

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 28.03.2020
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ»

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

Профиль – Инфекционные болезни

Форма обучения - очная

Срок освоения ОПОП - 3 года

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Министерством образования и науки РФ «от 03» сентября 2014г. № 1200.
- 2) Учебного плана по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, профиль Инфекционные болезни, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 28.05.2021, протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии «28» мая 2021 г. (протокол № 7А)

Заведующий кафедрой семейной медицины
и поликлинической терапии М.С. Григорович

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации
«28» мая 2021 г. (протокол № 7)

Председатель методической комиссии Е.Г. Шушканова

Центральным методическим советом «28» мая 2021 г. (протокол № 7)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчик:

Заведующий кафедрой семейной медицины
и поликлинической терапии, д.м.н., доцент М.С. Григорович

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	18
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	18
3.4. Тематический план лекций	18
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	20
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	29
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	29
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	29
4.1.1. Основная литература	29
4.1.2. Дополнительная литература	30
4.2. Нормативная база	30
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	30
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	30
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	31
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	32
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	32
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	36
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	37
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	37
8.1. Выбор методов обучения	37
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья	38
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	38
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	39

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

1.1. Цель изучения дисциплины:

формирование универсальных и профессиональных компетенций, углубленных профессиональных знаний для проведения клинических и экспериментальных исследований в области инфекционных болезней; фундаментальная подготовка в современных направлениях медицины.

1.2. Задачи изучения дисциплины

- 1) Углубленное изучение вопросов этиопатогенеза, патофизиологии, патоморфологии, биохимических особенностей и постинфекционного иммунитета при инфекционных болезнях.
- 2) Изучение особенностей клинического течения и исходов инфекционного процесса
- 3) Изучение современных методов диагностики и лечения инфекционных больных, профилактики инфекций, терапии последствий болезни и реабилитации.
- 4) Формирование умений и навыков самостоятельной научно-исследовательской деятельности в области инфекционных болезней.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Инфекционные болезни» относится к блоку Б1. Дисциплины (модули) вариативной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: «История и философия науки», «Иностранный язык».

Является предшествующей для изучения дисциплин, прохождения практик:

- «Основы организации научных исследований и наукометрии в области инфекционных болезней»,
- «Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. Педагогическая»,
- «Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. Научно-исследовательская»,
- Научно-исследовательская деятельность и подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата наук.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица;
- население;
- юридические лица;
- биологические объекты;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- научно-исследовательская деятельность в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;
- преподавательская деятельность по образовательным программам высшего образования.

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

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

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
		Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации	
1	3	4	5	6	7	8	9
1	УК-1 способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	основные методы научно-исследовательской деятельности	выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах; критически оценивать любую поступающую информацию, вне зависимости от источника; избегать автоматического применения стандартных формул и приемов при решении задач.	навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования; навыками методов и средств решения задач исследования.	Тест, доклад (литературный обзор по теме исследования)	Собеседование	Раздел №1 Семестр №3
2	ПК-1 способность и готовность к научному анализу свойств возбудителей и их взаимодействия с организмом человека, иммунологических, патоморфологических, биохимических, патофизиологических изменений в организме в процессе болезни, лечения и развития постинфекционного иммунитета	основные вопросы этиологии, патогенеза и патоморфологии инфекционных заболеваний	получать информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; организовывать и проводить профилактические прививки	навыками планирования и анализа работы инфекционной службы; проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование	Раздел №1,2,3,4,5 Семестр №3,4
3	ПК-2 способность и готовность к изучению клинических проявлений инфекционного процесса, повреждения и нарушения функции различных органов и систем, особенностей течения заболевания во всех возрастных группах, в различных условиях	клиническую симптоматику, особенности течения, прогноз инфекционных заболеваний	осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия, направить извещение в со-	навыками выделения и интерпретации основных синдромов инфекционных заболеваний, определения нозологической формы заболевания; выполнения диагно-	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков	Раздел №1,2,3,4,5 Семестр №3,4

	окружающей среды и в сочетании с другими болезнями		ответственную СЭС; оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий	стических процедур в клинике инфекционных болезней			
4	ПК-3 способность и готовность к разработке, внедрению и совершенствованию методов диагностики инфекционных болезней с использованием клинических, микробиологических, генетических, иммунологических, биохимических, инструментальных и других методов исследования, дифференциальной диагностики с другими болезнями инфекционной и неинфекционной природы, лечения инфекционных болезней и реабилитации	диагностическую значимость, показания и противопоказания клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования; принципы проведения фармако-терапии	определить необходимость специальных методов исследования; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; осуществлять диспансерное наблюдение реконвалесцентов	навыками современной диагностики, эффективного и адекватного лечения, реабилитации больных с инфекционной патологией	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков	Раздел №1,2,3,4,5 Семестр №3,4

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры		
		Сем.3	Сем.4	
1	2	3	4	
Контактная работа (всего),	90	36	54	
в том числе:				
Лекции (Л)	8	4	4	
Практические занятия (ПЗ)	82	32	50	
Самостоятельная работа (всего),	90	36	54	
в том числе:				
- Подготовка к практическим занятиям	30	10	20	
- Подготовка докладов	20	10	10	
- Решение тестов	14	6	8	
- Решение задач	26	10	16	
Вид промежуточной аттестации	экзамен	36	-	36
	зачет	+	+	
Общая трудоемкость (часы)	216	72	144	
Зачетные единицы	6	2	4	

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3	Введение в инфектологию. Принципы и методы диагностики и лечения инфекционных больных.	<i>Лекции:</i> Роль инфекционных болезней в общей патологии человека. Инфекционный процесс <i>Практические занятия:</i> Принципы диагностики и лечения инфекционных больных Иммунопрофилактика
2.	ПК-1, ПК-2, ПК-3	Инфекционные болезни дыхательных путей	<i>Лекции:</i> Грипп и другие ОРЗ; Новая коронавирусная <i>Практические занятия:</i> Грипп и другие ОРВИ; Новая коронавирусная инфекция; Хламидиозы, легионеллез, микоплазменная инфекция; Менингококковая инфекция, гнойные и серозные менингиты; Инфекционный мононуклеоз, дифтерия; Корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа.
3.	ПК-1, ПК-2, ПК-3	Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.	<i>Лекции:</i> Кишечные инфекции; Вирусные гепатиты. <i>Практические занятия:</i> Сальмонеллез, шигеллез, эшерихиозы, ОКИ, вызванные УПФ; ПТИ, ботулизм, холера; Вирусные гастроэнтериты; Гельминтозы; Брюшной тиф; Вирусные гепатиты А и Е; Вирусные гепатиты В,С, D; Хронические вирусные гепатиты; Иерсиниоз, псевдотуберкулез.
4.	ПК-1, ПК-2, ПК-3	Трансмиссивные инфекционные болезни	<i>Лекции:</i> Природно-очаговые инфекции <i>Практические занятия:</i> Клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз; Геморрагические лихорадки; ГЛПС, лептоспироз; Малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз; Риккетсиозы; Чума, туляремия; Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой; ВИЧ-инфекция.
5.	ПК-1, ПК-2, ПК-3	Инфекционные болезни наружных покровов	<i>Практические занятия:</i> Рожь, столбняк; Сибирская язва, бешенство.

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

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин				
		1	2	3	4	5
1	Основы организации научных исследований и наукометрии в области инфекционных болезней	+	+	+	+	+
2	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. Педагогическая	+	+	+	+	+
3	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. Научно-исследовательская	+	+	+	+	+
4	Научно-исследовательская деятельность и подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата наук	+	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1	Введение в инфектологию. Принципы и методы диагностики и лечения инфекционных больных.	1	5	6	12
2	Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты	3	27	30	60
3	Инфекционные болезни дыхательных путей	2	18	24	44
4	Трансмиссивные инфекционные болезни	2	18	18	38
5	Инфекционные болезни наружных покровов	-	14	12	26
	Вид промежуточной аттестации:	зачет			+
		экзамен			36
	Итого:	8	82	90	216

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Роль инфекционных болезней в общей патологии человека. Инфекционный процесс.	Содержание и задачи науки об инфекционных болезнях, её связь с другими медицинскими дисциплинами. Состояние заболеваемости инфекционными болезнями в стране и мире. Основные признаки инфекционных болезней; наличие специфического возбудителя как непосредственной причины заболевания; контагиозность (заразность) или возникновение нескольких (многих) случаев заболеваний, обусловленных общим источником инфекции (зоонозы, сапронозы); нередко склонность к широкому эпидемическому распространению; цикличность течения (последовательная смена периодов болезни); возможность развития обострений и рецидивов, затяжных и хронических форм; развитие иммунных реакций к Аг возбудителя; возможность развития носительства возбудителя. Классификация инфекционных заболеваний. Основные формы инфекционного процесса. Принципы диагностики, лечения, специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. Противоэпидемические мероприятия.	1	-
2	2	Грипп и другие ОРЗ	Современные этиологические особенности гриппа. Эпидемиология, клиника гриппа. Дифференциальный диагноз с парагриппом, аденовирусной инфекцией, риновирусной, респираторно-синцитиальной инфекцией, микоплазменной. Принципы диагностики. Этиотропное лечение гриппа. Принципы лечения тяжелых	2	-

			форм гриппа. Специфическая и неспецифическая профилактика гриппа и ОРЗ.		
3	2	Новая коронавирусная инфекция	Этиопатогенез. Эпидемиология, клиника Covid-19. Дифференциальный диагноз с другими ОРИ. Принципы диагностики и лечения. Постквидный синдром. Специфическая и неспецифическая профилактика гриппа и ОРЗ.	1	-
4	3	Кишечные инфекции	Основные эпидемиологические, клинические особенности бактериальных (шигеллёз, сальмонеллёз, эшерихиоз, кампилобактериоз, пищевая токсикоинфекция) и вирусных (ротавирусная, норовирусная, энтеровирусная инфекция) кишечных инфекций. Механизмы диарей. Виды дегидратации. Дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций. Принципы диагностики и лечения. Оральная и парентеральная регидратация.	-	1
5	3	Вирусные гепатиты	Клинические, эпидемиологические особенности острых вирусных гепатитов А, В, С, Е, D. Дифференциальная диагностика. Особенности лабораторной диагностики и лечения. Гепатиты G и TTV. Факторы, способствующие прогрессированию гепатитов. Патогенетические аспекты хронизации вирусных гепатитов. Клинические проявления. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Классификация острых и хронических вирусных гепатитов. Дифференциальный диагноз. Показания к назначению и средства противовирусной терапии. Стандарты лечения. Цирроз печени. Гепатоцеллюлярная карцинома.	-	1
6	4	Природно-очаговые инфекции	Понятие о природно-очаговых заболеваниях. Этиология, эпидемиология, патогенез иксодового клещевого боррелиоза, клещевого вирусного энцефалита, геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Клиническая классификация. Основные клинические синдромы. Факторы, способствующие прогрессивному течению инфекций. Принципы лечения различных форм заболеваний. Профилактика. Диспансерное наблюдение.	-	2
Итого:				4	4

