, серологических и других).

- Назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков (химиопрепаратов) при конкретных инфекционных заболеваниях.
- Провести предварительную диагностику заболевания по характеру экзантемы.
- Взятие мазков из ротоглотки и носа на дифтерию и микрофлору.
- Назначить адекватную дезинтоксикационную терапию, определить состав и рассчитать объем и дозы вводимых растворов и препаратов.
- Назначить адекватную серотерапию.
- Выписать необходимые лекарственные средства.
- Заполнить необходимую документацию при первичном выявлении инфекционного больного.

**Критерии оценки выполнения практических навыков (четырёхбалльная шкала):**  
(Предлагается 3 практические задания по выполнению практических навыков).

**-отлично** – учащийся правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует;

**-хорошо** - учащийся в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки;

**-удовлетворительно** – учащийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя;

**-неудовлетворительно** – учащийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

## **2. Оценочные средства промежуточной аттестации по итогам освоения ДИСЦИПЛИНЫ «инфекционные болезни» (3- этапный курсовой экзамен).**

Общая оценка формируется из суммы баллов по тестовому контролю (0-5 баллов), по ситуационной задаче (0-10 баллов) и за практические навыки (0-3 балла). Набранные баллы по каждому этапу суммируются и оформляется итоговая оценка.

**Критерии оценки тестового контроля.** Экзаменатор предлагает обучающемуся решить одно задание тестового контроля 3-го уровня (письменно указать 7 главных признаков на данный вопрос). Оценка выставляется в зависимости от числа правильных ответов. Оценка по 6-х бальной шкале.

Количество баллов	5	4	3	2	1	0
Число правильных ответов	7	6	5	4	3	1-2

**Критерии оценки по решению ситуационной задачи:**

**Каждая задача имеет 5 заданий. Каждое задание оценивается в 2 балла. Баллы суммируются.**

- два балла за ответ на каждое задание ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- один балл получает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- **ноль («0»)** баллов выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

**Перечень практических навыков по итогам освоения дисциплины «инфекционные болезни».** Предлагается продемонстрировать освоение трёх практических навыков. Каждый навык оценивается в 0 или 1 балл. Набранные баллы суммируются.

1. оценка тяжести состояния больного вирусным гепатитом по формализованному дневнику;
2. оценка показателей клинического анализа крови;
3. оценка показателей копрограммы или ликвора.

#### ИТОГОВАЯ ТАБЛИЦА

Оценка	5	4	3	2
Число набранных баллов за 3 этапа	16-18	13-15	9-12	8 и менее

### 2. Примеры экзаменационных тестов:

#### 1. Перечислите 7 основных признаков гриппа:

- положительный эпидемиологический анамнез (контакты с больным гриппом);
- сезонность (ноябрь - март);
- длительность повышенной температуры до 4-5 дней;
- головная боль в области надбровных дуг, глазах и при движении глазными яблоками в стороны;
- трахеит;
- максимальное проявление клинических симптомов на 1-3 день болезни;
- острое течение, не более недели.

#### 2. Перечислите 7 специфических и неспецифических тестов, необходимых для выявления ОВГ А:

- положительная реакция на анти-НАV-IgM;
- положительная ПЦР на РНК-ВГ А;
- положительная реакция на анти-НАV, которая свидетельствует о встрече с ОВГ А;
- увеличенные показатели активности АлАТ и АсАТ;
- увеличенные показатели активности альдолазы;
- увеличенные показатели тимоловой пробы;
- лимфоцитоз с моноцитозом в клиническом анализе крови.

#### 3. Напишите 7 основных признаков инфекционного мононуклеоза:

- лихорадка, умеренная или высокая;
- бледность кожи;
- потливость кожи;
- тонзиллит;
- увеличение лимфатических узлов на двух и более несмежных участках тела;
- увеличение печени и селезенки;
- наличие в периферической крови атипичных клеток-мононуклеаров.

Критерии оценки тестового контроля. Экзаменатор предлагает обучающемуся решить одно задание тестового контроля 3-го уровня (письменно указать 7 главных признаков на

данный вопрос). Оценка выставляется в зависимости от числа правильных ответов. Оценка по 6-х бальной шкале.

Количество баллов	5	4	3	2	1	0
Число правильных ответов	7	6	5	4	3	1-2

### Примеры экзаменационных ситуационных задач:

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная Ж., 38 лет, обратилась к врачу 2 мая с жалобами на острое начало заболевания, повышение температуры до 39,5<sup>0</sup>С с ознобами, небольшую потливость. Одновременно беспокоила головная боль, мышечная слабость, бессонница и боли в крупных суставах. Боли в суставах усиливались при движении и пальпации. Объем движений резко снижен из-за болей. В зеве ограниченная яркая гиперемия слизистой мягкого неба. Лицо и шея гиперемированы (симптом «капюшона»), отмечается гиперемия и отечность ладоней и подошв. АД 95/55 мм рт.ст. Пульс 104 уд. В мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. В легких дыхание везикулярное. Менингеальные знаки отсутствуют.

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

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

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?
2. С каким заболеванием необходим дифференциальный диагноз?
3. Какой план обследования и ожидаемые результаты лабораторной диагностики?

**Эталон ответа:** 1. Псевдотуберкулёз. 2. Скарлатина. 3. Серологические исследования крови. 4. Ожидаемый результат – положительный.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

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

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

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

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

Вопросы к задаче:

1. Каков диагноз?..
2. С каким заболеванием необходим дифференциальный диагноз?
3. Какой план обследования и ожидаемые результаты лабораторной диагностики?

**Эталон ответа:** 1. Бруцеллёз. 2. С мононуклеозом. 3. Реакция Райта, Хедльсона. Ожидаемый результат – положительный.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

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

Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура со 2-го дня болезни 38—39<sup>0</sup>, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получила лечение по поводу холецистита—без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: болезнь Боткина.

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

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

Анализ крови: л—3,2 10<sup>9</sup>/л, сдвиг нейтрофилов влево, СОЭ— 3 мм/час.

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

Вопросы:

1. Каков диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния?
2. Какая специфическая профилактика данного заболевания? Генноинженерные вакцины?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Эталон ответа:** 1. ОВГ В тяжёлая форма. 2. Комбиотек, Энжерикс. 3. Проводится с гепатитами А и С.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Больная И., 23 лет, заболела внезапно 2.05.09 г., когда появились режущие боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота. Беспокоил озноб, температура до 38°, головная боль, резкая общая слабость, головокружение. Через 40—50 минут был 1 раз кашицеобразный стул без видимых патологических примесей. Через 2 часа от начала заболевания бригадой «скорой помощи» доставлена в инфекционную больницу. Указывает, что у мужа были боли в подложечной области, 3-кратная рвота, но температура оставалась нормальной, расстройства стула не было. Заболевание связывает с употреблением торта за полчаса до заболевания, приготовленного 30.04.09 г.

Состояние в приемном покое средней тяжести: вялая, бледная, температура 38,6°, болезненность в эпигастриальной области, кишечник пальпаторно без особенностей. Пульс—104 уд. в 1 мин. АД—90/50 мм рт. ст. В крови лейкоцитов 10 10<sup>9</sup> /л, палочкоядерный сдвиг 24%.

С 3.05 жалоб нет, стул в стационаре нормальный.

Вопросы:

1. Каков диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния?
2. Какие факторы передачи у данной больной?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Эталон ответа:** 1. Пищевая токсикоинфекция. 2. Торт. 3. Проводится с дизентерией, сальмонеллёзом.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Больной П., 60 лет, доставлен на 6-й день заболевания с жалобами на выраженную слабость, тошноту, рвоту (2—3 раза в сутки), схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул зеленого цвета до 15 раз, судороги икрожных мышц, лихорадку.

Заболевание ни с чем не связывает. Накануне пил сырые яйца, купленные на рынке.

Заболел остро, озноб, температура до 38,5°, слабость. Одновременно появились тошнота, рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий водянистый стул, вначале 7—8 раз, а в последующие дни до 10—15 раз менее обильный. Все дни высоко лихорадит, слабость, головная боль. В последние дни не мочился, появились судороги кистей рук, икрожных мышц. К врачу не обращался, ничем не лечился.

При поступлении состояние больного тяжелое. Тургор тканей снижен. Цианоз конечностей, мочек ушей, слизистой губ. Слизистая рта, язык сухой. Осиплость голоса. Тоны сердца ритмичные, глухие 150 уд. в 1 мин. АД—80/40 мм рт. ст. В легких—хрипов нет. Частота дыханий 28 в 1 мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается болезненность по ходу толстого кишечника. Менингеальных знаков нет.

Общий анализ крови: эритроциты—5,4; гемоглобин—167; цветной показатель—0,7; лейкоциты—5,8 • 10<sup>9</sup>/л; п—11; с—74; лимфоциты—14; м—1; СОЭ—23 мм/ч.

Мочевина — 22,6 ммоль/л, креатинин—0,54, К +—3,04 ммоль/л, а—148,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Каков диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния?
2. Какие три звена эпидемического процесса?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

**Эталон ответа:** 1. Сальмонеллёз гастроинтестинальная форма. 2. Источник инфекции, пути передачи и восприимчивый организм. 3. Дифференциальный диагноз проводят с дизентерией, пищевой токсикоинфекцией.

### Критерии оценки по решению ситуационной задачи:

**Каждая задача имеет 5 заданий. Каждое задание оценивается в 2 балла. Баллы суммируются.**

- два балла за ответ на каждое задание ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- один балл получает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- ноль («0») баллов выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

**Перечень практических навыков по итогам освоения дисциплины «инфекционные болезни».** Предлагается продемонстрировать освоение трёх практических навыков. Каждый навык оценивается в 0 или 1 балл. Набранные баллы суммируются.

1. оценка тяжести состояния больного вирусным гепатитом по формализованному дневнику;
2. оценка показателей клинического анализа крови;
3. оценка показателей копрограммы или ликвора.

### **Критерии оценки освоения практических навыков и умений**

**«один балл» - обучающийся** самостоятельно демонстрирует навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания и назначает лечение.

**«ноль баллов» - студент** не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести обследование, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

## **IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

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

### **Основная литература:**

1. Инфекционные болезни [Текст]: учебник / Е.П.Шувалова и др. –Санкт-Петербург: СпецЛит. 2015. - 727 с.
2. Учайкин, Василий Федорович. Инфекционные болезни у детей [Текст]: учебник/ Василий Федорович Учайкин, Ольга Васильевна Шамшева. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2015. - 790 с.

Электронный ресурс:

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

Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст]: учебник. – 3-е изд. испр. и доп. - /Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2016. – 1008 с.

### **Дополнительная**

Инфекционные болезни у детей [Текст]: учебник для педиатрич. факультетов мед. вузов/ ред. В. Н. Тимченко. - 4-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2012. - 623 с.

Электронный ресурс:

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

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

1. Интенсивная терапия [электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1744 с.

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

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

- Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));
- Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
- Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
- База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)
- Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
- Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;
- Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
- Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>)

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

**4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

1. Microsoft Office 2016:
  - Access 2016;
  - Excel 2016;
  - Outlook 2016;
  - PowerPoint 2016;
  - Word 2016;
  - Publisher 2016;
  - OneNote 2016.
2. ABBYY FineReader 11.0
3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС
- 4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения ЗКЛ»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Рукоконтекст»
8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

**4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar ([mbasegeotar.ru](http://mbasegeotar.ru))
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

- 5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины** размещены в ЭИОС университета.