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Принципы диагностики и лечения инфекционных больных. Иммунопрофилактика.	Диагностика инфекционных болезней основана на анамнестических данных (Включая эпиданамнез), комплексном использовании клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Последовательный и детальный осмотр позволяет выявить симптомы и синдромы,	5	-

			<p>сформулировать предварительный диагноз. Особенностью диагностики инфекционных болезней является проведения специфических методов исследования, направленных на выявление возбудителя или специфических антител к антигену инфекционного агента. Принципами лечения инфекционных больных являются этиотропная направленность, патогенетическая обоснованность, комплексность, индивидуальный подход, этапность. Терапия назначается на основании протоколов и стандартов лечения, клинических рекомендаций.</p> <p>Вакцинопрофилактика, календарь профилактических прививок, показания и противопоказания к вакцинации. Поствакцинальные осложнения. Иммунопрофилактика и неспецифическая профилактика при различных инфекционных заболеваниях. Место иммунопрофилактики в системе профилактических и противоэпидемических мероприятий, ее значение при разных группах инфекционных заболеваний.</p>		
2	3	Сальмонеллез, шигеллез, эшерихиозы, ОКИ, вызванные УПФ	<p>Сальмонеллез. Эпидемиология. Классификация (Гастроинтестинальная форма, генерализованная форма, бактериовыделение, тяжесть). Критерии степени тяжести. Основные симптомы гастроинтестинальной формы. Осложнения. Лабораторная диагностика. Показания к госпитализации. Терапия гастроинтестинальной формы. Купирование диарейного синдрома. Восстановление кишечного биоценоза. Лечение генерализованных форм. Специфическая терапия. Выписка. Шигеллез. Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Классификация. Виды воспаления толстой кишки. Колитический синдром. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз с амебиазом. Лечение. Причины формирования хронических форм. Выписка. Диспансерное наблюдение декретированных групп.</p> <p>Эшерихиозы. Этиология (170 вариантов E.coli, более 80 вызывают coli-инфекцию, 5 групп возбудителя). Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Механизм развития диареи. Клиническая классификация. Диагностика. Осложнения. Лечение. Профилактика в эпидемическом очаге.</p>	4	-
3	3	ПТИ, ботулизм, холера	<p>Пищевые токсикоинфекции (ПТИ). Этиология. Патогенез, клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>Ботулизм. Этиология.</p> <p>Фазы патогенеза. Синдромы ботулизма (офтальмоплегический, дисфагический, дисфонический, гастроинтестинальный, дыхательные расстройства, миастенический, гемодинамические нарушения). Характеристика степеней тяжести. Лабораторная диагностика. Лечение. Показания к ИВЛ.</p> <p>Холера. Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Клинико-лабораторная характеристика I, II, III, IV степени обезвоживания. Лабораторная диагностика. Этиотропная терапия. Регидратационно-корректирующая терапия в зависимости от</p>	3	-

			степени дегидратации. Экстренная профилактика. Показания к изоляции контактных лиц. Выписка. Диспансерное наблюдение. Специфическая профилактика. Дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций.		
4	3	Вирусные гастроэнтериты	Этиология, эпидемиология, особенности клинической картины ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной инфекции. Особенности диагностики и лечения. Наиболее часто встречающиеся клинические формы. Диагностика осложнений. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.	2	-
5	3	Гельминтозы	Эпидемиологическая классификация гельминтозов. Геогельминты, биогельминты. Гельминты, передаваемые контактным путем. Роль гельминтов как проводников микробной флоры. Иммуни-тет при гельминтозах. Борьба с гельминтозами. Механизм действия гельминтов на организм больных. Клиническая классификация гельминтозов. Нематодозы (аскаридоз, токсокароз, трихоцефалез, трихинеллез). Цестодозы (дифиллобоз, тениоз, тениаринхоз, эхонококкоз и альвеококкоз). Трематодозы (описторхоз, клонорхоз, фасциолез). Пути передачи и механизм заражения. Патогенез. Клиника. Клинические формы. Особенности течения острой и хронической фаз болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.	3	-
6	3	Брюшной тиф	Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Стадии патологоанатомических изменений в дистальном отделе тонкой кишки. Классификация (форма типичная, атипичная: стертая, abortивная, амбулаторная). Течение – острое, рецидивирующее. Тяжесть – легкая, среднетяжелая, тяжелая. Клиника брюшного тифа. Клиника паратифа А. Клиника паратифа В. Типы температурных кривых. Осложнения брюшного тифа. Лабораторная диагностика. Лечение брюшного тифа (Этиотропная терапия; патогенетическая и симптоматическая терапия). Кишечное кровотечение (явное). Лечение кишечного кровотечения. Диагностика перитонита. Выписка. Диспансеризация декретированных и недекретированных групп. Специфическая профилактика	2	-
7	3	Вирусные гепатиты А и Е	Определение понятия вирусный гепатит А. Особенности ВГА. «Гепатиты путешественников». Вакцинация против ВГА (показания и противопоказания, иммунитет). Виды вакцин (вакцина, доза, метод введения). Особенности лечения ВГА. Профилактика специфическая и неспецифическая. Диспансерное наблюдение.	2	-

			Вирусный гепатит Е. Эпидемиологические, клинические особенности, осложнения гепатита Е в зависимости от этиологической характеристики (генотипов). Диагностика, лечение, профилактика		
8	3	Вирусные гепатиты В,С,Д	Вирусные гепатиты В,С,Д. Эпидемиология, этиология, патогенез. Клинические формы. Характеристика и исходы ко-инфекции и супер-инфекции гепатита В+Д. Диагностика. Интерпретация обнаружения серологических маркеров гепатитов. Осложнения, исходы. Лечение. Базисная терапия. Показания к этиотропной терапии. Лечение острой печеночной энцефалопатии. Критерии выписки. Диспансерное наблюдение. Дифференциальный диагноз вирусных гепатитов.	2	-
9	3	Хронические вирусные гепатиты	Хронические вирусные гепатиты В, С, D. Классификация. Механизмы формирования хронического течения. Клинические особенности и исходы хронических вирусных гепатитов. Диагностика. Показания к этиотропной терапии больных хроническим гепатитом В. Особенности лечения HBeAg-положительного и HBeAg-негативного хронического гепатита В. Схемы интерфероновой и безинтерфероновой терапии больных хроническим гепатитом С. Диспансерное наблюдение.	4	-
10	3	Иерсиниоз, псевдотуберкулез	Иерсиниозная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Классификация (выраженность клинических проявлений, течение, тяжесть). Клиника гастроинтестинальной, абдоминальной, генерализованной, вторично-очаговой форм. Характер экзантемы. Дифференциальный диагноз псевдотуберкулеза и иерсиниоза. Лечение различных форм. Причины формирования хронического течения. Выписка. Диспансерное наблюдение. Профилактика.	3	-
11	3	Зачетное занятие	Контрольные вопросы по темам разделов	2	
12	2	Грипп и другие ОРВИ.	Современные этиологические особенности гриппа. Эпидемиология, клиника гриппа. Дифференциальный диагноз с парагриппом, аденовирусной инфекцией, риновирусной, респираторно-синцитиальной инфекцией. Принципы диагностики. Этиотропное лечение гриппа. Принципы лечения тяжелых форм гриппа. Специфическая и неспецифическая профилактика гриппа и ОРЗ.	-	3
13	2	Новая коронавирусная инфекция	Этиопатогенез. Патофизиология и патоморфология. Эпидемиология, клиника Covid-19. Критерии тяжести. Факторы риска и группы риска. Дифференциальный диагноз с другими острыми респираторными инфекциями. Критерии диагноза. Принципы диагностики. Современные подходы к лечению. Постковидный синдром: патогенез и патофизиология, факторы риска, клинические проявления и тактика ведения пациентов. Специфическая и неспецифическая профилактика новой коронавирусной инфекции.		3
14	2	Хламидиозы, легионеллез, микоплазменная инфекция	Определение, классификация хламидиозов. Этиология (свойства хламидий, особенности размножения и др.). Эпидемиология. Особенности пато-	-	3

			<p>генеза хламидиоза. Клинические симптомы хламидиоза у иммунокомпетентных и иммуноскомпрометированных лиц (детей раннего возраста, недоношенных), внутриутробное инфицирование, хламидиоз и беременность. Клинические симптомы хламидиоза с поражением органа зрения</p> <p>Диагностика, лечение, профилактика.</p> <p>Легионеллез. Этиология. Экология возбудителя и эпидемиология. Клиника острых респираторных заболеваний. Клиника пневмоний. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.</p> <p>Микоплазменная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.</p>		
15	2	Менингококковая инфекция. Гнойные и серозные менингиты	<p>Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Реконвалесценция и остаточные явления. Классификация. Клиника назофарингита, менингита, менингококкцемии. Клиника ИТШ. Клиника отека головного мозга. Лабораторная диагностика. Лечение назофарингита, генерализованных форм. Лечение ИТШ, отека-набухания головного мозга. Специфическая профилактика. Клинико-лабораторные особенности гнойных и серозных менингитов. Дифференциальный диагноз менингококкового, стафилококкового, пневмококкового, гемофильного менингита. Особенности диагностики и лечения. Дифференциальный диагноз серозных менингитов (герпетический, лептоспирозный, энтеровирусный).</p>	-	3
16	2	Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия	<p>Инфекционный мононуклеоз. Характеристика вируса, его свойства. Распространенность инфекции в окружающей среде, пути и механизмы ее передачи, группы риска. Патогенетические особенности. Клиника: желтушная и безжелтушная формы, экзантема, тонзиллярный синдром. Осложнения. Диагностика. Лечение.</p> <p>Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Фазы патогенеза. Классификация. Особенности дифтерийных налетов. Общетоксический синдром. Токсическая дифтерия ротоглотки. Осложнения. Лабораторная диагностика. Лечение. Патогенетическая терапия. Дифтерия гортани. Лечение миокардита. Лечение полиней-ропатий. Лечение бактерионосителей. Выписка. Диспансерное наблюдение. Специфическая профилактика.</p>	-	3
17	2	Корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа	<p>Этиология, эпидемиология, патогенез и клиническая картина кори, скарлатины, краснухи и ветряной оспы. Осложнения. Исходы. Дифференциальная диагностика, лечение. Специфическая и неспецифическая профилактики. Диспансерное наблюдение. Дифференциальный диагноз заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы.</p>	-	3
18	4	Клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз	<p>Этиология, эпидемиология, патогенез, варианты течения клещевого энцефалита. Клиническая симптоматология и диагностика разных форм. Ликворологические изменения. Прогноз. Дифференциальная диагностика КЭ. Лечение разных</p>	-	2

			форм КЭ. Правила выписки реконвалесцентов. Диспансерное наблюдение, реабилитация. Варианты течения иксодового клещевого боррелиоза (периоды заболевания: ранний, поздний, резидуальный). Клиническая симптоматология первой, второй и третьей стадии болезни. Варианты течения безэритемной формы. Лабораторная диагностика. (НРИФ, ИФА, НМИФ, иммуноблоттинг, ПЦР). Лечение ИКБ в зависимости от стадии болезни. Правила выписки реконвалесцентов, диспансерное наблюдение. Реабилитация. Профилактика.		
19	4	Геморрагические лихорадки	Геморрагические лихорадки. Классификация. Основные фазы патогенеза. Характеристика геморрагического синдрома. Крымская и омская геморрагические лихорадки Марбургская лихорадка. Лихорадка Эбола. Лихорадка Ласса. Аргентинская геморрагическая лихорадка. Боливийская геморрагическая лихорадка. Лихорадка Денге. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Противоэпидемические мероприятия. Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок.	-	2
20	4	ГЛПС, лептоспироз	Определение современного состояния проблемы ГЛПС. Циркуляция хантавирусов на разных территориях. Основные носители хантавирусов. Пути, факторы передачи. Восприимчивость. фазы патогенеза. Клиника по периодам. Особенности клинического течения легких, атипичных форм ГЛПС. Осложнения. Исходы. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Специфические методы лабораторной диагностики. Лечение по периодам. Правила выписки. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Дифференциальный диагноз с крымской и омской геморрагическими лихорадками. Современные этиологические и эпидемиологические особенности лептоспироза. Особенности желтушных и безжелтушных форм болезни. Принципы диагностики и лечения.	-	2
21	4	Малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз	Малярия. Этиология, эпидемиология. Механизмы повреждающего действия плазмодий. Классификация. Клинические проявления отдельных видов малярии. Диагностика. Осложнения. Лечение. Диспансерное наблюдение. Лейшманиоз. Этиология. Эпидемиология, Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика. Значение проблемы токсоплазмоза. Распространенность. Этиология. Эпидемиология. Патогенез токсоплазмоза. Классификация токсоплазмоза. Клинические симптомы различных вариантов токсоплазмоза (врожденный, приобретенный, интаппарантная форма, носительство токсоплазм, манифестные формы). Диагностика, дифференциальная диагностика токсоплазмоза. Лечение. Исходы. Прогноз.	-	2

22	4	Риккетсиозы	<p>Определение понятия «Риккетсиозы. Группа сыпного тифа. Сыпной тиф». Классификация риккетсиозов. Представители группы сыпного тифа. Сыпной тиф. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника, особенности течения. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика. Дифференциальная диагностика. Исходы. Прогноз. Лечение. Профилактика. Болезнь Бриля-Цинссера (рецидивный сыпной тиф). Клинико-эпидемиологическая характеристика, диагностика и дифференциальная диагностика. Крысиный риккетсиоз. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.</p>	-	2
23	4	Чума, туляремия	<p>Чума. Характеристика возбудителей, их способность сохраняться в окружающей среде. Распространенность инфекций, механизмы, пути передачи, сезонность, группы риска. Фазы патогенеза. Клиническая классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика. Терапия (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая). Профилактика. Туляремия. Этиология, пути передачи. Патогенез. Определяющее значение входных ворот инфекции для клинического течения (формы) болезни. Поражение лимфатического аппарата. Бактериемия. Поражение внутренних органов. Клиническая классификация. Клиническое течение различных форм болезни. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.</p>	-	3
24	4	Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой	<p>Критерии диагноза «лихорадка неясного генеза». Типы лихорадочных кривых. Этапы диагностического поиска при лихорадке неясного генеза. Особенности лихорадочной реакции при брюшном тифе, сыпном тифе, малярии, сепсисе, бруцеллезе. Особенности лихорадки при туберкулезе, онкологической патологии, системных заболеваниях соединительной ткани, патологии щитовидной железы.</p>	-	3
25	4	ВИЧ-инфекция	<p>Определение, классификация ВИЧ-инфекции (Покровский В.И., 1989). Этиология (ретровирус). Эпидемиология (убиквитарное распространение, пандемия). Факторы риска заражения. Особенности патогенеза ВИЧ-инфекции. Инкубация. Клинические симптомы ВИЧ-инфекции в стадии ранних проявлений (II А, Б, В). Стадия ранних проявлений (острый ретровирусный синдром, сероконверсия). Методы диагностики ВИЧ-инфекции в стадии ранних проявлений (ПЦР, ИБ, ИФА,). II Б стадия бессимптомная, увеличение уровня миеллина в сыворотке крови, тромбоцитопения. Длительность, методы диагностики. IIВ стадия. Клиника, диагностика. IV А, Б, В стадия. Принципиальное отличие от II. Лечение ВИЧ-инфекции.</p>	-	2
26	5	Рожа. Столбняк	<p>Рожа. Этиология. Патогенез рецидивирующей рожи, осложнений. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания. Классификация. Клинические формы. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика</p>	-	7

			Столбняк. Свойства возбудителя. Пути передачи. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Принципы терапии. Правила выписки и диспансерное наблюдение. Экстренная и плановая профилактика.		
27	5	Сибирская язва. Бешенство	Этиология, эпидемиология, патогенез сибирской язвы. Современная эпидемиологическая ситуация в России и мире. Клиническая классификация. Основные клинические проявления. Критерии постановки диагноза. Принципы этиотропной, патогенетической терапии. Специфическая и неспецифическая профилактика. Бешенство. Определение. Источники инфекции. Пути, факторы распространения инфекции. Восприимчивость. Иммунитет. Патогенез. Клиника Прогноз. Значение анамнестических, клинических и эпидемических данных для диагностики. Лабораторная диагностика Специфическая профилактика. Патогенетическая и симптоматическая терапия.	-	7
Итого:				32	50

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	3	Введение в инфектологию. Принципы и методы диагностики и лечения инфекционных больных.	Подготовка к практическим занятиям Решение тестов	6
2		Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты	Подготовка к практическим занятиям Подготовка доклада Решение тестов, задач	30
Итого часов в семестре:				36
1	4	Инфекционные болезни дыхательных путей	Подготовка к практическим занятиям Решение тестов, задач	24
2		Трансмиссивные инфекционные болезни	Подготовка к практическим занятиям Подготовка доклада Решение тестов, задач	18
3		Инфекционные болезни наружных покровов	Подготовка к практическим занятиям Решение тестов, задач	12
Итого часов в семестре:				54
Всего часов на самостоятельную работу:				90

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

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

4.1.1. Основная литература

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

1	Инфекционные болезни: национальное руководство	под ред. Н. Д. Юшука, Ю. Я. Венгерова - 1104 с. (Серия "Национальные руководства)	2019 М:ГЭОТАР-Медиа. -	1	ЭБ «Консультант врача»
---	--	---	---------------------------	---	------------------------

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Антибактериальные препараты в клинической практике	Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова	2017 М: ГЭОТАР-Медиа		ЭБ «Консультант врача»
2	Клиническая паразитология: протозозы и гельминтозы	А. К. Токмалаев, Г. М. Кожевникова. - 2-е изд., перераб. и доп	2017 М: Мед. информ. агентство	3 экз.	
3	Пищевые токсикоинфекции. Пищевые отравления	под ред. Н.Д. Юшука	2017 М: ГЭОТАР-Медиа		ЭБ «Консультант врача»
4	Тропические болезни и медицина болезней путешественников	А.М. Бронштейн	2016 М: ГЭОТАР-Медиа	2 экз.	ЭБ «Консультант врача»
5	Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин	Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин	2015 СПб: СпецЛит	2 экз.	
6	Дифференциальная диагностика инфекционных болезней	А.П.Казанцев, В.А.Казанцев	2013 М: МИА	2 экз.	ЭБ «Консультант врача»

4.2. Нормативная база

Клинические рекомендации, утвержденные МЗРФ [Электронный ресурс]. <https://cr.minzdrav.gov.ru>.
Санитарно-эпидемиологические правила [Электронный ресурс] ЭБ «Консультант врача»
Методические указания «МУ 3.1.2837-11. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за гепатитом В (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 20.12.2010).

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

- 1) <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>
- 2) <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults->
- 3) <http://www.scsml.rssi.ru/> — Центральная Научная Медицинская Библиотека (Электронные ресурсы)
- 4) http://www.nlr.ru/res/inv/ic_med/ — Российская национальная библиотека
- 5) <http://www.ohi.ru> – сайт Открытого Института Здоровья
- 6) <http://www.medlinks.ru> – Вся медицина в Интернет
- 7) <http://www.webmedinfo.ru/index.php> - Медицинский проект WebMedInfo содержит полные тексты учебной и научной медицинской литературы, рефераты, новости, истории болезней.

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

видеозаписи, презентации, слайд-лекции.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202.
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

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

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

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

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

<i>Наименование специализированных помещений</i>	<i>Номер кабинета, адрес</i>	<i>Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях</i>
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	учебная комната № 621, г. Киров, ул. К. Маркса 112, (корпус №3)	ПК с подключением к сети "Интернет", ноутбук, мультимедийный проектор, доска, экран
Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практических занятий)	учебная комната № 619 г. Киров, ул. К. Маркса 112, (корпус №3)	Термометр медицинский ушной, шпатели, глюкометр, спирометр, холодильник, термостат
Учебные аудитории для групповых и индивидуальных консультаций	учебная комната № 621 г. Киров, ул. К. Маркса 112, (корпус №3)	ПК с подключением к сети "Интернет", ноутбук, мультимедийный проектор, доска, экран

Учебные аудитории для текущего контроля и промежуточной аттестации	учебная комната № 621 г. Киров, ул. К. Маркса 112, (корпус №3)	ПК с подключением к сети "Интернет", ноутбук, мультимедийный проектор, доска, экран
Помещения для самостоятельной работы	читальный зал библиотеки, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, (корпус №1)	ПК с подключением к сети "Интернет", ноутбук, периодические издания

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

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

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

Основное учебное время выделяется на самостоятельную работу.

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

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения:

- профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом
- правильной техники ведения медицинской документации (в том числе с использованием комплексной медицинской информационной системы)
- совершенствовать знания в области этиологии, эпидемиологии, патогенеза, иммунологии, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, профилактики инфекционных болезней
- осмотра инфекционных больных, интерпретировать полученные данные лабораторных и инструментальных методов диагностики; формулировать диагноз, согласно современной классификации
- назначать лечение, учитывая возраст больного, период заболевания, тяжесть, наличие сопутствующих заболеваний
- определять тактику диспансерного наблюдения реконвалесцентов инфекционных болезней, методы профилактики инфекционных болезней, методы улучшения качества жизни больных с хроническими инфекциями

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

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Кишечные инфекции», «Грипп и другие ОРЗ», «Природно-очаговые инфекции». На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету и экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей

решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Роль инфекционных болезней в общей патологии человека. Инфекционный процесс», «Вирусные гепатиты», «Новая коронавирусная инфекция».