**Методические указания по написанию истории болезни**

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Минздрава РФ

**Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии**

Зав. кафедрой:

Преподаватель: (указать Ф.И.О.)

**История болезни**

Больной (Ф.И.О. больного), возраст

Основной клинический диагноз: соответствует п.12 паспортной части

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

Студент:

Группа:

Факультет:

Сроки курации:

Тверь,      год

**Паспортная часть:**

1. Ф.И.О. больного:
2. Дата рождения, возраст:
3. Семейное положение:
4. Образование:
5. Домашний адрес:
6. Место работы:
7. Детальная профессия:
8. Дата поступления:
9. Диагноз направившего учреждения: оформляет СМП, врачи поликлиники, частнопрактикующие врачи (выписывается из истории болезни)
10. Диагноз при поступлении: оформляет врач приемного покоя (выписывается из истории болезни)
11. Клинический диагноз (указывается нозологическая форма, вариант течения без оценки степени тяжести)
12. Заключительный диагноз:
  - Основной клинический диагноз: указывается острота процесса (острое, затяжное, хроническое), нозологическая форма, тяжесть течения (легкое течение, средней тяжести, тяжелое), подтверждающий лабораторный тест (серологические маркеры для гепатитов; бактериологические исследования для кишечных инфекций, для больных ангины - вид возбудителя, если есть результат бактериологического посева, если нет, то указывается, что диагноз поставлен на основании клинических проявлений).
  - Осложнения:
  - Сопутствующие заболевания: диагноз оформляется по классификации МКБ 10.
13. Исход болезни (на момент курации): выздоровление (при выписке), улучшение, без перемен, ухудшение, смерть
14. Трудоспособность для тех, кто работает (на момент курации): сохранена, понижена временно, понижена навсегда, утрачена временно, утрачена навсегда.

**Жалобы на момент курации с подробной детализацией.**

Также указываются жалобы, выявленные при активном расспросе. Описать самочувствие, аппетит, сон, температуру тела за последние сутки, стул и т.д.

**История настоящего заболевания:**

Дата начала болезни, для кишечных инфекций уточнить и время, характер начала заболевания (постепенное, острое). Подробно описывать симптомы развития заболевания в динамике с начала болезни до госпитализации в инфекционное отделение), с подробной детализацией, чем купировались. Температурная реакция с начала заболевания и в динамике.

Для больных, с подозрением на **острый вирусный гепатит**, уточнить наличие катаральных явлений, суставных болей, изменения аппетита, наличие тошноты, рвоты (характер, частота, длительность – сколько дней), сыпи, зуда кожи. Боли в животе, их локализация, характер, продолжительность.

Астеновегетативный синдром (слабость, разбитость, недомогание и др.). Дата появления темной мочи, светлого стула, желтухи. Если было расстройство стула, то сколько раз в день был стул, его характер, наличие патологических примесей, сколько дней сохранялось расстройство.

Для больных с **острыми кишечными инфекциями** выявить наличие снижения аппетита, тошноты, рвоты (характер, частота, длительность – сколько дней). Боли в

животе, их локализация, характер, продолжительность. Характер стула, частота, сколько дней сохранялось расстройство стула, наличие патологических примесей (слизь, кровь, гной). Наличие тенезмов. Выраженность интоксикации (слабость, головная боль, сон, снижение работоспособности и др.). Симптомы обезвоживания (судороги, уменьшение диуреза, коллаптоидные состояния и др.).

**Для больных с ангинами:** Дата начала болезни и характер начала заболевания (постепенное, острое). Подробно описывать симптомы развития заболевания в динамике (с начала болезни до госпитализации в инфекционное отделение), с подробной детализацией. Боли в горле - локализация, интенсивность, иррадиация. Температурная реакция с начала заболевания и в динамике, озноб, потливость. Симптомы интоксикации (слабость, головная боль, нарушение сна, снижение или отсутствие аппетита, тошнота, рвота, ломота в теле). Катаральные явления. Судороги, уменьшение диуреза, коллаптоидные состояния и др. Чем лечился дома самостоятельно. День обращения к врачу, диагноз, обследования амбулаторно, лечение амбулаторно. Дата госпитализации в инфекционное отделение и диагноз при поступлении. Описание состояния ротоглотки (подробно описать слизистую, миндалины и налеты, отек клетчатки шеи), л/узлов, печени и селезенки на момент поступления в стационар (из истории болезни). Если был вскрыт паратонзиллярный абсцесс, то указать, когда (дата) и получено ли гнойное содержимое, кровь. Динамика течения болезни до начала курации (кратко).

**Для всех больных** в случае отсутствия какого-либо симптома или синдрома из выше перечисленных, обязательно указать чего не было. День обращения к врачу, диагноз, обследование, лечение дома. Дата госпитализации в инфекционное отделение, динамика течения болезни до начала курации (кратко).

### **Эпидемиологический анамнез.**

1. Контакт с инфекционными больными, носителями, реконвалесцентами.
2. Контакты с животными (дикими, домашними).
3. Жилищно-бытовые условия (частный дом без удобств, коммунальная квартира, благоустроенная квартира или коттедж). Санитарное состояние дома и на работе. Самочувствие других людей, которые проживают или работают вместе с заболевшим.
4. Соблюдение правил личной гигиены дома и на работе.
5. Профессиональный анамнез (работа с токсическими веществами, животноводство, организованные коллективы, пищевая промышленность).

Профессиональный анамнез (вновь организованные коллективы, связана ли работа с длительным пребыванием на улице).

6. Часто ли посещает общественные места (рестораны, бары, кафе, кинотеатры, дискотеки и т.д.)
7. Питание (домашнее или в местах общественного питания, регулярность).

Для больных с **кишечной инфекцией** подробно расписать меню за последние 3-ое суток до начала заболевания, указать употребление в пищу заведомо недоброкачественных продуктов (неправильное хранение, с истекшим сроком годности), употребление немых овощей, фруктов, не кипяченого молока, употребление консервов, особенно домашнего приготовления.

Для всех больных указать употребление сырой воды, самочувствие других людей, которые питались одновременно вместе с заболевшим.

8. Факт переохлаждения - был, отрицает.
9. Место пребывания в течение последнего месяца до заболевания (пребывание за пределами Тверской области), возможный приезд родственников из других стран и регионов РФ.

10. Парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев (операции, травмы, инъекции, инвазивные методы обследования). Посещения стоматолога, гинеколога. Гемотрансфузии за последние 5 лет. Косметологические манипуляции, наращивание ногтей, татуировки, пирсинг, контактные виды спорта, драка.
11. Употребление наркотиков в течение жизни.
12. Незащищенные половые контакты за последние 6 месяцев.
13. Выполнение календаря прививок. Прививки от вирусного гепатита А и В.
14. Выполнение календаря прививок. Срок последней прививки от дифтерии.

#### **Анамнез жизни.**

1. Перенесенные заболевания, желательно в хронологическом порядке.
2. Оперативные вмешательства.
3. Сделанные прививки.
4. Вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков.
5. Гинекологический анамнез (у женщин) - беременности, роды.
6. Наследственность - отягощена, не отягощена.
7. Аллергологический анамнез - не отягощен, отягощен (аллергическая реакция на ...). Переносимость антибиотиков и других лекарств. Сывороточное лечение и лечение кортикостероидными гормонами в прошлом.

#### **Объективные исследования (на момент курации).**

*Общее состояние больного:* удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, терминальное.

*Сознание:* ясное, ступор, сопор, кома, бред, галлюцинации.

*Положение больного:* активное, пассивное, вынужденное.

*Телосложение:* правильное, неправильное.

*Тип конституции:* нормостенический, астенический, гиперстенический.

*Выраженность жировоголожения:* умеренная, пониженная, кахексия, ожирение.

*Опорно-двигательный аппарат:*

Тонус мускулатуры (нормальный, повышенный, пониженный), болезненность.

Объем активных и пассивных движений сохранен или нет.

Болезненность и наличие деформации костей конечностей, позвоночника, таза.

*Отеки:* локализация и распространенность.

*Кожа и видимые слизистые:*

Цвет кожи и слизистых: нормальный, бледность, покраснения, цианоз, желтушность: слабовыраженная желтуха (субиктеричность), умеренная желтуха, яркая желтуха. Участки измененной пигментации, патологические изменения: сыпь, кровоизлияния, расчесы, рубцы, сосудистые «звездочки». Для больных с **кишечной инфекцией** указать также влажность и тургор кожных покровов.

**Для больных с ангинами:** Возможно имеется гиперемия лица, бледность лица, цианоз губ и т.д. Наличие патологических изменений на коже или слизистых (описать).

*Схема описания ротоглотки (для ангинозных больных):*

1. Открывает рот - свободно, с трудом; безболезненно, выраженная болезненность.
2. Зев - симметричен или асимметричен (указать за счет чего - неравномерно увеличенные небные миндалины, односторонний отек тканей, паратонзиллярный абсцесс и др.)
3. Задняя стенка глотки - визуализируется, не визуализируется.
4. Отек тканей ротоглотки - нет, да (локализация).
5. Язык - влажный, суховат, сухой (выбрать), чистый или обложен (описать налет).

6. Описать слизистую ротоглотки и задней стенки глотки - цвет, если есть гиперемия, то какая (яркая, умеренная, с цианотичным оттенком, разлитая или локализованная - указать где), патологические элементы.

7. Миндалины (небные) - размеры (норма или гипертрофированы с указанием степени для левой и правой миндалины). Разрыхлены, рубцово-измененные (выбрать).

8. Наличие налетов - нет, имеются. Если имеются, то описать локализацию, цвет, характер (гнойные, фибринозные), плотность (рыхлые, плотные), распространенность (выходят за пределы небных миндалин или нет), хорошо или плохо снимаются шпателем, имеется ли кровоточивость тканей при попытке снять налет.

9. Описать л/узлы подчелюстные/углочелюстные (см. ниже).

10. Отек подкожной клетчатки шеи - нет, да - локализация, выраженность.

*Лимфатические узлы:* какие группы пальпируются увеличенными, форма, величина, плотность, болезненность, подвижность, спаянность между собой и окружающими тканями.

#### *Органы дыхания:*

Носовое дыхание (свободное, затруднено).

Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания (одинаковое, отставание одной половины).

Частота дыхательных движений в 1 минуту.

Определение границ легких по топографическим линиям проводится, если при расспросе были выявлены жалобы со стороны дыхательной системы.

Аускультация легких над симметричными участками обоих легких, наличие хрипов, крепитации, шума трения плевры.

*Органы кровообращения:* Верхушечный толчок, границы сердца.

Артериальный пульс на лучевых артериях и его характеристики (ритмичность, частота, наполнение, напряжение, величина).

Артериальное давление в мм рт. ст. по результатам однократного измерения на правом предплечье.

Аускультация сердца: ЧСС, громкость тонов, ритмичность, выявление патологических шумов.

#### *Органы пищеварения:*

Осмотр ротовой полости. Язык (влажность, цвет, налет). Наличие кровоточивости десен.