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

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области диагностики, дифференциальной диагностики, назначения лечения, диспансерного наблюдения реконвалесцентов инфекционных заболеваний, проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции, профилактики профессионального заражения, ведения медицинской документации (в том числе с использованием комплексной медицинской информационной системы), профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

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

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

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам: Принципы диагностики и лечения инфекционных больных. Иммунопрофилактика; ПТИ, ботулизм, холера; Брюшной тиф; Хламидиозы, легионеллез, микоплазменная инфекция; Корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа; Малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз; Риккетсиозы (Сыпной тиф); Чума, туляремия;

- семинар-дискуссия по темам: Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой; Геморрагические лихорадки; ВИЧ-инфекция;

- конференция по темам: Менингококковая инфекция. Гнойные и серозные менингиты;

- учебно-ролевая игра по темам: Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия; Рожа, столбняк; Сибирская язва. Бешенство;

- разбор клинического случая по темам: Новая коронавирусная инфекция. Сальмонеллез, шигеллез, эшерихиозы, ОКИ, вызванные УПФ; Вирусные гастроэнтериты; Гельминтозы; Вирусные гепатиты А и Е; Вирусные гепатиты В,С, D; Хронические вирусные гепатиты; Иерсиниоз, псевдотуберкулез; Грипп и другие ОРВИ; Клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз. ГЛПС, лептоспироз. Геморрагические лихорадки.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Инфекционные болезни» и включает подготовку к практическим занятиям, подготовку докладов, решение тестов и решение задач.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Инфекционные болезни» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными. Подготовка доклада способствуют формированию навыков использова-

ния учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме решения ситуационных задач, тестового контроля, доклада

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических навыков, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

- размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;
- сопровождения электронного обучения;
- организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;
- организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;
- организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);
- контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- идентификации личности обучающегося.

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

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

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

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

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

В содержание консультаций входят:

- разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;
- советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;
- анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;
- разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

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

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

знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

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

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

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

8.1. Выбор методов обучения

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

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

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

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

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

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

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

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

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

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

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

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

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

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

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

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

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

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

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приложение А к рабочей программе дисциплины

**Методические указания для аспирантов по освоению дисциплины
«Инфекционные болезни»**

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина
Профиль – Инфекционные болезни
форма обучения очная

Раздел 1. Введение в инфектологию. Принципы и методы диагностики и лечения инфекционных больных.

Тема 1.1: Принципы диагностики и лечения инфекционных больных. Иммунопрофилактика.

Цель: способствовать формированию знаний о диагностике, этиотропном, патогенетическом, симптоматическом лечении при различных инфекционных болезнях, принципах специфической и неспецифической профилактики, поствакцинальных осложнениях.

Задачи:

1. Изучить особенности патогенеза и клинической картины основных инфекционных заболеваний.
2. Рассмотреть методы специфической и неспецифической профилактики.
3. Обучить назначать обследование и осуществлять лечение инфекционных больных.
4. Сформировать навыки по определению тактики лечения инфекционных больных.

Аспирант должен знать:

1. Этиология и патогенез основных инфекционных заболеваний.
2. Этиотропное, патогенетическое, симптоматическое лечение инфекционных больных.
3. Показания к назначению этиотропной терапии при острых и хронических инфекциях.
4. Особенности патогенетической терапии при различных инфекционных болезнях.
5. Значение иммуноглобулинов и сывороток в лечении инфекционных больных, показания к их применению.
6. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционных заболеваний.
7. Показания и противопоказания к вакцинации.

Аспирант должен уметь:

1. Выявить жалобы, провести полный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить план обследования для подтверждения клинического диагноза.
4. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз.
5. Назначить лечение с учётом тяжести, клинической формы, периода заболевания, возраста больного и сопутствующей патологии.
6. Оценить эффективность специфической профилактики.
7. Выявить поствакцинальные осложнения.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками профессионального поведения с соблюдением этических и деонтологических норм при общении с пациентами, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом.
2. Правильной техникой ведения медицинской документации (в том числе с использованием комплексной медицинской информационной системы).
3. Навыками комплексного обследования инфекционных больных.

4. Навыками комплексного лечения инфекционных больных.
5. Навыками комплексной реабилитации инфекционных больных.
6. Навыками проведения противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней.
7. Навыками комплексного лечения больных вакцинассоциированными заболеваниями и поствакцинальными осложнениями.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите методы диагностики инфекционных заболеваний.
2. Раскройте принципы лечения инфекционных болезней.
3. Показания к этиотропной терапии при кишечных инфекциях и вирусных гепатитах.
4. Этиотропная и патогенетическая терапия ОРВИ.
5. ВААРТ ВИЧ-инфекции.
6. Календарь профилактических прививок.
7. Причины развития поствакцинальных осложнений.
8. Перечислите антипротозойные препараты.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Определить тактику диспансерного наблюдения.
6. Написать план вакцинации ребенку до года.
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вспомните, какая существует специфическая и неспецифическая профилактика заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной К., 53 лет, лесник. Поступил в больницу на 5 день заболевания с жалобами на боли в правом плече, надплечье, шее, усиливающиеся при движении правой руки, боли в мышцах спины, головная боль, общую слабость.

Из анамнеза болезни: 20 июня был укус клеща в область правого плечевого сустава. Клещ удален самостоятельно, профилактика Лайм-боррелиоза и клещевого энцефалита не проводилась. На следующий день появились в правом плече легкие боли, но больной пытался не обращать на них внимания. 24 июня в месте присасывания клеща на наружно-передней поверхности правого плечевого сустава появилась яркая эритема. С 25 июня состояние ухудшилось – общее недомогание, слабость, ломящие боли в правой руке, тыле шеи, спине, умеренная головная боль. Познабливало, но температуру больной не измерял. 28 июня вызвал бригаду скорой помощи и госпитализирован в инфекционную больницу.

Объективно: общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. На передненаружной поверхности правого плечевого сустава ярко-красная эритема овальной формы, 11x13 см. Эритема имеет четкие границы в виде яркого венчика. В центре эритемы вокруг места укуса клеща кожа имеет фиолетовый оттенок. Ригидность мышц затылка – 3 поперечных пальца. Симп-

том Кернига 150°. Кожа в области эритемы горячая на ощупь, умеренно отечна. В ротоглотке незначительная гиперемия задней стенки глотки, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 82 в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Стул и диурез в норме. ОАК: лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, э – 1%, п – 2%, с – 49%, л – 30%, м – 18%, СОЭ – 24 мм/ч. Анализ СМЖ: ликвор прозрачный, бесцветный. Давление 220 мм вод. ст. Цитоз – 47 клеток (лимфоциты – 98%, нейтрофилы – 2%). Белок – 0,66 г/л. Результаты н-РИФ к АГ боррелий от 28 июня – 1:40; ИФА – АТ IgM к вирусу КЭ.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Переносчиком каких инфекций может быть клещ?
3. Возможные пути передачи инфекции.
4. Охарактеризуйте показатели ликвора и общего анализа крови.
5. С какими нозологиями необходимо дифференцировать данное заболевание?
6. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования вам необходимы? Что вы ожидаете в них увидеть?
7. Назначьте лечение данному пациенту.
8. Какое диспансерное наблюдение необходимо больному?
9. Какую профилактику нужно было провести после присасывания клеща?
10. Расскажите о существующей специфической профилактике клещевых нейроинфекций.

Эталон

1. Диагноз: Микст-инфекция: клещевой энцефалит, менингеальная форма и лайм-боррелиоз, I стадия, эритемная форма, радикулоневрит (С5-С8), средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании: 1. данных эпид. анамнеза (факт присасывания клеща), клинической картины, данных лабораторного обследования.
2. Клещевой энцефалит, Лайм-боррелиоз, Омская, Крымская геморрагические лихорадки, Эрлихиоз, Анаплазмоз, Бабезиоз
3. Клещевой энцефалит относится к группе природно-очаговых болезней человека. Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются иксодовые клещи - *Ixodes persulcatus*, *Ixodes ricinus* с трансвариальной передачей. Дополнительным резервуаром вируса являются грызуны (заяц, еж, бурундук, полевая мышь), птицы (дрозд, щегол, чечетка, зяблик), хищники. Для заболевания характерна строгая весенне-летняя сезонность заболевания. Динамика заболеваемости находится в тесной связи с видовым составом клещей и наибольшей их активностью. Чаще болеют лица в возрасте 20-40 лет. Основным путем инфицирования человека является трансмиссивная передача через укусы клещей. Возможна также передача инфекции алиментарным путем при употреблении в пищу сырого молока коз и коров, а также при раздавливании клеща в момент его удаления с тела человека и, наконец, воздушно-капельным путем при нарушении условий работы в лабораториях.
4. Обследование:
 - В ОАК – лейкоцитоз, моноцитоз, повышение СОЭ. В ликворе – признаки серозного менингита.
 - Микст-инфекция клещевого энцефалита и эрлихиоза, лептоспироз.
 - Б/х – билирубин, АСТ, АЛТ норма.
 - ЭКГ – возможно нарушение ритма (брадикардия, экстрасистолия), проводимости (блокады различного уровня)
 - ЭНМГ – нарушение проводимости по нервному волокну.
5. Режим 1, диета № 13, противоклещевой Ig (1:80) 0,1 мл/кг в/м 1 раз в день в течение 5 дней. Рибавирин 200 мг 5 раз в день. Цефтриаксон 1,0 в/в 2 раза в день в течение 14 дней. Актотегин 20,0 мл на 200 мл физ.раствора в/в капельно 1 р в день, аскорбиновая кислота до 1 г в сутки, 5% р-р глюкозы, физ.раствор. Необходимо ограничить введение жидкости до 1200-1500 мл/сут. Маннитол 20 % р-р 1,0-1,5 г/кг в/в капельно. Пирацетам 50 % 10 мл в/в медленно, трентал. Глиатилин, мильгамма.
6. Диспансерное наблюдение: в течение 3-х лет у невропатолога и инфекциониста.
7. После удаления клеща:

а) при наличии в нем вируса клещевого энцефалита – иммуноглобулин противоклещевой в дозе 0,1 мл/кг веса; или йодантипирин в первые 2 дня 3 таб 3 раза в день, в следующие 2 дня 2 таб 3 раза в день, а затем по 1 таб 3 раза в день в течение следующих 5 дней.

б) при наличии боррелий – амоксилав 0,375 по 1 таб 3 раза в день, или экстенциллин 2,4 млн ЕД в/м, азитромицин (1 день – 1г, 2,3,4,5 дни – по 500мг 1 раз в день).

8. Для специфической профилактики используются вакцины (энцепур, энцевир, ФСМЕ-ИМ-МУН-Инжект, культуральная инактивированная сорбированная жидкая).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной М., 43 лет, шахтер, поступил в клинику инфекционных болезней на 7-й день заболевания с жалобами на резкую слабость, высокую температуру тела, боль в мышцах ног и пояснице, желтушную окраску кожи и склер, темный цвет мочи, головную боль, отсутствие аппетита. Заболел остро 01.08, когда после озноба температура тела повысилась до 39,0С, появились головная боль, боли в икроножных мышцах, пояснице. На 4-й день болезни желтушное окрашивание кожи и склер. 05.08 у больного было обильное носовое кровотечение, в этот день обнаружено кровоизлияние в склеры. Продолжительность лихорадки 6 дней. При опросе больного выяснено, что в шахте, где он работает, много крыс.

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 36,80С. Вялый, заторможенный, с трудом отвечает на вопросы. Кожа и склеры интенсивно-желтого цвета. На туловище обнаружены единичные геморрагии, в склерах обоих глаз массивные кровоизлияния. Перкуторно над легкими легочной звук, выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 160/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень выступает на 6см ниже края реберной дуги, плотная, край острый. Пальпируется плотная селезенка, выступающая из подреберья на 2см. стул с наклоном к запору. Мочеотделение уменьшено, за последние сутки выделено 300 мл мочи.

На 8-й день болезни билирубин крови – 213,75 мкмоль/л (связанный – 42,75 мкмоль/л, свободный – 171 мкмоль/л); АСТ – 0,68 ммоль/л, АЛТ – 0,98 ммоль/л.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Этиологическая характеристика возбудителя. Патогенез заболевания.
6. Каким образом произошло заражение? Какие пути заражения еще возможны при данном заболевании?
7. Как называется развившееся у больного осложнение?
8. Возможные исходы заболевания.
9. Постинфекционный иммунитет.

Задача 2.

Больная З., 42 года. Жалуется на жар, слабость, головную боль, покраснение и отек кожи правой голени и стопы. Заболела остро через несколько часов после переохлаждения. Внезапно появились сильный озноб, головная боль. Температура тела быстро поднялась до 39,5°С. Дважды отмечалась рвота. Беспокоила умеренная боль в правой паховой области. На 2-й день болезни появились покраснение и отек в области тыльной поверхности правой стопы, быстро распространившиеся на голень. Боль в правой паховой области усилилась.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 39,2°С. Органы дыхания без отклонения от нормы. Пульс 116 уд/мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. В области бедра и правой голени подкожные вены расширены, узловаты, на тыле стопы,

передней и боковых поверхностях голени - гиперемия с четкими границами и неровными контурами. При пальпации участка эритемы - болезненность, более выраженная по периферии и по ходу вен. Правая голень и стопа отечны, кожа блесит. В паховой области пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Этиологическая характеристика возбудителя. Патогенез заболевания.
6. Возможные исходы заболевания.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести обзор литературы по современным противовирусным препаратам.
- 2) Составить таблицу по вакцинальным реакциям и осложнениям.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные группы противовирусных, антибактериальных, антипротозойных препаратов.
2. Организация работы приемного отделения и профильных отделений инфекционного стационара в целях профилактических и противоэпидемических мероприятий.
3. Противоэпидемические мероприятия при заносе в отделение воздушно-капельного заболевания, ОКИ
4. Особенности организации работы стационара для ООИ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В поликлинику обратился пациент 48 лет с клиникой внебольничной пневмонии. Когда болезнь будет доступна регистрации?
 - 1) при подаче больничного листка
 - 2) при обращении за медицинской помощью
 - 3) в случае рентгенологического подтверждения
 - 4) при госпитализации больного
 - 5) при направлении на ВК, МСЭ
2. В городскую поликлинику 20 марта в 10 утра обратилась пациент, ж, 30 лет, проживающая в районе обслуживания поликлиники. Был выставлен диагноз «острый шигеллез». Какие документы должен заполнить врач.
 - 1) амбулаторную карту
 - 2) талон амбулаторного больного
 - 3) экстренное извещение о профессиональном отравлении
 - 4) все перечисленное.
3. Тетрациклины применяются для лечения:
 - А. гриппа
 - Б. сыпного тифа
 - В. дифтерии
 - Г. пищевых токсикоинфекциях
 - Д. орнитоза
4. Специфический иммуноглобулин применяют для лечения:
 - А. бруцеллеза
 - Б. псевдотуберкулеза

- В. амебиоза
- Г. клещевого энцефалита
- Д. цитомегаловирусной инфекции

5. Пенициллин применяется для лечения:

- А. чумы
- Б. иксодового клещевого боррелиоза
- В. сибирской язвы
- Г. лептоспироза
- Д. туляремии

Ответы: 1-3), 2-4), 3-БД, 4-ГД, 5-БВГ.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 3-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.sminzdrav.gov.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.
3. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.1: Сальмонеллез, шигеллез, эшерихиозы, ОКИ, вызванные УПФ

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по бактериальным кишечным инфекциям, рассмотреть особенности патогенеза и клиники сальмонеллеза, шигеллеза, амебиоза, эшерихиозов, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при острых кишечных инфекциях.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений шигеллеза, сальмонеллеза, амебиоза, эшерихиозов.
2. Рассмотреть профилактические и противоэпидемические мероприятия
3. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
4. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с острыми кишечными инфекциями.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей шигеллеза, сальмонеллеза, амебиоза, эшерихиозов.
2. Клинико-лабораторная характеристика синдромов гастрита, энтерита, колита.
3. Тактику обследования и ведения больного с синдромом диареи на догоспитальном этапе.
4. Принципы дифференциальной диагностики инфекционных и неинфекционных диарей.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при ОКИ.
6. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения различных нозологических форм ОКИ.
8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии больных с ОКИ.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные, риск заражения острой кишечной инфекцией у данного больного.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для каждого заболевания особенностей.
3. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.
4. Наметить план обследования больного с учетом этиологии, формы заболевания и периода инфекционного процесса.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение с учетом этиологии, формы, периода заболевания, а также сопутствующей патологии. Выявить показания к хирургической тактике.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками активного раннего выявления инфекционных больных, изоляции, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamnestическое обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов поражения ЖКТ (гастрит, энтерит, колит);
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
7. Проведением пероральной и внутривенной регидратации.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Опишите принципы обследования пациента с ОКИ.
2. Сформулируйте перечень клинических, лабораторных, инструментальных методов обследования больного и охарактеризуйте возможные результаты
3. Проведите лечение острых кишечных инфекций в зависимости от этиологии, формы и периода заболевания.
4. Назначьте регидратационную терапию.
5. Опишите клинические проявления неинфекционных заболеваний, сопровождающихся диареей (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, абдоминальная форма инфаркта миокарда, острая хирургическая патология, опухолевые заболевания кишечника и др.)
6. Дайте дифференциальную диагностику ОКИ и острого аппендицита, тромбоза мезентериальных сосудов, кишечной непроходимости.
7. Проведите дифференциальную диагностику ОКИ и новообразований ЖКТ, НЯК.
8. Проведите дифференциальную диагностику ОКИ и инфаркта миокарда, гипертонического криза.
9. Расскажите о правилах ведения больных с диареей в стационаре, выписке и диспансерном наблюдении декретированных групп.

2. Практическая работа.

Курация больного острой кишечной инфекцией

Цель: на примере осмотренного пациента с острой кишечной инфекцией научить аспирантов проводить дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций с заболеваниями терапевтического и хирургического профиля.

1. После осмотра и клинического разбора больного продифференцировать заболевание пациента с какой – либо кишечной инфекцией (например, с сальмонеллёзом, дизентерией, пищевой токсикоинфекцией).
2. Назначить необходимые обследования для подтверждения или исключения у пациента сальмонеллёза (дизентерии, ПТИ и др.).

3. Продифференцировать данное заболевание с неинфекционными состояниями (терапевтическими, гинекологическими, хирургическими и т.д.).
4. Сделать вывод по проведённому дифференциальному диагнозу.
5. Выбрать наиболее правильную терапию больного с учётом формы, степени тяжести, периода заболевания, развития осложнений с сопутствующей патологией.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведённого диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вспомните, какая существует специфическая и неспецифическая профилактика заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной К., 40 лет. Поступил в инфекционную больницу на 2-е сутки от начала заболевания. Болезнь началась остро в дороге на железнодорожном транспорте: поднялась температура тела до 39⁰С, появились тошнота, однократная рвота, частый (около 10 раз за сутки) жидкий стул, обильный, с незначительной примесью слизи и крови. Одновременно – схваткообразные боли по всему животу. До заболевания питался продуктами, купленными на остановках поезда (творог, сметана, фрукты).

При поступлении: жалуется на боли по всему животу, частый водянистый жидкий стул с примесью крови и слизи, жажду. Больной адинамичен, лицо бледное, легкий цианоз губ, кожа сухая, тургор тканей понижен. Температура тела 38,5⁰С. АД 90/60 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации выраженная болезненность по всему животу, но особенно по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируется болезненная спазмированная сигмовидная кишка. Диурез снижен. Масса пациента 66 кг.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.

Эталон

1. Острый шигеллез, гастроэнтероколитический вариант, средней степени тяжести, дегидратация 2 степени.

Диагноз поставлен на основании данных эпидемиологического анамнеза: связь заболевания с употреблением продуктов, купленных с рук (творог, сметана, фрукты), острого начала с появления лихорадки, тошноты, рвоты, частого водянистого жидкого стула с примесью слизи и крови, схваткообразных болей по всему животу, жажды. Данные объективного обследования: адинамия, легкий цианоз губ, сухость слизистых и кожи, снижение АД, болезненность при пальпации по всему животу, но особенно по ходу толстого кишечника, спазмированная сигмовидная кишка.

2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сальмонеллезом, кишечным амебиазом, энтерогеморрагическим и энтероинвазивным эшерихиозом, балантидиазом, кампилобактериозом,

псевдомембранозным колитом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, синдромом раздраженного кишечника.

3. Необходимо назначить ОАК, ОАМ, копрограмму, бакпосев кала, серологическое исследование крови в парных сыворотках на антитела к шигеллам.