Осмотр живота: форма (правильная, неправильная), величина (общее увеличение, общее уменьшение, западение), симметричность обеих половин, участие живота в акте дыхания (участвует, не участвует). Наличие при осмотре живота участков гиперпигментации, перистальтики, сыпи, рубцов, грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний.

Поверхностная ориентировочная пальпация. Тонус передней брюшной стенки, болезненность, симптомы раздражения брюшины - нет, да (перечислить какие - симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя-Раздольского и т.д.).

#### Исследование печени.

Перкуссия печени:

Верхняя граница – правая срединно-ключичная линия -

Нижние границы – а) передней подмышечной линии -

б) срединно-ключичная линии -

- в) окологрудинная линия справа -
- г) передняя срединная линия -
- д) окологрудинная линия слева -

Пальпация печени с последовательной характеристикой всех свойств (величина, консистенция, эластичность, болезненность, характер поверхности, подвижность).

Пальпация желчного пузыря. Определение френikus-симптома, симптома Ортнера, симптома Кера.

#### *Исследование селезенки.*

Пальпация селезенки в положении больного лежа на спине и на боку.

Перкуссия селезенки.

- а) верхняя граница по левой срединно-подмышечной линии.
- б) нижняя граница по левой срединно-подмышечной линии.
- в) передняя граница селезенки.

Пальпация поджелудочной железы.

#### *Органы мочеотделения.*

Поколачивание по поясничной области с обеих сторон (безболезненное, болезненное с какой стороны).

#### *Нервная система.*

Поведение, интеллект. Наличие судорог, параличей, патологических рефлексов. Менингеальные знаки - отрицательные; если есть, то указать какие.

#### *Эндокринная система.*

Болезненность при пальпации щитовидной железы. Изменения вторичных половых признаков.

### **Предварительный диагноз и его обоснование.**

Диагноз ставится на основании данных эпидемиологического анамнеза (конкретные факты), жалоб пациента (указать каких), данных анамнеза заболевания (начало болезни острое или постепенное), затем этапность появления жалоб и симптомов (симптомы и синдромы, характерные для данного заболевания), объективных данных.

Необходимо доказать правомерность поставленного диагноза, (в случае неясной этиологии **вирусного гепатита**, можно просто ставить диагноз острого вирусного гепатита; если есть данные за безжелтушную форму или со стертой желтухой, то необходимо отразить в диагнозе).

При **кишечных инфекциях**, если нет четких указаний на контакт с инфекционными больными, целесообразно сформулировать предварительный диагноз по-синдромно (гастрит, энтерит, колит).

**При заболеваниях с ангиной** диагноз ставится на основании жалоб пациента (указать каких), данных анамнеза заболевания (начало болезни острое или постепенное, затем этапность появления жалоб и симптомов; какие были изменения со стороны ротоглотки, л/узлов и внутренних органов, в первую очередь печени и селезенки, характерные для данного заболевания, если на момент курации специфических изменений уже выявить не удалось), данных эпидемиологического анамнеза (конкретные факты), объективных данных (клинические симптомы и синдромы, характерные для данного заболевания, включая описание ротоглотки).

### **Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.**

Данные выписываются из истории болезни. Необходимо провести интерпретацию анализов в сравнении с нормами (нормы указать) и дать заключение.

Инструментальные методы исследования: ЭКГ, Rg-графия, УЗИ и др. - заключения.

Консультации специалистов.

### **Дневник - 2 последующих дня.**

#### **Дифференциальный диагноз.**

Проводится с тремя заболеваниями (предполагаемое заболевание + 2 других). Указываются отличительные признаки дифференцируемых болезней с заболеванием у курируемого больного по данным эпидемиологического анамнеза, клиническим проявлениям, объективным и лабораторным данным.

Раздел в виде таблицы оформлять нельзя.

#### **Окончательный диагноз и его обоснование.**

Основной клинический диагноз: указывается острота процесса (острое, затяжное, хроническое), нозологическая форма, подтверждающий лабораторный тест (серологические маркеры для **гепатитов**; бактериологические исследования для **кишечных инфекций**)

Осложнения:

Сопутствующие заболевания: диагноз оформляется по классификации МКБ 10.

Обоснование диагноза **вирусного гепатита** проводится только с учетом лабораторных данных (биохимические (печеночные пробы), иммунологические показатели, могут быть особенности клинического анализа крови и мочи).

Для **кишечных инфекций** необходимы данные клинического анализа крови, необходимых биохимических показателей, копрограммы, бактериологических посевов.

Для диагноза **ангина, дифтерия, инфекционный мононуклеоз и др.** - проводится только с учетом лабораторных данных (клинического анализа крови и общего анализа мочи, биохимических показателей, данных бактериологических посевов - мазков из зева и носа на ВL, мазка из зева на патогенную микрофлору).

#### **Принципы лечения данного больного.**

Пример схемы лечения, при этом описывается цель назначения, группа препаратов, пример, длительность назначения. Выписать 3 рецепта.

#### **Эпикриз.**

Ф.И.О. больного, с какого числа находится в инфекционном отделении, диагноз. Анализ случая с кратким изложением анамнестических, клинко-эпидемиологических и лабораторных данных, необходимых для обоснования диагноза. Особенности течения болезни, применяемое лечение и результаты терапии. Если пациент не выписывается в сроки курации, то надо закончить эпикриз рекомендацией продолжить лечение в стационаре до полного клинко-лабораторного выздоровления, или улучшения при наличии хронического течения. Если выписывается, то пишется выписной эпикриз.

#### **Прогноз. Исход. Возможные осложнения.**

Рекомендуемый режим после выписки из стационара в отношении труда, быта, питания (например, освобождение от тяжелого физического труда, поездок в командировки, уроков физкультуры или занятий спортом на какой-то конкретный срок; соблюдение диеты – исключить острое, жареное, жирное, алкоголь (сроки); соблюдение правил личной гигиены).

#### **Диспансеризация.**

Цель – контроль за полнотой выздоровления, своевременное выявление возможных осложнений. Осуществляется в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники по месту жительства. Проводится клинко-лабораторное обследование. Срок диспансерного

наблюдения – при острой дизентерии 1 месяц; при сальмонеллезе – 3 месяца (указывается конкретно в зависимости от диагноза). Обязательной диспансеризации подлежат декретированные лица, остальные – по показаниям.

Если диагноз: ПТИ, острый гастроэнтерит инфекционный или неинфекционный, то диспансеризация необязательна для любых контингентов.

**Температурный лист.** За время нахождения в стационаре. Температурный лист должен быть правильно оформлен (Ф.И.О. больного, числа и месяц, температурная кривая, сетка стула и рвоты, для ВГ - гормональная терапия).

**Список используемой литературы.**

Не менее 3-х источников. Необходимо указать автора, название книги, год издания.

**Подпись куратора (подпись студента).**

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

Приложение № 2

**VI. Научно-исследовательская работа студента**

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

подготовка реферативных сообщений с презентациями;

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

подготовка и выступление с докладом на конференции.

**VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**

Представлены в Приложении № 3

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

**ОПК 4**

**ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.**

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

**Примеры заданий в тестовой форме:**

**1. Выберите группу указанных вакцин, в которой находятся только убитые вакцины:**

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

**Эталон ответа: А.**

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

- а) Да
- б) Нет

**Эталон ответа: А.**

**3. Укажите минимальный интервал между прививкой и последующим плановым введением иммуноглобулина.**

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

**Эталон ответа: А.**

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

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

**Эталон ответа: А.**

**5. Первую ревакцинацию АКДС вакциной ребенок получил в возрасте 3 года (прививался вне схемы). Как проводить вторую вакцинацию?**

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

**Эталон ответа: А.**

**6. Через какое время после противодифтерийной прививки необходимо сделать РПГА для излучения напряженности иммунитета?**

- а) через 45 дней
- б) через 2 мес

в) через 8 – 9 мес

г) через 1 мес

**Эталон ответа: А.**

**7. После иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец. Будет ли это противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза?**

а) да

б) нет

в) нет при использовании 0,5 дозы

**Эталон ответа: А.**

**8. Источником инфекционного заболевания являются**

1. любой объект, на котором обнаружен возбудитель

2. живой зараженный организм человека или животного

3. любая среда, в которой возбудитель сохраняется длительный срок

4. членистоногое

**Эталон ответа: 2**

**9. Кишечные инфекции передаются механизмом**

1. аэрогенным

2. контактными

3. фекально-оральным

4. вертикальным

**Эталон ответа: 3**

**10. Механизм передачи инфекций дыхательных путей**

1. контактный

2. трансмиссивный

3. аэрогенный

4. парентеральный

**Эталон ответа: 4**

**11. Фактором передачи кровяных инфекций является**

1. инъекционный инструмент

2. столовая посуда

3. вода

4. пища

**Эталон ответа: 1**

**12. Источниками при бешенстве являются**

1. волки, лисы, собаки, кошки и др.

2. больной человек (в 100% случаев)

3. птицы

4. насекомые

**Эталон ответа: 1**

**13. Вакцины - это препараты**

1. создающие в организме человека активный иммунитет

2. создающие в организме человека пассивную защиту

3. задерживающие развитие и размножение возбудителя в зараженном организме

4. уничтожающие микроорганизмы

**Эталон ответа: 1**

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

**Примеры заданий в тестовой форме**

**1. Назначьте время проведения прививки против кори после введения иммунодепрессантов и лучевой терапии:**

а) через 12 месяцев после окончания лечения

б) через 3-6 месяцев после окончания лечения

**Эталон ответа: А**

**2. Назначьте между R1 и последующими ревакцинациями против клещевого энцефалита:**

а) 3 года

б) 6 лет

в) 2 года

**Эталон ответа: А.**

**3. Назначьте оптимальную температуру хранения вакцины против ВГВ**

а) от +2 до +8 градусов

б) от 0 до -5 градусов

в) от 0 до +2 градусов

г) ниже 0 градусов

**Эталон ответа: А.**

**4. Назначьте срок вакцинации БЦЖ после постановки пробы Манту**

а) не более 2 недель

б) не более 2 месяцев

в) не более 72 часов

г) не более 45 дней

**Эталон ответа: А.**

**5. Запланируйте вторую вакцинацию и последующие ревакцинации против клещевого энцефалита:**

а) март-апрель

б) январь-февраль

в) май-июнь

**Эталон ответа: А.**

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

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

а) больному гидрофобией

б) после спровоцированного укуса известного животного

в) после ранения клювом или когтями вороны

г) после укуса неизвестного животного

**Эталон ответа: Г**

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

а) поставить диагноз грипп

б) гипертоническую болезнь

в) направить на консультацию к ЛОР врачу с подозрением на лабиринтит.

**Эталон ответа: В.**

**3. Действия в отношении контактных лиц при постановке диагноза холера:**

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

**Эталон ответа: А.**

**4. Приготовьте раствор хлорамина для дезинфекции фекалий больных дизентерией**

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

**Эталон ответа: А.**

**5. Назначьте температурный режим работы параформалиновой камеры для дезинфекции шерстяных изделий**

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

**Эталон ответа: Г.**

**Ситуационные задачи и практико-ориентированные задания****Задача 1****Вопросы:**

**1. Каков ваш предварительный диагноз и основное направление лечения?**

В кабинет инфекционных заболеваний поликлиники обратился г-н В., 34 лет, с жалобами на головную боль, лихорадку 38,5 оС и наличие отека и покраснения на месте присасывания клеща. Неделю назад собирал чернику в окрестностях г. Твери. При осмотре – в месте укуса клеща кольцевидная эритема с фестончатыми краями.