4. Постельный режим на острый период, стол №4, этиотропная терапия: фторхинолоны (ципрофлоксацин по 0,5х2 раза в сутки) до клинического выздоровления. Патогенетическая терапия: оральная регидратация глюкозосолевыми растворами в 2 этапа: на 1 этапе (первые 4 часа) вводим объем дефицита, на 2 этапе коррекция продолжающихся патологических потерь. Дефицит при 2 степени дегидратации 4-6% от массы тела, даем на 1 этапе жидкость через рот из расчета 40-60 мл/кг массы. Парентеральное введение с целью дезинтоксикации полиионных солевых растворов («Квартасоль», «Трисоль», «Ацесоль») и глюкозы. Ферментные препараты (мезим-форте, креон), энтеросорбенты (смекта по 1 пакету 3 раза в день), аскорутин, спазмолитики. После курса антибактериальной терапии курс биопрепаратов (линекс, бифидумбактерин-форте, бифилиз) в течение 1 месяца. Метилурацил по 1 таблетке 3 раза в день.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной Т., 35 лет, овощевод, житель Алма-Аты. Болен в течение месяца. Заболел в начале июня, когда появились умеренные боли в правой подвздошной области, кашицеобразный стул 3-4 раза в день. В последующем отмечается ухудшение самочувствия, слабость, периодические боли в животе. Стул остается кашицеобразным, но появились примесь слизи и небольшое количество крови. Температура нормальная все дни. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Живот мягкий. Слепая кишка широкая, плотной консистенции, болезненна при пальпации. Сигма эластичная, безболезненная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Эпидемиологические особенности данной инфекции.
4. Патогенез данной формы заболевания.
5. План дальнейшего обследования.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение больной.
8. Классификация данной инфекции?

Задача 2.

В хирургическое отделение по направлению амбулаторного врача поступил больной К., 35 лет. Больной работает на свиноферме. В течение нескольких дней при относительном самочувствии появилась боль в животе, общая слабость, головная боль, участился стул, появились тенезмы, отметил примесь слизи и крови в кале. Температуру поднялась только один раз, затем держалась на уровне 37,3 °С. Похудел. Болезненность в животе была больше справа. Врачом амбулатории направлен на обследование в хирургическое отделение с подозрением на опухоль кишечника. В хирургическом отделении обратили внимание на уплотнение и спазм толстой кишки при пальпации на отдельных участках. Стул до 20 раз в день с гнилостным запахом, увеличение печени, гипохромная анемия, потеря веса. Сделана колоноскопия: очаговые воспалительные изменения и язвенные дефекты слизистой толстой кишки.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие лабораторные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз с дизентерией.
5. Наметьте план лечения.
6. Патогенез данной формы заболевания.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с сальмонеллезом.
- 2) Провести анализ историй болезни с дизентерией.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Механизмы развития диареи при бактериальных кишечных инфекциях.
2. Виды дегидратации. Клинико-лабораторные критерии разных видов дегидратации.
3. Показания для этиотропной терапии при острых кишечных инфекциях.
4. Диспансеризация декретированных групп после перенесенной ОКИ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИЗЕНТЕРИИ

- а) хорошо растёт на простых питательных средах
- б) грамотрицателен
- в) способен продуцировать экзотоксин
- г) при разрушении выделяет эндотоксин
- д) устойчив к нагреванию и действию прямых солнечных лучей

2. ВОЗБУДИТЕЛЬ ДИЗЕНТЕРИИ

- а) относится к роду *Shigella*
- б) грамотрицателен
- в) имеет вид палочки с закруглёнными концами
- г) способен образовывать споры
- д) неподвижен

УКАЖИТЕ ПОЛНОЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

3. ИСТОЧНИКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ИНФЕКЦИИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) больной человек и бактерионоситель
- б) больное животное
- в) больной острой дизентерией человек
- г) больной острой дизентерией человек и больное животное
- д) бактерионоситель и больное животное

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

4. ДИЗЕНТЕРИЯ ПЕРЕДАЁТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПУТЁМ

- а) водным
- б) контактно-бытовым
- в) воздушно-капельным
- г) алиментарным
- д) посредством «мушиного фактора»

5. В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИЗЕНТЕРИИ ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- а) колонизация возбудителя в слизистой оболочке толстой кишки
- б) поражение лимфатического аппарата тонкой кишки
- в) поражение сердечно-сосудистой и нервной системы, обусловленное действием токсинов
- г) нарушение процессов переваривания и всасывания пищи
- д) развитие дисбактериоза

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

6. БОЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ВЫДЕЛЯЕТ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

- а) с испражнениями и мочой
- б) с испражнениями
- в) с испражнениями и рвотными массами
- г) и испражнениями и слюной
- д) с рвотными массами и мочой

7. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) вертикальный
- б) трансмиссивный
- в) фекально-оральный
- г) аспирационный
- д) перкутанный

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

8. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫЕ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ ВЫЗЫВАЕТ ШИГЕЛЛА

- а) Флекснера
- б) Зонне
- в) Нью-Касл
- г) Григорьева-Шига
- д) Бойда

9. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ (В СРЕДНЕМ)

- а) до 1 суток
- б) 1-3 дня
- в) 2-5 дней
- г) 5-10 дней
- д) 7-14 дней

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

10. ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ДИЗЕНТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) повышение температуры
- б) сыпь на коже
- в) схваткообразная боль в нижних отделах живота
- г) стул типа «ректального плевка»
- д) спазм сигмовидной кишки

11. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ

- а) катаральный проктосигмоидит
- б) катаральный геморрагический проктосигмоидит
- в) гангренозный проктосигмоидит
- г) фибринозно-язвенный проктосигмоидит
- д) эрозивный проктосигмоидит

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

12. ПРИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ БОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- а) в области пупка
- б) в илеоцекальной области
- в) в эпигастрии
- г) в правой подвздошной области
- д) в левой подвздошной области

13. ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

- а) жидкий стул с примесью крови
- б) уплотненная, безболезненная, малоподвижная сигмовидная кишка
- в) инфильтрация и болезненность слепой кишки
- г) схваткообразные боли в средней части живота
- д) при пальпации урчание, «переливание» в области петель тонкой кишки

14. ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРЕН СТУЛ

- а) каловый, со слизью, пропитанный кровью (малиновое желе)
- б) обильный, водянистый, зловонный, со слизью
- в) жидкий, пенистый, желтого цвета
- г) скудный, бескаловый, слизисто-кровянистый
- д) жидкий, черный (мелена)

15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ИСПРАЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

- а) «малиновое желе»
- б) скудные, слизистые с примесью прожилок крови
- в) мелена
- г) обильные водянистые без патологических примесей
- д) водянистый, зловонный, с зеленью

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

16. ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИГРАЮТ

- А) активация аденилатциклазы в эритроцитах
- Б) развитие специфического гепатита
- В) развитие обезвоживания с потерей белка и электролитов
- Г) острая сердечно-сосудистая недостаточность
- Д) выраженный интоксикационный синдром

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

17. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) до 2 часов
- Б) 2-12 часов
- В) 2-72 часа
- Г) 24-48 часов
- Д) более 72 часов

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

18. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

- А) болезнь начинается с болей внизу живота и диареи
- Б) боли чаще локализуются в эпигастрии и околопупочной области
- В) стул обильный, жидкий, зловонный, темно-зеленого цвета
- Г) при вовлечении в процесс толстой кишки в испражнениях появляется примесь слизи и крови
- Д) при тяжелом течении болезни возможно развитие гиповолемического шока

19. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ХАРАКТЕРНЫ

- А) высокая температура
- Б) желтуха
- В) жидкий, водянистый стул
- Г) боли в животе
- Д) зловонный обильный стул

20. ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

- А) симптомы интоксикации часто предшествуют диспепсическим расстройствам
- Б) обезвоживание развивается в результате потери жидкости со рвотными массами и обильным водянистым стулом
- В) чаще всего наблюдается гастроинтестинальная форма болезни
- Г) в большинстве случаев рвота предшествует диарее
- Д) характерным симптомом является частый скудный слизисто-кровянистый стул

Ответы:

1.д 2.г 3.а 4.в 5.б 6.в 7.в 8.г 9.б 10.б 11.б 12.д 13.а 14.г 15.б 16.б 17.в 18.а 19.б 20.д

4) Решить ситуационную задачу

Больной Д., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул до 10-12 раз в сутки с примесью крови, резкие позывы к дефекации в ночное время, коликообразные боли в нижних и боковых отделах живота, которые усиливаются при движениях и дефекации. Объективно: пониженного питания, при пальпации живота определяется выраженная болезненность в левой подвздошной области и зоне проекции поперечно-ободочной кишки, афтозные язвы слизистой оболочки ротовой полости и языка, узловатая эритема, конъюнктивит. Лихорадка до 38 С.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз.
- 2.Какое обследование необходимо провести
- 3.Решите вопрос о трудоспособности больного
- 4.План ведения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.
3. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М.Бронштейн. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.2: ПТИ, ботулизм, холера.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по пищевым токсикоинфекциям, ботулизму, холере, рассмотреть особенности патогенеза и клиники ботулизма, холеры, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при заболеваниях.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений и лечения ПТИ.
2. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез и основные синдромы при ботулизме.
3. Определить специфическую диагностику и лечение ботулизма, профилактические и противоэпидемические мероприятия.
4. Изучить патогенез и клинические проявления холеры.
5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при холере.
6. Принципы регидратации при холере, критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.

7. Сформировать навыки по диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Этиологию, клинические проявления, лечение пищевых токсикоинфекций.
2. Современные достижения в изучении ботулизма и роль отечественных ученых в изучении данного заболевания.
2. Этиологию и свойства возбудителя; эпидемиологию изучаемой инфекции; основные звенья патогенеза; клиническую картину, заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики с ботулизмом,
3. Принципы терапии ботулизма; вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики данной инфекции, диспансерного наблюдения.
4. Свойства возбудителей холеры.
5. Клинико-лабораторную характеристику четырех степеней дегидратации.
6. Принципы дифференциальной диагностики иерсиниозов.
7. Основные патогенетические механизмы развития диареи при холере.
8. Клиническую картину заболеваний, классификацию.
9. Неотложные мероприятия при гиповолемическом шоке.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для ПТИ, ботулизма, холеры особенностей.
3. Наметить план обследования больного с учетом формы заболеваний и периода инфекционного процесса.
4. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
5. Назначить лечение с учетом клинической формы, варианта заболевания, а также сопутствующей патологии.
6. Выявить показания и порядок проведения неотложной терапии.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.
8. Провести противоэпидемические и профилактические мероприятия при холере.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных ботулизмом, холерой, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamnestическое обследованием больного с ПТИ, ботулизмом, холерой (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Этиопатогенетической терапии ботулизма.
7. Проведением регидратационной терапии при холере в зависимости от степени дегидратации.
8. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиологические особенности возбудителей ПТИ.
2. Современные эпидемиологические черты холеры.
3. Классификация холеры, мероприятия в очаге.
4. Неотложная терапия при 3 степени дегидратации при холере.
5. Основные фазы патогенеза ботулизма.
6. Клинические проявления и лечение ботулизма.
7. Специфическая диагностика ПТИ, ботулизма, холеры.
8. Дифференциальная диагностика заболеваний.
9. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при иерсиниозах.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Мужчина 40 лет, поступает в инфекционную больницу с диагнозом "острое пищевое отравление". Болен первый день. Заболевание началось ночью, когда появился частый, жидкий, водянистый стул с хлопьями, через несколько часов присоединилась неукротимая рвота. Дома все здоровы. Со слов больного, причиной заболевания может быть употребление несвежей курицы, которую он ел в самолете. Накануне больной вернулся из командировки в Южную Америку.

Объективно: состояние тяжелое. Черты лица заострены. Глаза запавшие. Температура 35,0 °С. Больной в сознании, но очень вялый. Афония. Кожа холодная на ощупь, покрыта липким потом. Диффузный цианоз. В приемном покое несколько раз была рвота. Слизистые сухие, яркие. Язык сухой, обложен белым налетом. Тургор кожи резко снижен. Тоны сердца приглушены. Периферический пульс и артериальное давление не определяются. Дыхание аритмичное, поверхностное, ЧДД - 46 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, урчащий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение 2 часов. Больной не мочился уже 6 часов. Пальцы рук периодически сводит судорогой.

Анализ крови: эритроциты – $6,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 190 г/л; лейкоциты - $12,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 17 мм/ч, гематокрит - 66%; калий - 2,8 ммоль/л; ВЕ= - 5.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз с другими кишечными инфекциями.
3. Оцените лабораторные данные.
4. Какие исследования необходимо провести?
5. Назначьте лечение.
6. Правила выписки и диспансерного наблюдения.
7. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Эталон

1. Диагноз: Холера, типичная форма, тяжелой степени тяжести. Гиповолемический шок.
2. Дифференцируют с вирусными гастроэнтеритами, сальмонеллезом. Основные опорные признаки холеры: эпид. анамнез, начало заболевания с диареи, рвота присоединилась позднее, отсутствие температуры, нет вздутия и болей в животе, водянистый характер стула, быстрое обезвоживание.
3. Сгущение крови (эритроцитоз, лейкоцитоз, увеличение гематокрита), гипокалиемия, метаболический ацидоз.
4. Исследование кала, рвотных масс на *V. Cholerae* (бак. посевы)

5. На первом этапе лечения в течение 1,5 часов вводят полиионные растворы "Квартасоль", "Ацесоль", "Трисоль", в подогретом до 38°C виде, в две и более вены в объеме 10% от массы тела. Первые 2-4 литра струйно (100-120 мл/мин), затем капельно (30-50 мл/мин).

Второй этап регидратации проводится в объеме выделяемых испражнений и рвотных масс. Тетрациклин 0,5 г через каждые 6 часов.

6. 8-10 день после клинического выздоровления, с 3-х кратным отрицательным бак. исследованием испражнений и дуоденального содержимого. Диспансерное наблюдение: 1 месяц – бак. исследование кала 1 раз в 10 дней и однократно желчи, 2 и 3 мес. – бак. исследование кала 1 раз в месяц.

7. Сообщить в ЦГСЭН (МЗ РФ), изолировать больного, выявить контактных и госпитализировать их для обследования (трехкратное бак. исследование), медицинского наблюдения и превентивного лечения на 5 дней, в транспортных средствах (самолет) проводятся дезинфекционные мероприятия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной Р., 25 лет, заболел остро в бч. утра, когда появились двоение в глазах, снижение остроты зрения (не смог читать газету), головокружение, общая слабость, многократная рвота. Стула не было. Температура тела оставалась нормальной. В прошлом ничем не болел. Заболевание связывает с употреблением в пищу маринованных в банках грибов собственного приготовления. Вместе с ним грибы ели жена и мать, которые тоже заболели. При поступлении в отделение в 1-й день заболевания состояние тяжелое, температура тела 35,6 °С. Резко адинамичен, вял. Выражена бледность кожи. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, пульс – 82 уд в мин., удовлетворительного наполнения, АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой, густо покрыт белым налетом. Глоточный рефлекс отсутствует, глотание затруднено, поперхивается при попытке глотать. Зрачки неравномерно расширены, реакция зрачков на свет вялая, конвергенция отсутствует. Выражены диплопия, правосторонний птоз. Живот мягкий, вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Отрезки кишок не спазмированы. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальных знаков нет. В отделении у больного нарастает общая слабость, головокружение, сухость во рту. Голос гнусавый, читать не может. Испытывает стеснение в грудной клетке при дыхании, чувство комка за грудиной. Не глотает (жидкая пища выливается через нос). Очень бледен, губы цианотичны. Выражен 2-хсторонний птоз. Пульс – 104 уд в мин., АД 90/50 мм рт ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Выделить основные синдромы.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. План обследования.
5. Рекомендовать лечебные мероприятия, их последовательность, дозу и метод введения лекарственных препаратов.

Задача 2.

Больная Б., 32 года, заболела 02.01, когда появились многократная рвота, резкая общая слабость, двоение в глазах. Затем присоединились сухость во рту, нарушение глотания, гнусавость. Осмотрен врачом скорой помощи, который высказал предположение о ларингоспазме, истерии. К утру состояние больной ухудшилось, появились одышка, цианоз слизистых оболочек и кожи, она стала беспокойной. При поступлении в инфекционный стационар на 2-й день болезни состояние больной тяжелое. Выражена мышечная слабость, бледность кожи, акроцианоз. Температура тела нормальная, дыхание поверхностное, частое. Перкуторно-легочной звук, аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца резко приглушены. Пульс -120 в мин., АД 115/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. 1.01 ела консервированные грибы. В семье есть заболевание с аналогичными симптомами.

Неврологический статус: сознание ясное. Резко выражен двусторонний птоз, зрачки расширены, реагируют на свет. Движение глазных яблок кверху и кнаружи резко ограничены. Глотание невозможно, пища вываливается через нос. Глоточный и небный рефлекс не вызываются. Голос

глухой, с носовым оттенком. Мышечный тонус понижен. Сухожильные рефлексы, периостальные и брюшные – живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. Чувствительность не нарушена. Менингеальных симптомов нет. Глазное дно в норме.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Выделить основные синдромы.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Специфическая диагностика.
4. Неотложные мероприятия.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с пищевой токсикоинфекцией.
- 2) Провести анализ историй болезни с ботулизмом.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные характеристики ПТИ (причины развития, уровень поражения ЖКТ, критерии степени тяжести).
2. Основные характеристики ботулизма (причины, мишень поражения ботулотоксина, критерии степени тяжести).
3. Отличительные признаки пищевого и раневого ботулизма.
4. Тактика ведения ПТИ и ботулизма
5. Эпидемиологические и этиологические особенности, патогенез холеры.
6. Неотложная терапия холеры.
7. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при холере. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

1. ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА

- а) является аэробом
- б) размножается в пищевых продуктах при отсутствии доступа воздуха
- в) может размножаться в организме человека
- г) может размножаться в воде
- д) размножается в пищевых продуктах при создании аэробных условий

2. БОТУЛОТОКСИН ДЕЙСТВУЕТ НА СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- а) двигательные нейроны коры головного мозга
- б) спинальные ганглии
- в) передние рога спинного мозга
- г) холинэргические синапсы ЦНС и парасимпатической нервной системы
- д) миелиновую оболочку мотонейронов головного и спинного мозга

3. ПРИ БОТУЛИЗМЕ:

- а) развитие патологического процесса связано с образованием токсина в пищеварительном тракте
- б) люди наиболее чувствительны к токсину серотипа С
- в) поражение нервной системы обусловлено действием токсина на клетки серого вещества головного и спинного мозга

- г) ботулинический токсин нарушает передачу нервных импульсов в холинэргических синапсах
- д) токсин обладает выраженным пирогенным действием и вызывает явление общей интоксикации

4. ВОЗБУДИТЕЛЬ БОТУЛИЗМА:

- а) иерсиния
- б) сальмонелла
- в) листерия
- г) клостридия
- д) вибрион

УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

5. ФАКТОРОМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ БОТУЛИЗМЕ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а) колбаса копченая
- б) икра кабачковая
- в) сыр
- г) рыба копченая
- д) грибы консервированные

6. ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ БОТУЛИЗМЕ:

- а) интоксикационный
- б) менингеальный
- в) диспептический
- г) паралитический
- д) миастенический

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

7. ПРИ БОТУЛИЗМЕ:

- а) источником инфекции является больной человек
- б) источником инфекции являются зараженные пищевые продукты
- в) резервуаром возбудителя являются животные
- г) характерна летняя сезонность заболевания
- д) заражение происходит чаще при употреблении консервов фабричного производства

8. ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОБУСЛОВЛЕН:

- а) поражением мотонейронов спинного мозга
- б) нарушением передачи импульсов на вставочных мотонейронах
- в) нарушением передачи импульсов на холинэргических синапсах
- г) повреждением миелиновой оболочки аксонов
- д) полирадикулоневритом

9. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ БОТУЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) неукротимая рвота
- б) першение в горле
- в) нечёткость зрения
- г) дизурия
- д) сопор

10. ОСОБЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ К БОТУЛОТОКСИНУ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) кора головного мозга
- б) мотонейроны спинного и продолговатого мозга
- в) периферические нервы

- г) серое вещество спинного мозга
- д) симпатические ганглии

ОТВЕТЫ:

1.Б 2.Г 3.Г 4.Г 5.В 6.Б 7.В 8.В 9.В 10.Б

4) Подготовить доклад на тему «Дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций бактериальной этиологии»

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Пищевые токсикоинфекции. Пищевые отравления [Электронный ресурс] / под ред. Н.Д. Ющука - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 160 с. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443194.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.
3. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.3: Вирусные гастроэнтериты.

Цель занятия: Способствовать формированию умений и знаний по вирусным гастроэнтеритам, определить особенности патогенеза и клиники ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной инфекций. Научить диагностике, дифференциальному диагнозу на догоспитальном и госпитальном этапах, тактике обследования и ведения больных в стационаре. Определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения за больными, перенесшими ОКИ.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной инфекций.
2. Рассмотреть профилактические и противоэпидемические мероприятия
3. Изучить критерии выписки и исходы вирусных гастроэнтеритов.
4. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с острыми кишечными инфекциями.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной инфекций.
2. Клинико-лабораторная характеристика синдромов гастроэнтерита, гастроэнтероколита, дегидратации.
3. Тактику обследования и ведения больного с синдромом диареи на догоспитальном этапе.
4. Принципы дифференциальной диагностики острых кишечных инфекций вирусной и бактериальной этиологии.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при ОКИ вирусной этиологии.
6. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения различных нозологий ОКИ.
8. Принципы терапии больных с ОКИ вирусной этиологии.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные, риск заражения острой кишечной вирусной инфекцией у данного больного.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для каждого заболевания особенностей.
3. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.
4. Наметить план обследования больного с учетом этиологии, формы заболевания и периода инфекционного процесса.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение с учетом этиологии, формы, периода заболевания, а также сопутствующей патологии. Выявить показания к хирургической тактике.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками активного раннего выявления инфекционных больных, изоляции, оказания неотложной помощи и воевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-анамнестическое обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов поражения ЖКТ (гастрит, энтерит, колит);
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
7. Проведением пероральной и внутривенной регидратации.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Укажите источники инфекции, факторы и пути передачи, их эпидемиологическую значимость.
2. Механизм развития осмотической диареи, уровни поражения ЖКТ.
3. Укажите основные клинические симптомы острых вирусных кишечных инфекций.
4. Назовите показатели тяжести при ОКИ.
5. Осложнения при ОКИ специфического и неспецифического характера.
6. Критерии проведения дифференциального диагноза вирусных и бактериальных ОКИ.
7. Принципы лечения острых кишечных инфекций вирусной этиологии.
8. Характеристика методов лабораторной диагностики.
9. Оральная и парентеральная регидратация, показания, этапы проведения, применяемые растворы.
10. Назовите методы специфической и неспецифической профилактики ОКИ.