**Эталон ответа**

Болезнь Лайма. Антибиотикотерапия доксициклином, ампициллином.

**Задача 2****Вопросы:**

**1. Каков ваш предварительный диагноз и основное направление лечения?**

Больная М. через 2 дня после посещения парковой зоны в Твери обнаружила на теле припухлость и болезненность. При внимательном осмотре было обнаружено тело клеща. Спустя ещё два дня появилась безболезненная эритема с просветлением в центре. Температуру тела не измеряла. В последующие два дня заметила, что эта эритема (кольца) переместилось дистальнее с места появления (шея) на плечо и увеличилось в размере.

**Эталон ответа**

1.Болезнь Лайма. Антибиотикотерапия доксициклином

**Задача 3****Вопросы.**

**Каков Ваш предварительный диагноз и основные направления лечения?**

12 июня в кабинет инфекционных заболеваний обратился больной С. 32 лет. Жалобы на слабость, ознобы, лихорадку до 39°С.

Из анамнеза – 7 июня после прогулки по парку обнаружил на теле клеща, которого не удалось снять целым. Имеется умеренная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского.

Лабораторные данные: Эр  $5 \times 10^{12}/л$ , Нв 145 г/л, Лц-  $10 \times 10^9/л$ , Э –2, П 2, С 56, Лмф 38, М 3%. СОЭ 18 мм /ч. Спинальная пункция – жидкость вытекает частыми каплями, прозрачная, цитоз 210 клеток в мкл, **лимфоцитов 82%**, нейтрофилов 18%, сахар 0,88 г/л.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

Клещевой энцефалит лихорадочная форма. противоэнцефалитный гамма-глобулин, ацикловир, глюкокортикоиды, дезинтоксикационная терапия.

#### Задача 4

Вопрос.

Каков возможный источник инфекции? Каков вероятный путь передачи при данном заболевании в данном случае?

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

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

Диагноз инфекциониста – бруцеллез.

#### Эталон ответа:

Домашние животные. Алиментарный.

#### Задача 5

Вопрос.

Предварительный диагноз и кто являются источниками инфекции?

Больной Н., 38 лет, мастер писчебумажной фабрики. Из анамнеза – приблизительно за 7-8 дней до начала болезни больной ремонтировал машину по изготовлению бумаги в период уборки помещения и «надышался» пылью. Наличие грызунов в цехе не исключается.

При осмотре у больного обнаружены массивные кровоизлияния в наружную часть склер обоих глаз (симптом красной вишни). Лицо пастозно, бледное. На коже туловища по ходу лямок от майки обнаружены мелкие петехиальные высыпания. Живот вздут. Печень и селезенка увеличены. Пальпация поясничной области резко болезненная. Пульс 78 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт.ст.. Уменьшение количества выделяемой мочи на 7-й день болезни достигло 150 мл в сутки.

#### Эталон ответа:

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Основные источники-мыши.

#### Задача 6

Вопрос.

Каков вероятный путь передачи при данном заболевании? Проводится дезинфекция в очаге?

Больной Б., 23 лет, поступил в инфекционное отделение по «скорой медицинской помощи» на 2-й день болезни. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Сигмовидная кишка не спазмирована. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, водянистый, с неприятным

запахом, без примесей слизи и крови. В клиническом анализе крови: умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ 15 мм/час. Диагноз инфекциониста – пищевая токсикоинфекция.

**Эталон ответа:**

При ПТИ алиментарный путь заражения и дезинфекция не проводится.

**Задача 7**

Вопрос.

Каков возможный источник инфекции? Какой основной путь передачи при данном заболевании?

В инфекционное отделение с диагнозом «Острый вирусный гепатит А?» поступил 20-летний студент медицинского института. Известно, что несколько месяцев работает мед.братом в детском соматическом отделении.

При объективном осмотре: состояние среднетяжелое, вял. Кожные покровы умеренно желтушны. Отмечается пастозность лица. Увеличены и несколько чувствительны при пальпации подчелюстные, шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы. При осмотре ротовой полости отмечается гипертрофия миндалин 2 ст., в лакунах – беловатый налет. Живот мягкий, пальпируется чувствительный край печени (+ 2,5 см). Отчетливо определяется полюс селезенки.

Диагноз инфекциониста – инфекционный мононуклеоз.

**Эталон ответа:**

Человек источник инфекции, а. воздушно-капельный путь-основной.

**Задача 8**

Вопрос.

Каков возможный источник инфекции? Каковы вероятные пути передачи при данном заболевании?

Больной 43 лет доставлен машиной «скорой медицинской помощи» в инфекционное отделение на третьи сутки болезни с диагнозом «Паратонзиллярный абсцесс».

Отмечается отечность подчелюстных областей больше справа и отек шеи справа до середины. На передней поверхности обеих миндалин, больше справа, беловато-серый налет, который не удалось снять шпателем. Налеты распространяются на правую дужку, мягкое небо.

Диагноз инфекциониста – токсическая дифтерия ротоглотки первой степени.

**Эталон ответа:**

Человек источник инфекции, а. воздушно-капельный путь-основной.

**Задача 9.** Сформулируйте предварительный диагноз и составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Больная П., 19 лет, студентка поступила в клинику 20.09. в связи с желтухой.

Считает себя больной с 13.09. когда появилась субфебрильная температура тела (37,4-37,5°C), познабливание, головная боль, стала замечать усталость, снижение работоспособности на занятиях. Постепенно ухудшился аппетит, появилась тошнота была однократная рвота. Больная считала, что она «отравилась» вареной колбасой, купленной в магазине. К врачу не обращалась. 19.09. заметила потемнение мочи - «как крепкий чай». 20.09. появилась желтушность кожи, и, в связи с этим была госпитализирована в инфекционный стационар.

Живет с родителями и братом 6 лет. Все здоровы. В институте, где учится, были случаи заболевания желтухой. Внутримышечные и внутривенные инъекции в течение последних 6 месяцев отрицает. Операций не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 36,4°C. Вялая, адинамичная, не проявляет интереса к разговору. Сознание ясное. Кожа и склеры интенсивно иктеричны. Инъекции склер не отмечается. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 68 в мин. АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется.

**Эталон ответа:** острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней тяжести.

Больные изолируются на 28 дней с начала заболевания; контактными проводят обследование в течение 35 дней – определение активности АлАТ в крови. В очаге проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами.

**Задача 10.** Поставьте диагноз и определите тактику для предотвращения распространения инфекции.

У студента, после общения с больным одноклассником, на 2-е сутки появились озноб, температура тела 39,1°C, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1-го 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. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

**Эталон ответа:** грипп. Изоляция больного как источника инфекции (по возможности); контактными лицам с целью профилактики применяют противовирусные препараты (умифеновир, триазавирин); рекомбинантный интерферон альфа-2b в виде капель в нос (гриппферон); индукторы интерферона (тилорон); влажная уборка и проветривание помещений.

**Задача 11.** Сформулируйте диагноз и составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Больной Н., 23 года, обратился в поликлинику на 3-й день болезни. С жалобами общая слабость, озноб, ломота в теле, повысилась температура тела до 38,3° С, возникли приступообразные боли в нижней части живота. Стул 6 раз в сутки, в начале обильный, затем скудный, кашицеобразный, с примесью слизи, прожилками крови, иногда отмечал отсутствие стула при болезненных позывах к дефекации.

Врач выяснил, что больной живет в общежитии для рабочих. Приехал из другого города, работает строителем по найму. Накануне заболевания употреблял немытые фрукты, купленные на рынке.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,1°C, лицо бледное. Кожные покровы чистые, сухие, теплые. Дыхание везикулярное, одышки нет. Тоны сердца слегка приглушены, пульс 92 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД 110/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, болезненный в области спазмированной сигмовидной кишки. Симптомов раздражения

брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Диурез нормальный.

**Эталон ответа:** Острая дизентерия, колитический вариант, средней тяжести. Так как больной живет в общежитии, проводится бактериологическое обследование контактных лиц (посевы кала на дизентерийную, тифопаратифозную группу и условно-патогенную), заключительная дезинфекция в очаге.

**Задача 12.** Укажите стандарт специфического лабораторного обследования для диагностики данного заболевания, подтверждения диагноза.

Больной М., 35 лет. Обратился к врачу в поликлинику через 3 месяца от начала заболевания с жалобами на длительно субфебрильную температуру, общую слабость, потливость, сниженный аппетит, немного похудел. Из анамнеза стало известно, что является потребителем инъекционных наркотиков.

Заболел постепенно, пропал аппетит, похудел, постоянно отмечает вечерний субфебрилитет. К врачу не обращался. Уже 2 недели как появились боли в горле при глотании. Температура -  $37,6^{\circ}\text{C}$ , увеличились шейные лимфоузлы.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура -  $38,4^{\circ}\text{C}$ , вял, кожные покровы бледные. Пальпируются увеличенные лимфоузлов (подчелюстные, передне-, заднешейные, подключичные, подмышечные). Л/у безболезненные, кожа над ними не изменена. Зев умеренно гиперемирован, миндалины увеличены, рыхлые, язык густо обложен крошковидным налетом. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 96 уд. в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, живот мягкий, чувствительный при пальпации по ходу тонкого кишечника. Печень, селезенка не пальпируется. Менингеальные симптомы отсутствуют.

**Ответ:** При ВИЧ инфекции исследуют кровь следующими методами: I этап диагностики – ИФА (иммуноферментный анализ) крови на выявление спектра специфических антител к ВИЧ.

II этап – подтверждающий анализ – иммуноблот (при наличии положительного результата ИФА). Определение антител к более специфичным вирусным белкам.

Используют также метод генной инженерии – ПЦР, с помощью которого определяют противовирусную ДНК, к геномной РНК-вируса, а также вирусную нагрузку.

**Задача 13.** Укажите меры экстренной и плановой профилактики заболевания, которые необходимы для профилактики данного заболевания.

Больной 52 лет, проживает в частном доме. За 2 недели до болезни наступил на большой ржавый гвоздь. Рану лечил самостоятельно повязкой с мазью «левомиколь».

Заболевание началось постепенно, появились тупые боли и подергивания в области правой стопы, затем присоединились тянущие боли в спине и животе, трудности при попытке открыть рот. Температура тела повысилась до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , повышенная потливость, сердцебиение.

При осмотре: состояние средней тяжести, в сознании, температура -  $37,5^{\circ}\text{C}$ , тоны сердца ритмичные, пульс - 88 уд. в мин., АД-169/80 мм.рт.ст. Больной не может широко открыть рот. При пальпации живота отмечается напряжение брюшных мышц. В области правой стопы - рана, покрытая корочкой.

**Ответ:** Профилактика травматизма. При травме провести первичную обработку раны от грязи и почвы, затем обратиться в травм. пункт. Разработаны меры экстренной специфической и плановой профилактики столбняка. Экстренную специфическую профилактику столбняка при ранениях, травмах, ожогах, отморожениях и других повреждениях, дающих угрозу развития заболевания, осуществляют введением гетерогенной противостолбнячной сыворотки или человеческого противостолбнячного

иммуноглобулина. Пассивная иммунизация не всегда предупреждает заболевание, поэтому необходима активная иммунизация столбнячным анатоксином внутримышечно. Плановые профилактические прививки осуществляют анатоксином столбнячным, ассоциированными вакцинами АКДС или АДС по схеме в установленные сроки.

**Задача 14.** Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинических данных, какова профилактика данного заболевания.

Больной П., 32 года, поступил в стационар по СМП на 3-ой день болезни с жалобами на боли в горле при глотании, резкие боли при открывании рта, выраженную общую слабость, анорексию.

Заболел остро: озноб, температура 38,5°C, боли в горле при глотании, общая слабость, головная боль, боли в области шеи, затем шея отекала с обеих сторон. Принимал жаропонижающие, противовоспалительные и антигистаминные препараты, без эффекта. "Скорой помощью" больной доставлен в инфекционный стационар.

При осмотре состояние тяжелое. Вялый. Кожные покровы бледные. Подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон увеличены, при пальпации – они очень уплотнены и резко болезненные. Отмечается выраженный двусторонний отек подчелюстной области, шеи, опускаясь до ключицы, тестоватой консистенции. При осмотре в ротоглотке резко увеличенные миндалины, отек мягкого и твердого неба, язычка. На миндалинах, дужках с обеих сторон, с переходом на небный язычок сплошной плотный налет беловато-сероватого цвета. В легких везикулярное дыхание, 26 дыхательных движений в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-106 уд/мин., ритмичен. АД-140/90 мм.рт.ст. Язык обложен негустым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

**Ответ:** Токсическая дифтерия ротоглотки II степени.

Дифтерию считают управляемой инфекцией, активную иммунизацию проводят планово комбинированной вакциной АКДС (коклюшно-дифтерийно-столбнячной) по схеме с последующей ревакцинацией анатоксином дифтерийно-столбнячным (АДС или АДС-м) через каждые 10 лет.

**Задача 15.** Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинических данных и укажите, какие препараты с целью экстренной профилактики должен был принимать данный человек, чтобы не заразиться в указанных обстоятельствах.

У студента, навестившего больного товарища, через 2-е суток появились озноб, ломота в теле, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках. К концу 1-го дня заболевания температура тела уже 39°, заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При осмотре отмечены гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, 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 уд. в 1 мин., ритмичный. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

**Ответ:** Грипп, типичное течение.

После контакта с больным гриппом, с целью профилактики заражения принимать препараты интерфероны (гриппферон капли в нос), стимуляторы выработки интерферонов (амиксин, кагоцел и др), противовирусные препараты (ремантадин, осельтамивир, ингавирин, арбидол и т.п.)

**Задача 16.** Укажите меры неспецифической и специфической профилактики данного заболевания.

В конце августа в инфекционную клинику по СМП поступила больная С. 45 лет, жалуется на сильную головную боль различного характера, рвоту, не связанную с приемом пищи, ломоту в мышцах, общее недомогание, слабость.

Заболевание началось остро, с повышением температуры до 39,0°C, головной боли. Лечилась сама, принимала анальгин, нимесулид. Самочувствие ухудшалось. Сохранялась высокая температура, усилилась головная боль, появилось головокружение, тошнота, рвота, бессонница. На 5-й день болезни случился приступ эпилептиформных судорог, вялая, заторможенная. Соседка вызвала врача скорой медицинской помощи.

В анамнезе посещение леса за грибами, дважды снимала с тела присосавшихся клещей.

При осмотре состояние тяжелое. Температура - 39,4°C. В сознании, ориентирована, но резко заторможена. Дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, ритмичные, 68 уд/мин., АД-120/70 мм.рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Выявлены положительные менингеальные симптомы. Парез левой руки. На левой голени, стопе снижена чувствительность, угнетены сухожильные рефлексы.

**Ответ:** Клещевой энцефалит. Неспецифическая профилактика: специальная одежда при посещении леса, использовать репелленты, само- или взаимоосмотр. При выявлении вируса у клеща или при отсутствии возможности обследовать клеща необходимо введение специфического иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита не позднее 4-х суток от момента укуса. Специфическая плановая профилактика заключается в иммунизации населения инактивированной вакциной по эпидемиологическим показаниям.

**Задача 17. РЕКОМЕНДУЙТЕ ЭКСТРЕННУЮ ПОСТКОНТАКТНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИМ.**

Пациент К. 20 лет, проживающий в общежитии №1 ТГМУ в комнате с двумя другими студентами, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль в лобной доле и при движении глазных яблок, сильную слабость, сухой болезненный за грудиной кашель, температура тела 39° С. Болен 2-ой день. Заболевание началось остро с сильной слабости и подъема температуры тела до 39° С.

**Эталон ответа:** рекомендовано избирательное использование препаратов прямого противовирусного действия, например, осельтамивир по 75 мг 1раз в сутки не менее 10 дней после контакта с инфицированным.

**Задача 18. РАССКАЖИТЕ ОБ ЭКСТРЕННОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ ОТ HBsAg ПОЗИТИВНЫХ МАТЕРЕЙ.**

Беременная женщина 1996 года рождения, первородящая, поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. На учёте по беременности в женской консультации не состояла. При сборе анамнеза из хронических заболеваний указывает носительство HBV-инфекции, диагноз был поставлен 3 года назад. В кабинете инфекционных заболеваний по месту жительства не была 2 года.

**Эталон ответа:** ребёнка вакцинируют в первые сутки жизни вакциной против вирусного гепатита В. С первой дозой вакцины вводят специфический иммуноглобулин против вирусного гепатита В.

**Задача 19. ОПИШИТЕ МЕРЫ ЛИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В БЫТУ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СЛУЧАЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ В СЕМЬЕ.**

Ребёнок 6 лет, проживающий в благоустроенной квартире в семье из четырёх человек, был госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: острая

дизентерия, колитический вариант течения в состоянии средней тяжести. Болен третий день, беспокоит частый жидкий стул до 12 раз в сутки, общие токсические проявления, температура тела 38° С. Необходимые лечебные мероприятия в соответствии с клиническими рекомендациями проводятся.

**Эталон ответа:** регулярное и тщательное мытьё рук с мылом перед приёмом и приготовлением пищи, после посещения туалета и общественных мест. Тщательная бытовая дезинфекция туалетной комнаты и дверных ручек. Избавляться от мух в помещении и не допускать их контакта с пищевыми продуктами.

#### **Задача 20.**

Каков ваш предварительный диагноз и основное направление лечения?

В кабинет инфекционных заболеваний обратился пациент Б, 37 лет с жалобами на слабость, утомляемость, потерю веса на фоне сохраненного аппетита, плохо заживающие мелкие раны на кожных покровах и слизистой. Со слов пациента, состояние развивалось постепенно в течение последних 5 лет. Из анамнеза: употребление парентеральных наркотиков более 10 лет назад, лечился от наркотической зависимости. В клиническом анализе крови: лейкоциты: 2,8; эритроциты  $3,1 \times 10^6$ .

**Эталон ответа.**

ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний. Назначение АРВТ.

#### **Задача 21.**

Каков ваш предварительный диагноз и основное направление лечения?

В инфекционное отделение бригадой скорой помощи доставлена пациентка Д, 22 лет, проживающая в сельской местности. Объективно: состояние средней тяжести, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, цвет мочи ближе к коричневому, температура тела 39,3°С. В анамнезе: не защищенные половые контакты с приезжими строителями. Со слов больной от гепатита В не прививалась. Билирубин 152 ммоль/л, АСТ 86 мЕ, АЛТ 340 мЕ, ПТИ 77%. Обнаружен HBsAg.

**Эталон ответа.**

Острый вирусный гепатит В. Дезинтоксикационная терапия, противовирусная терапия.

#### **Задача 22.**

Каков ваш предварительный диагноз и основное направление лечения?

В кабинет инфекционных заболеваний обратился пациент Г, 39 лет. Жалобы на редкие тянущие боли в правом подреберье, чувство дискомфорта. Алкоголь употребляет редко. В анамнезе: проживание с сожительницей, у которой предположительно было хроническое заболевание печени, возможно гепатит. При обследовании клинический и биохимический анализ крови без особенностей, обнаружен anti-HCV суммарный. Больной изъявил желание пройти курс лечения.

**Эталон ответа.**

Хронический вирусный гепатит С. Препараты прямого противовирусного действия.

#### **Задача 23.**

Каков ваш предварительный диагноз?

В инфекционное отделение планово поступил пациент Ж, 36 лет, бывший употребитель парентеральных наркотиков. 5 лет назад обнаружен HBsAg, выставлен диагноз хронический вирусный гепатит В, начато лечение тенофовиром. На фоне лечения больному стало хуже. Жалобы на иктеричность кожных покровов и субфебрилитет, цвет мочи не изменён. От гепатита В не прививался. Билирубин 112 ммоль/л, АСТ 46 мЕ, АЛТ 210 мЕ, ПТИ 82%, обнаружен anti-HDV.

**Эталон ответа.**

Хронический вирусный гепатит В с delta агентом.

**Задача 24****Задание**

Выскажите предположения о пути заражения шахтеров лептоспирозом и составьте план мероприятий по ликвидации очага.

На шахте Н. в течение 4 дней заболело 3 горнорабочих очистного забоя. При осмотре инфекционистом был заподозрен лептоспироз. С помощью РМА были обнаружены антитела в крови больных к лептоспирам *Icterohaemorrhagiae* в титре 1:800. Эпидемиологическое обследование показало, что все больные проживали в благоустроенных домах, обеспеченных современными коммунальными удобствами. По месту жительства не были обнаружены крысы и другие животные. Все заболевшие за последний месяц никуда не выезжали.

Участок шахты Н., где работали заболевшие, оказался интенсивно обводненным, так как находился в зоне затопленных выработок. Несмотря на проведенные ранее дератизационные мероприятия, шахта была заселена крысами, которые нередко повреждали пищу, приносимую с собой шахтерами. При лабораторном обследовании у отловленных в шахте крыс были обнаружены антитела к лептоспирам *Icterohaemorrhagiae*.

**Эталон ответа:**

Путь заражения: алиментарный (вследствие употребления пищи, поврежденной грызунами). Повторная дератизация проводится по месту заражения. Соблюдение шахтерами санитарно-гигиенических норм, создание условий для доставки еды.

**Задача 25****Задание**

Выскажите гипотезы о возможных местах заражения иксодового клещевого боррелиоза и организуйте мероприятия по профилактике ИКБ.

В одной из поликлиник города Н. было зарегистрировано восемь случаев иксодового клещевого боррелиоза. При сборе эпиданамнеза было установлено, что три человека в течение месяца перед заболеванием проживали на даче, два человека за три недели до заболевания выезжали за город, ночевали в палатках на берегу лесного озера, три человека территорию города не покидали.

**Эталон ответа:**

Заражение происходит преимущественно в результате присасывания клеща (механизм заражения-трансмиссивный.). Мероприятия по профилактике ИКБ включают: экстренную антибиотикопрофилактику и неспецифические мероприятия (санпросвет. работа среди населения, борьба с клещами-переносчиками в природных очагах и индивидуальную защиту человека от нападения клеща).

**Задача 26**

**Задание.** Составьте план противоэпидемических мероприятий.

Больной К., 30 лет, хирург-уролог. В первый день желтухи госпитализирован в городскую инфекционную больницу, где был поставлен диагноз: Гепатит В, острое течение, средней степени тяжести. Женат, имеет трёхлетнюю дочь. Ребёнок посещает детский сад. Жена, студентка медицинского университета, подрабатывает дежурствами на станции скорой помощи, несколько раз в экстренных ситуациях сдавала кровь. Вместе с семьёй сына в трёхкомнатной квартире проживает его мать, которая работает процедурной медицинской сестрой в городской больнице. Никто из медицинских работников, проживающих в очаге, против вирусного гепатита В не привит.

**Эталон ответа:**

Противоэпидемические мероприятия: наблюдение за контактными 6 месяцев, с обязательным обследованием жены и матери заболевшего на маркеры ВГ, в случае отрицательных результатов – обязательная вакцинация против ВГВ.

**Задача 27.**

Сформулируйте предварительный диагноз и определите тактику оказания первичной медицинской помощи

Больная 25 лет, поступила с жалобами на многократную рвоту и боль в животе. Заболела 3 часа назад после употребления йогурта, с истекшим сроком хранения. Объективно при поступлении состояние средней степени тяжести, температура 37.1 оС, при пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, отмечается урчание по ходу тонкого кишечника. Печень и селезенка не увеличены. Стул в отделении 1кратно полуоформленный без патологических примесей. По другим органам без изменений.

**Эталон ответа:** Пищевая токсиконфекция, гастритический вариант. Промывание желудка для удаления токсина.

**Задача 28.**

Сформулируйте предварительный диагноз

Мужчина, 30 лет, 3 дня назад появилась слабость, повышение температуры тела до 37 оС, незначительные боли в горле при глотании. Ухудшение самочувствия 1 день назад. При осмотре состояние средней тяжести, температура 38.5 оС, кожа бледная, при осмотре ротоглотки гиперемия с цианотичным оттенком, на обеих миндалинах плотный серый налет, распространяющийся на дужки и язычок, не снимается. Шейные лимфатический узлы увеличены до 2 см, подвижные, умеренно болезненные при пальпации, отека шеи нет. ЧСС 110 в мин., АД 120/70 мм рт ст. Со стороны других органов без изменений. Отсутствуют данные о ревакцинации против дифтерии и столбняка.

**Эталон ответа:** Дифтерия ротоглотки, распространенная форма, средней степени тяжести.

**Задача 29.**

Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинических данных

После контакта с больным ОРВИ товарищем у студента появились жалобы на повышение температуры тела до 38.5 С, сильная головная боль в лобных областях, ломота в теле, заложенность носа, редкий сухой кашель. При осмотре температура 38оС, отмечается гиперемия лица, инъекция сосудов склер, в ротоглотке гиперемия мягкого неба, задней стенки глотки, язычка, налетов нет. Отмечается тахикардия до 105 уд в мин. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

**Эталон ответа:** Грипп, средняя степень тяжести.

**Задача 30. РАССКАЖИТЕ О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Больная А., 32 лет, с утра почувствовала озноб, затем температура тела повысилась до 39,8°С. Все это время беспокоила сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, костях. Исчез аппетит, тошнило. Рвоты не было. К концу первого дня болезни появилась заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями и чувством першения за грудиной.

При осмотре больной отмечается гиперемия и одутловатость лица, выраженная инъекция сосудов склер и конъюнктив. В ротоглотке разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе - милиарная зернистость, на задней стенке глотки - гранулярная. Менингеальных симптомов нет.

**Эталон ответа:** При гриппе используется вакцинация различными вакцинами : убитая, живая вакцина.

**Задача 31. РАССКАЖИТЕ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ХИМИОПРОФИЛАКТИКЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Больная Ж., 22 лет, заболела остро, когда после озноба температура тела повысилась до 39,8°, появились резкая головная боль, однократная рвота. 10 дней назад вернулась из Индии, где жила в течение 2 месяцев. В последующие дни температура тела оставалась высокой, снижалась до нормы всего на несколько часов. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. Пароксизмы повторялись через 48 часов.

**Эталон ответа:** Индивидуальная профилактика малярии: репелленты, защитные сетки и костюмы, химиопрофилактика – превентивная терапия мефлохином начинается за неделю до выезда в эпид очаг малярии, продлжается всё время пребывания в очаге и 4-6 недель после возвращения домой.

**Задача 32:**

**РАССКАЖИТЕ О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Больная О., 26 лет, не работает, употребляет наркотики внутривенно в течение трёх лет.

Заболевание началось с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура со 2-го дня болезни 38—39°, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. На 8-й день болезни появилась желтуха кожных покровов.

Больная вялая, адинамичная, сознание ясное, заторможена. Желтуха интенсивная. Язык сухой, обложен сероватым налетом, плохо спала прежние ночи, весь день сонлива. Печень +1,5 см, край мягкий, пальпируется отчетливо, резкая болезненность при пальпации печени. Селезенка не увеличена.

**Эталон ответа:** Специфическая профилактика острого вирусного гепатита В – введение генноинженерной вакцины по схеме 0-1-6. Неспецифическая профилактика – безопасный защищённый секс, недопустимость внутривенного введения наркотиков.

**ОПК 7**

**ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.**

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

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. Сыпь при брюшном тифе появляется на:

- 1) 1-3 день болезни;
- 2) 7 день болезни;
- 3) 8-10 день болезни;
- 4) после 14 дня болезни.

**Эталон ответа: 3.**

2. Цитолиз печеночных клеток при вирусном гепатите возникает в результате:

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

**Эталон ответа: 2.**

3. В первую неделю возбудители брюшного тифа обнаруживают в:

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

**Эталон ответа: 1.**

4. Определяет тяжесть течения холеры

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

**Эталон ответа: 2.**

5. Укажите характер стула при колитическом варианте дизентерии:

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

**Эталон ответа: 4.**

6. К особо-опасным инфекциям относится

1. Бруцеллёз
2. Иерсинеоз
3. Чума
4. Ветряная оспа

**Эталон ответа: 3**

7. Карантин при холере вводится

1. на минимальный инкубационный период
2. на максимальный инкубационный период
3. на максимальный инкубационный период от последнего случая заболевания
4. на 40 дней

**Эталон ответа: 3**

8. Перед выездом в страны центральной Африки необходима вакцинация

1. от гепатита В
2. от желтой лихорадки
3. от дизентерии
4. от туляремии

**Эталон ответа: 2**

9. Специфическим переносчиком при чуме является

1. комар
2. вошь
3. блоха
4. клещ

**Эталон ответа: 3**

10. При выявлении больного холерой карантину подлежат

1. родственники больного
2. все контактные лица
3. домашние животные
4. лица, по усмотрению эпидемиолога

11. В настоящее время к ликвидированному заболеванию относится

1. чума
2. натуральная оспа
3. орнитоз
4. сыпной тиф

**Эталон ответа: 2**

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

**Примеры заданий в тестовой форме**

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

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

**Эталон ответа: 1.**

**2. Диагноз ОВГ А подтверждается обнаружением в крови:**

- 1) анти-HAV-IgM;
- 2) ПЦР на РНК-ВГ А;
- 3) на анти-HAV, суммарных;
- 4) увеличенные показатели активности АлАТ и АсАТ;

**Эталон ответа: 1**

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

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

**Эталон ответа: 1.**

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

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

**Эталон ответа: 1.**

**5. У больного чёрный безболезненный карбункул - это:**

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

**Эталон ответа: 1.**

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

**Примеры заданий в виде ситуационных задач**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Больная Ж., 38 лет, обратилась к врачу 2 мая с жалобами на острое начало заболевания, повышение температуры до  $39,5^{\circ}\text{C}$  с ознобами, небольшую потливость. Одновременно беспокоила головная боль, мышечная слабость, бессонница и боли в крупных суставах. Боли в суставах усиливались при движении и пальпации. Объем движений резко снижен из-за болей. В зеве ограниченная яркая гиперемия слизистой мягкого неба. Лицо и шея гиперемированы (симптом «капюшона»), отмечается гиперемия и отечность ладоней и подошв. АД 95/55 мм рт.ст. Пульс 104 уд. В мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. В легких дыхание везикулярное. Менингеальные знаки отсутствуют.

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

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

Вопросы к задаче:

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

**Эталон ответа:** 1. Псевдотуберкулез. 2. Скарлатина.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2**

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

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

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

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

Вопросы к задаче:

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

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

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3**

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

Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура со 2-го дня болезни 38—39<sup>0</sup>, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получила лечение по поводу холецистита—без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: болезнь Боткина.

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

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

Анализ крови: л— $3,2 \cdot 10^9$ /л, сдвиг нейтрофилов влево, СОЭ—3 мм/час.

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

Вопросы:

1. Диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния.
2. Дифференциальный диагноз

**Эталон ответа:** 1. ОВГ В тяжёлая форма. 2. Проводится с гепатитами

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4**

Вопросы: Предварительный диагноз? Этиология данной инфекции?

Больной 38 лет, заболел остро. Когда внезапно появился обильный водянистый стул. До поступления в стационар была 3 раза рвота. Нарастала слабость. Появилось головокружение, был обморок. Госпитализирован через 7 часов после начала заболевания. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Жалобы на слабость, жажду. Кожные покровы бледные, холодный пот на лбу, цианоз губ, черты лица заострены. Язык сухой, обложен белым налетом. Судорожные подергивания в икроножных мышцах. Тургор кожи снижен. Голос ослаблен, сиплый. Температура тела 35,6°C. Пульс 105 уд в мин., удовлетворительного наполнения. АД 90/50 мм РТ ст. Число дыханий 24 в мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации, отмечается урчание в правой подвздошной области. Стул бесцветный, водянистый. Напоминает «рисовый отвар». Мочеиспускания редкие. Два дня назад вернулся из туристической поездки по Египту.

**Эталон ответа задачи 1:**

Холера, гиповолемический шок. Возбудитель *Vibrio cholerae*.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5**

Вопросы:

Предварительный диагноз. Этиология заболевания.

Больной М., 55 лет, летом охотился с собакой в штате Гуджарат. Осенью собака укусила хозяина, стала агрессивной, умерла. Поступил в отделение с жалобами на резкую слабость, затрудненное глотание при попытке выпить воду, затруднение при дыхании. При осмотре состояние больного тяжелое. Т° 38,2°C. Во время осмотра больной тревожен, обильно отделяется слюна, периодически возникают судорожные сокращения мышц шеи, сопровождающиеся остановкой дыхания. Зрачки расширены. Пульс 94 уд. в

минуту, АД 170/100 мм рт. ст. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было 4 дня.

**Эталон ответа:** Бешенство. Вирус бешенства.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Вопросы:

Предварительный диагноз. Этиология заболевания.

В поликлинику к хирургу обратился фермер 70 лет, с жалобами на высокую температуру, сильный отек на тыльной стороне правой руки. Болен 3-й день. Т° тела 39,8°С.

При осмотре на тыльной стороне правой руки черный карбункул, вокруг которого выраженный отек и небольшая болезненность. Вокруг карбункула расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета. На обеих руках увеличены регионарные лимфатические узлы. Увеличены печень и селезенка.

В клиническом анализе крови: Эр.-  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк.-  $10,7 \times 10^9/л$ , э-1, п-8, с-52, л-44, м-10, СОЭ 48 мм/час.

**Эталон ответа:** сибирская язва. Карбункулёзная форма. Сибирезязвенная палочка.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

Вопрос.

Предварительный диагноз. Этиология заболевания.

В поликлинику к хирургу обратился фермер 70 лет, с жалобами на высокую температуру, сильный отек на тыльной стороне правой руки. Болен 3-й день. Т° тела 39,8°С.

При осмотре на тыльной стороне правой руки черный карбункул, вокруг которого выраженный отек и небольшая болезненность. Вокруг карбункула расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета. На обеих руках увеличены регионарные лимфатические узлы. Увеличены печень и селезенка.

В клиническом анализе крови: Эр.-  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Лейк.-  $10,7 \times 10^9/л$ , э-1, п-8, с-52, л-44, м-10, СОЭ 48 мм/час.

**Эталон ответа:**

Сибирская язва. Кожная форма. *Bacillus anthracis*.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Вопросы:

Диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния и степени дегидратации?

Этиология.

Больная К., 26 лет, заболела остро в 5 час. утра, когда появились урчание в животе, жидкий водянистый стул до 20 раз, рвота 5 раз. Усилилась слабость, появились судороги икроножных мышц.

За день до заболевания вернулась из туристической поездки в Индию.

Доставлена в приемный покой инфекционной больницы в 14 час. в крайне тяжелом состоянии. Общая синюшность кожных покровов, резкая сухость слизистых, афония, западение глазных яблок, заострившиеся черты лица. Тургор кожи резко снижен, выражен симптом «руки прачки». Температура 35,6°. Периодически больная возбуждена, судороги конечностей. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Частота дыханий 34 в 1 мин., поверхностное, периодически до 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, едва прослушиваются, частота сердечных сокращений 130 в 1 мин. Пульс нитевидный, определить частоту не удается. АД—50/10 мм рт. ст. Живот несколько вздут, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

**Эталон ответа:**

Холера, гиповолемический шок. Возбудитель *Vibrio cholerae*.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9****Вопросы:**

Поставьте предварительный диагноз с учетом клинической классификации и оцените тяжесть состояния больной. Этиология заболевания.

Больная К., 30 лет, приехала из Индии. Поступила в инфекционное отделение через 20 часов после начала заболевания. Болезнь развивалась остро: появились частый жидкий стул, общая слабость. Температура тела оставалась нормальной. Вскоре присоединилась рвота. Позывы на низ были неудержимыми, стул обильный, бесцветный, напоминающий рисовый отвар. Рвота повторялась многократно, без предварительной тошноты «фонтаном». Состояние быстро ухудшалось, нарастала слабость, появились судороги, в связи с чем госпитализирована.

При поступлении температура тела 35,2°. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, холодные на ощупь. Выражен акроцианоз. Черты лица заострены.

Тургор кожи, тонус глазных яблок снижены. Глаза запавшие, темные круги под глазами. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий - 36 в минуту. Тоны сердца глухие. Пульс нитевидный, 130 ударов в 1 мин. АД - 40/20 мм рт. ст. Язык сухой, обложен густым темным налетом. Живот запавший, безболезненный. При пальпации отмечается урчание, шум плеска жидкости в мезогастррии. Печень и селезенка не увеличены. Больная отмечает, что в последние 30 мин. рвота и понос прекратились. Анурия.

**Эталон ответа:**

Холера, гиповолемический шок. Возбудитель *Vibrio cholerae*.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10**

Вопрос. Диагноз по классификации. Этиология данного заболевания

Больной И., геолог, в течение 2 месяцев, предшествующих заболеванию, находился в Монголии. Заболел остро на 3-й день после возвращения домой самолетом: повысилась температура до 40°C, появилась головная боль, рвота, озноб. На 2-й и 3-й день ознобы повторялись, температура оставалась высокой (40-41°C), выраженная слабость. Врач на 3-й день болезни выявил беспокойство больного, невнятную речь, одышку, однако при физикальном исследовании в легких изменения не обнаружил. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 ударов в минуту. Язык обложен густым белым налетом. На коже правой голени резко болезненная язва размером 2х3 см, покрытая темным струпом с красно-багровым воспалительным валом вокруг. Из-под струпа проступают скудные гнойно-серозные выделения. В правой паховой области резкая болезненность на месте увеличенного до размера 3х4 см лимфатического узла.

**Эталон ответа:**

Чума. Возбудитель *Yersinia pestis*.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11****Вопросы:**

Поставьте предварительный диагноз с учетом клинической классификации и оцените тяжесть состояния больной. Расскажите об этиологии заболевания.

Больной Т., 45 лет. Несколько дней тому назад вернулся из командировки. В течение 2 недель в одной из стран Юго-Восточной Азии, где изучал особенности жизни грызунов.

В самолете почувствовал мучительную головную боль, головокружение, озноб, чувство жара, ломоты в костях и суставах. Температура тела повысилась до 40°C.

В аэропорту осмотрен врачом. Общее состояние тяжёлое. Больной беспокоен, возбуждён. Жалуется на резкие боли в грудной клетке, головную боль, одышку, кашель с отделением большого количества прозрачной жидкой пенистой мокроты. Гиперемия лица. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧД — 60 в 1 мин. Тоны сердца глухие, аритмичные. Пульс — 150 уд/мин, АД — 80/40 мм рт.ст.

**Эталон ответа:**

Чума, лёгочная форма. Возбудитель *Yersinia pestis*.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12

Вопросы:

Диагноз по классификации с учётом степени тяжести состояния? Этиология?

Больная М., 42 лет, заболела остро, когда после озноба температура тела повысилась до 39,8°, появились резкая головная боль, однократная рвота. 10 дней назад вернулась из Афганистана, где была в командировке в течение 10 месяцев. В последующие дни температура тела оставалась высокой, снижалась до нормы всего на несколько часов. Снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. Озноб повторялся ежедневно. Максимальные подъемы температуры приходились на 12—13 часов. Больная за врачебной помощью не обращалась. На 6-й день болезни впала в бессознательное состояние, машиной «скорой помощи» была доставлена в стационар.

При поступлении больная в бессознательном состоянии, выражено психомоторное возбуждение. Зрачки сужены, плохо реагируют на свет. Коленные рефлексы повышены, положительные симптомы Бабинского и Оппенгейма. Кожные покровы бледные, склеры с желтушным оттенком. Губы цианотичны. Язык сухой, с трещинами. Пульс—122 уд. в 1 мин., слабого наполнения. АД—90/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Селезенка увеличена на 3—4 см, плотная, печень—на 1 см, плотная. Гемоглобин—60 г/л, эр —2,4 \* 10<sup>9</sup>/л.

**Эталон ответа:**

Тропическая Малярия. Возбудитель *plasmodium falciparum*.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 13

Вопросы:

Предполагаемый диагноз? Возбудитель данного заболевания?

Больной С., 40 лет. Несколько дней назад появились тревожное состояние, раздражительность. Температура субфебрильная, небольшая головная боль, сухость во рту. Сегодня температура 38°C, явления общего беспокойства усилились. При попытке утром попить воды наступил сильный спазм гортани с явлениями удушья. После этого даже вид воды или упоминания о ней вызывают резкое беспокойство больного и явления ларингоспазма.

3 недели тому назад был на охоте, убил волка, при снятии шкуры слегка поранил руку.

При осмотре на левой кисти небольшой рубчик на месте бывшей ранки. В области рубчика больной отмечает легкое жжение и зуд.

**Эталон ответа:**

Бешенство. Стадия гидрофобии. Вирус бешенства

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз с учетом клинической классификации и оцените тяжесть состояния больной. Расскажите об этиологии заболевания.

В порт города Л. Прибыл пароход с сотрудниками геологической экспедиции, работавшими в одной из стран Юго-Восточной Азии. При осмотре на санитарно-контрольном пункте у прибывших никаких признаков заболевания не установлено.

На следующий день в 14 ч. у одного из прибывших появился частый жидкий стул без патологических примесей, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Боли в животе не было. Температура тела 37,1°C. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось, беспокоили неукротимая рвота, частый жидкий, обильный, водянистый стул типа «рисового отвара», сознание спутанное. АД 70/40. Был вызван врач.

**Эталон ответа задачи**

Холера. Гиповолемический шок 3 ст.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15**

**Вопросы:**

Каков ваш предварительный диагноз? Каково основное направление лечения?

В кабинет инфекционных заболеваний поликлиники обратился г-н В., 34 лет, с жалобами на головную боль, лихорадку 38,5 оС и наличие отека и покраснения на месте присасывания клеща. Неделю назад собирал чернику в окрестностях г. Твери. При осмотре – в месте укуса клеща кольцевидная эритема с фестончатыми краями.

**Эталон ответа**

Болезнь Лайма. Антибиотикотерапия доксициклином, ампициллином.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16**

**Вопросы:**

Каков ваш предварительный диагноз? Каково основное направление лечения?

Больная М. через 2 дня после посещения парковой зоны в Твери обнаружила на теле припухлость и болезненность. При внимательном осмотре было обнаружено тело клеща. Спустя ещё два дня появилась безболезненная эритема с просветлением в центре. Температуру тела не измеряла. В последующие два дня заметила, что эта эритема (кольца) переместилось дистальнее с места появления (шея) на плечо и увеличилось в размере.

**Эталон ответа**

Болезнь Лайма..Антибиотикотерапия доксициклином, ампициллином

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17**

**ВОПРОС.**..Каков Ваш предварительный диагноз? 3.Каковы основные направления лечения?

12 июня в кабинет инфекционных заболеваний обратился больной С. 32 лет. Жалобы на слабость, ознобы, лихорадку до 39°C.

Из анамнеза – 7 июня после прогулки по парку обнаружил на теле клеща, которого не удалось снять целым. Имеется умеренная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского.

Лабораторные данные: Эр  $5 \times 10^{12}/л$ , Нв 145 г/л, Лц-  $10 \times 10^9/л$ , Э –2, П 2, С 56, Лмф 38, М 3%. СОЭ 18 мм /ч. Спинальная пункция – жидкость вытекает частыми каплями, прозрачная, цитоз 210 клеток в мкл, лимфоцитов 82%, нейтрофилов 18%, сахар 0,88 г/л.

**Эталон ответа**

1.клещевой энцефалит лихорадочная форма. противоэнцефалитный гамма-глобулин, ацикловир, глюкокортикоиды, дезинтоксикационная терапия.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 18**

С учетом поставленного диагноза укажите первичные противоэпидемические мероприятия.

В порт города Н. прибыл пароход с сотрудниками геологической экспедиции, работавшими в одной из стран Юго-Восточной Азии, неблагополучной по особо опасным инфекциям. Обсервацию пассажиры проходили в течение 5 суток. При осмотре на санитарно-контрольном пункте у прибывших никаких признаков заболевания не установлено.

На следующий день у одного из прибывших появился частый жидкий стул без патологических примесей, затем однократная рвота, общая слабость, головокружение. Боли в животе не было. Температура 37,1°C. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось, беспокоили неукротимая рвота, частый жидкий, обильный, водянистый стул типа «рисового отвара», сознание спутанное. Был вызван врач.

**Эталон ответа:** холера, тяжелая форма. Госпитализация больного в бокс инфекционного отделения или госпиталь особо опасных инфекций; лечение пациента до полного клинико-лабораторного выздоровления; выявление и изоляция в провизорный госпиталь всех контактных лиц с профилактическим лечением антибиотиками (ципрофлоксацин, тетрациклин в течении 5 дней) с последующим их бактериологическим обследованием испражнений на холерный вибрион; проведение заключительной дезинфекции в очаге.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19**

Сформулируйте диагноз и укажите первичные противоэпидемические мероприятия.

На станцию скорой помощи поступил вызов к больному К., 45 лет, который работает убойщиком скота на мясокомбинате. Жалуется на повышение температуры тела до 39,3°C, выраженную головную боль, общую слабость, чувство ломоты в суставах.

При осмотре в области правого лучезапястного сустава имеется язва диаметром 2 см, покрытая черной коркой. Вокруг язвы в виде ожерелья расположены пузырьки, наполненные жидкостью темного цвета, на фоне гиперемии и отека окружающей ткани. Область язвы при пальпации безболезненная. Увеличены локтевые и подмышечные лимфатические узлы справа.

**Эталон ответа:** сибирская язва, карбункулезная форма. Госпитализация и лечение больного в инфекционном отделении. Наблюдение в течении 10 дней и вакцинация (при отсутствии прививок более одного года) всех сотрудников, работающих в цехе по убою скота; проведение заключительной дезинфекции хлорсодержащими препаратами в цеху.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 20**

Укажите возможные пути заражения предполагаемым заболеванием в данном конкретном случае.

Больной 21 год, неоднократно обращался к врачу поликлиники с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 37,5°-38°C в течение двух месяцев. Ставили диагнозы «ОРЗ», «ангина», исключали пневмонию. Лечился различными антибиотиками без эффекта.

Жалобы на повышение температуры, резкую слабость, потливость, преимущественно в ночное время, похудание, боль в горле.

Эпидемиологический анамнез: студент, проживает в общежитии, ведет «активный» образ жизни, не скрывает факт употребления алкоголя и наркотиков.

Объективно: состояние средней тяжести. Переднешейные и подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, увеличены. Миндалины гипертрофированы, рыхлые, налета нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс 80 уд/мин., АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических, менингеальных явлений нет. На повторных рентгенограммах органов грудной клетки – признаки прогрессивного увеличения нескольких групп внутригрудных лимфатических узлов. Биопсия л/узлов не сделана.

**Ответ:** Предварительный диагноз ВИЧ-инфекция.  
Парентеральный и половой пути

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21

Укажите все возможные способы (пути) заражения данным заболеванием.

Больной М., 35 лет, при поступлении в стационар жалуется на сильную сухость во рту, общую слабость, затруднение при глотании пищи, вздутие живота, нарушение зрения, слабость в руках и мышц плечевого пояса, стало трудно дышать.

Заболел остро 3 дня назад, появилась сухость во рту, слабость, вздутие живота. На вторые сутки слабость усилилась, стал ощущать затруднения при глотании твердой пищи. К вечеру возникло двоение и расплывчатость предметов перед глазами. Обратился к врачу-офтальмологу, срочно был госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении жалуется, что трудно дышать. При осмотре состояние средней тяжести, возбужденный. Температура тела нормальная. Адинамичный. Мышечный тонус значительно снижен. Голос охрипший. Птоз век. Движение глазных яблок ограничены во все стороны, выявлен мидриаз со снижением зрачковых реакций на свет, нарушены конвергенция и аккомодация. Пульс-85 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧДД-30 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Слизистые оболочки ротовой полости суховатые, язык обложен желтоватым налетом. Глотание пищи затруднено. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Задержка стула. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

**Ответ.** Заражение происходит при поступлении ботулотоксина при употреблении пищи - алиментарный путь заражения.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22

КАКИЕ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЮДЕЙ СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ В ЭПИЗОТИЧЕСКИХ ОЧАГАХ РЕКОМЕНДОВАНЫ?

На территории Чувашской Республики в патанатомическом материале от павшего крупнорогатого скота, была выявлена ДНК возбудителя сибирской язвы у не вакцинированных против сибирской язвы животных, содержащихся на частном подворье. Несколько жителей поселения ухаживали за сельскохозяйственными животными, двое при участии в забое скота, поранились.

**Эталон ответа:** за лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение в течение 8 дней (ежедневный осмотр кожных покровов и ежедневная двукратная термометрия). Также проводится экстренная химиофилактика антибактериальными препаратами. При наличии подозрения на заболевание сибирской язвой, проводится немедленная госпитализация в инфекционное отделение.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23

КАКИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ (СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИЕ, МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ)?

Больной М., 28 лет, постоянно проживающий в Таджикистане на 4-й день болезни был доставлен бригадой СМП в инфекционное отделение с диагнозом кишечная инфекция неуточненной этиологии, эксикоз. Из анамнеза известно, что за день до прибытия в Москву из Таджикистана больной отмечал слабость, боль в эпигастральной области, тошноту, рвоту и жидкий стул до 15 раз, но при этом никак не лечился. При сборе эпидемиологического анамнеза врачи выяснили, что, в селе, где проживал больной, были случаи похожего заболевания, пациент пил воду из родника, ел невымытые фрукты. Через 2 суток (6-й день болезни) из лаборатории поступило сообщение о подозрении на выделение из фекалий *Vibrio cholerae*.

**Эталон ответа:** лица, контактировавшие с больным холерой, подлежат провизорной госпитализации на 5 дней с трёхкратным бактериологическим исследованием кала. Также им проводится экстренная профилактика доксициклином или ципрофлоксацином в течение трёх суток.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 24

Задание:

Дайте рекомендации о возможности использования для специфической профилактики некоторых вакцин и сывороток в ситуациях:

- а) при вскрытии коробки с коревой вакциной в ней не оказалось инструкции по применению препарата
- б) на части ампул в коробке с вакциной БЦЖ неясная маркировка
- в) в детской поликлинике имеется 2 коробки с вакциной АКДС, срок годности которой истёк 3 недели назад.

**Эталон ответа:**

- а) данная вакцина может быть использована в случае взятия инструкции от такой же вакцины
- б) вакцины без маркировки не допускаются к использованию
- в) данную вакцину нельзя использовать, необходимо отправить на утилизацию.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25

Задание:

Определите необходимость проведения экстренной профилактики бешенства и укажите схему.

Женщина 37 лет, больная сахарным диабетом, ГБ 2 степени, была укушена в голень неизвестной собакой. Укус спровоцирован не был. Против столбняка привита 2 года назад. Ситуация по бешенству среди животных на территории благополучная.

**Эталон ответа:**

Так как собака неизвестна, проведение экстренной профилактики антирабической вакциной необходимо по схеме 0-3-7-14-30-90 день. Антирабический иммуноглобулин не нужен.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26

Определите тактику ведения пациента.

Мужчина, 46 лет. Обратился в поликлинику по поводу укуса клеща 1 день назад. Клещ удален самостоятельно, при лабораторном обследовании клеща выделен вирус клещевого энцефалита. Место укуса без признаков воспаления.

**Эталон ответа:** Введение противоклещевого иммуноглобулина в первые 72 часа из расчета 1мл/10 кг веса. Наблюдение за больным.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 27**

Определите клиническую проблему и тактику лабораторного обследования  
Мужчина, 25 лет, 4 недели назад имел половой контакт с женщиной, инфицированной ВИЧ. На момент консультации жалоб нет.

**Эталон ответа:** Вероятно, инфицирование ВИЧ-инфекцией половым путем. Провести дотестовое консультирование по вопросам оценки рисков инфицирования, направление на исследование методом ИФА на ВИЧ, после получения результата проведение посттестового консультирования в зависимости от полученного результата.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28**

Сформулируйте предварительный диагноз на основании клинических данных  
Больная, 34 года, работница столовой, поступила в инфекционное отделение с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела, жидкий стул со слизью до 10 раз. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, температура тела 38 оС, язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в области сигмовидной кишки, при пальпации сигмовидная кишка спазмирована. Со стороны других органов изменений нет. Стул в отделении скудный, со слизью и прожилками алой крови.

**Эталон ответа:** Острая дизентерия, колитический вариант, средней степени тяжести.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 29**

Определите тактику противоэпидемических мероприятий.

В инфекционное отделение госпитализирован ребенок 2 лет, больной менингококковой инфекцией. ДДУ не посещает.

**Эталон ответа:** наблюдение за контактными 10 дней с термометрией, проведение бактериологического исследования (мазок из носоглотки на менингококк), возможно проведение вакцинации против менингококковой инфекции, всем контактным химиопрофилактика (антибактериальная терапия).

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 30**

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ, КАКИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ОЧАГЕ**

Больной О., 22 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови до 8-10 раз в сутки.

При осмотре: кожные покровы чистые, бледные. Температура - 38,3°С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

**Эталон ответа:** В очаге дизентерии проводится текущая дезинфекция, а после госпитализации больного осуществляется заключительная дезинфекция.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 31**

**ПЕРЕЧИСЛИТЕ, КАКИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ В ОЧАГЕ**

В инфекционное отделение городской больницы поступило 16 человек со сходной клинической симптоматикой. У всех заболевших отмечались жалобы на режущие боли в

эпигастрии, тошноту, многократную рвоту. Беспокоил озноб, температура повышалась до 38°, головная боль, резкая общая слабость, головокружение. Стул однократный кашицеобразный без видимых патологических примесей.

Все заболевшие посещали одну и ту же кондитерскую, где употребляли в пищу пирожные со сливочным кремом.

**Эталон ответа:** В очаге пищевой токсикоинфекции проводится тщательное эпид. расследование. Продукты питания, послужившие фактором передачи, изымаются из торговой сети и утилизируются. Обследуются сотрудники предприятия, больные и носители отстраняются от работы до полного выздоровления.

**Справка**  
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
**Инфекционные болезни**

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебные комнаты	Столы, стулья, компьютер, смарт-телевизор,
2.	Аудитории для лекций	Компьютер, экран, мультимедийный проектор.
3.	Инфекционное отделение ГБУЗ №1 г. Твери, инфекционное отделение Калининской ЦРКБ	Палаты, полубоксы, боксы.

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

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2024-2025 учебный год  
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

**Инфекционные болезни**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов 5 курса,

специальность: педиатрия (название специальности)

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «26» апреля 2024 г. (протокол № 9)

И. о. зав. кафедрой \_\_\_\_\_ (Ноздревых О.В.)

*подпись*

**Содержание изменений и дополнений**

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
1	<i>Титульный лист</i>	<i>Титульный лист старого образца</i>	Титульный лист нового образца	-
2	Внешняя рецензия	<i>Внешняя рецензия дана главным внештатным специалистом по инфекционным болезням Минздрава Тверской области.</i>	Внешняя рецензия дана заведующей инфекционным отделением ГБУЗ №1 им. В.В.Успенского г.Твери	<i>По согласованию</i>
3	<i>Раздел VI, п в), стр. 43</i>	<i>Программное обеспечение и Интернет-ресурсы: 1. www.studmedlib.ru - Консультант студента. Электронная библиотека.</i>	3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные	<i>Добавлен Интернет-ресурс.</i>

			<p>ресурсы: <i>далее перечислены на стр.50</i></p> <p>4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем</p> <p>4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения: <i>далее перечислены на стр. 50-51</i></p>	
4	5.Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.		<p>Добавлены методические указания для обучающихся по освоению дисциплины: <i>далее тесты, задачи по компетенциям и схема истории болезни (стр. 51-79)</i></p>	