2. Практическая работа.

Курация больного острой кишечной инфекцией

Цель: на примере осмотренного пациента с острой кишечной инфекцией научить аспирантов проводить дифференциальный диагноз острых кишечных инфекций вирусной и бактериальной этиологии.

1. После осмотра и клинического разбора больного продифференцировать заболевание пациента с вирусной кишечной инфекцией другой этиологии.
2. Назначить необходимые обследования для подтверждения или исключения у пациента ротавирусной инфекции (норовирусной, астровирусной и др.).
3. Продифференцировать данное заболевание с ОКИ бактериальной этиологии.
4. Сделать вывод по проведённому дифференциальному диагнозу.
5. Выбрать наиболее правильную терапию больного с учётом формы, степени тяжести, периода заболевания, развития осложнений с сопутствующей патологией.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вспомните, какая существует специфическая и неспецифическая профилактика заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Мальчик 15 лет заболел в школе: повторная рвота, повышение температуры тела до 38,3 гр., жидкий стул, водянистый с примесью слизи, обильный, желто-зеленого цвета с резким запахом, непереваренный. При поступлении в стационар (2-й день болезни): состояние средней степени тяжести, температура тела 35,8 гр., вялый, пьет неохотно. Кожа бледная, с мраморным оттенком, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая оболочка полости рта суховата, гиперемия небных дужек и задней стенки глотки. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке сердца, пульс 160 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный, урчит во всех отделах. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. За прошедшие сутки рвота была 8 раз, стул 14 раз. Позывы на дефекацию возникли внезапно, сопровождались урчанием в животе, заканчивались отхождением газов и водянистого стула. На 3 день болезни состояние улучшилось, появился аппетит, прекратилась рвота, стул до 5 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей, нормализовалась температура тела.

ОАК – Нв - 134 г/л, эр – $4,06 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц – $8,0 \cdot 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 39%, л – 50%, м – 6%, СОЭ – 6 мм/ч.

Вопросы:

1. Выделите синдромы.
2. Укажите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план обследования.
5. Составьте план лечения.

Эталон

1. Синдромы: гастрит (рвота 8 раз), энтерит (обильный желто-зеленый стул до 14 раз), катаральный (гиперемия небных дужек и задней стенки глотки), интоксикационно-воспалительный (повышение температуры тела до 38,3 гр.), дегидратации (кожа бледная, тургор тканей снижен, язык сухой, слизистая оболочка полости рта суховата).

2. Предварительный диагноз: Ротавирусная инфекция, гастроэнтерит, средняя степень тяжести. Дегидратация II степени.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить с ПТИ, сальмонеллезом, норовирусной инфекцией.

4. ОАМ, копрограмма, БАК (электролиты крови, КЩС, креатинин, мочевины). Исследование кала (РЛА) на антиген ротавирусной, норовирусной, энтеровирусной инфекции, исследование копрофильтрата (ПЦР) на РНК вируса, бактериальный посев кала на патогенную флору (сальмонеллез, шигеллез), ИФА сыворотки крови с целью обнаружения антител к ротавирусам.

5. При поступлении в стационар (2-й день болезни) - промывание желудка, парентеральная регидратация на 1 этапе в объеме 5% от массы тела (трисоль) в течение 2-4 часов с последующим

переходом на коррегирующую пероральную регидратацию (регидрон), энтеросорбенты (смекта), ферменты (панкреатин), пробиотики.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

В инфекционную больницу в течении суток поступило 18 учащихся ПТУ. У всех заболевание началось остро с тошноты, повторной рвоты, болей в эпигастральной области, частого водянистого жидкого стула. У 10 человек отмечалось падение АД, судороги мышц верхних и нижних конечностей, кратковременная потеря сознания. Все заболевшие ели в столовой училища творог со сметаной

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Эпидемиологические особенности данной инфекции.
4. Патогенез заболевания.
5. Дифференциальный диагноз.
6. План обследования
7. Как подтвердить диагноз?
8. Назначьте лечение.

Задача 2.

Фельдшер был вызван к больному, 37 лет. Больной жаловался на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Заболел накануне вечером, когда появились озноб, слабость, боли в животе, тошнота. Ночью была рвота съеденной пищей, а затем жидкий стул водянистый, до 10 раз за ночь, температура 38,5 °С, знобило, пытался промыть желудок. Накануне был в гостях вместе с женой. Ели салат, жена также жаловалась на недомогание, расстройство стула. Объективно: состояние средней тяжести, бледный, пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 100/70 мм.рт.ст., язык суховат. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии и околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул обильный, зловонный, темно-зеленого цвета, “болотная тина”, мочится.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Определите тактику фельдшера при лечении больного на дому.
4. Проведите дифференциальную диагностику с ротавирусной инфекцией, холерой.
5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с ротавирусным гастроэнтеритом.
- 2) Провести анализ историй болезни с норовирусной инфекцией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Механизмы развития диареи при вирусных кишечных инфекциях.
2. Виды дегидратации. Клинико-лабораторные критерии разных видов дегидратации.
3. Показания к специфической профилактике ротавирусной инфекции.
4. Неотложные состояния при вирусных диареях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

а) воздушно-капельный

- б) алиментарный
- в) трансмиссивный
- г) контактный
- д) водный

2. ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУЛА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) скудный
- б) обильный, водянистый
- в) пенистый, брызжущий
- г) с примесью слизи и крови
- д) без патологических примесей

3. СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) интоксикационный
- б) гастроэнтеритический
- в) дегидратационный
- г) артритический
- д) катаральный

4. СИМПТОМЫ ДЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЯХ:

- а) жажда, сухость во рту
- б) снижение диуреза
- в) гипотония
- г) повышение температуры тела
- д) тахикардия

5. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- а) диетотерапия
- б) вакциноterapia
- в) регидратационная терапия
- г) антибиотикотерапия
- д) биопрепараты

Ответы: 1-а,б,г,д 2-б,в 3-а,б,в,д 4 –а,б,в,д 5-а,в,д

4) Решить ситуационную задачу

Больной Д., 65 лет, обратился в поликлинику с жалобами на водянистый жидкий стул до 10-12 раз в сутки, резкие позывы к дефекации в ночное время, дискомфорт в нижних и боковых отделах живота. Объективно: избыточного питания, при пальпации живота определяется плеск и урчание поперечно-ободочной кишки, сигмовидной кишки, температура тела 36,3 С.

Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз.
- 2.Какое обследование необходимо провести
- 3.Решите вопрос о трудоспособности больного
- 4.План ведения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и до.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.4: Гельминтозы.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по гельминтозам, рассмотреть особенности патогенеза и клиники основных паразитарных заболеваний, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при различных гельминтозах.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клинических проявлений нематодозов, цестодозов, трематодозов.
2. Рассмотреть профилактические и противоэпидемические мероприятия
3. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами
4. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с аскаридозом, токсокарозом, трихоцефалезом, трихинеллезом, дифиллоботриозом, тениозом, тениаринхозом, эхинококкозом, описторхозом, клонорхозом, фасциолезом.

Аспирант должен знать:

1. Современные достижения в изучении гельминтозов;
2. Этиологию и свойства возбудителей; эпидемиологию изучаемых инфекции; основные звенья патогенеза;
3. Классификацию; клиническую картину;
4. Заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики;
5. Принципы терапии данного заболевания;
6. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики гельминтозов.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные, риск заражения гельминтозом у данного больного.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для каждого заболевания особенностей.
3. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.
4. Назначить обследование и оценить его результаты.
5. Назначить лечение с учетом этиологии, формы, периода заболевания, а также сопутствующей патологии. Выявить показания к хирургической тактике.
6. Написать эпикриз с указанием данных клинико-лабораторных исследований, на основании которых был поставлен диагноз проведенного лечения, динамики болезни, объективных данных на момент выписки и рекомендации.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками активного раннего выявления инфекционных больных, изоляции и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamнестического обследования больного с гельминтозом;
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.;
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов копрологических, бактериологических, серологических исследований;
7. Проведением дегельминтизации.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Достижения медицинской науки в изучении гельминтозов.
2. Свойства паразитозов.
3. Гельминтозы. Основные черты эпидемиологии.
4. Общие клинические закономерности гельминтозов.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при гельминтозах.
6. Клинические проявления основных часто встречаемых гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз,

трихинеллёз, дифиллоботриоз, тениоз, тениаринхоз, гименолепидоз, альвеококкоз, эхинококкоз, токсоплазмоз, описторхоз, клонорхоз, фасциолез, шистосомоз, филяриотоз). Современная классификация.

7. Принципы диагностики и лечения гельминтозов.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение за больными гельминтозами.
9. Профилактику гельминтозов.

2. Практическая работа.

Курация больного с гельминтозом

Цель: на примере осмотренного пациента с гельминтозом научить аспирантов проводить дифференциальный диагноз паразитарных заболеваний с острыми и хроническими кишечными инфекциями, а также с заболеваниями терапевтического и хирургического профиля.

1. После осмотра и клинического разбора больного продифференцировать заболевание пациента с другими гельминтозами.
2. Назначить необходимые обследования для подтверждения или исключения у пациента гельминтной инфекции.
3. Продифференцировать данное заболевание с неинфекционными состояниями (терапевтическими, хирургическими и т.д.).
4. Сделать вывод по проведённому дифференциальному диагнозу.
5. Выбрать наиболее правильную терапию больного с учётом формы, степени тяжести, периода заболевания, развития осложнений с сопутствующей патологией.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведённого диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вспомните, какая существует специфическая и неспецифическая профилактика заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больная К., 50 лет, поступила в инфекционную больницу с жалобами на кашель с выделением слизистой мокроты, периодические боли в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, повышение температуры до 37,5°C, слабость, недомогание. Заболела остро 2 дня назад, когда повысилась температура до 37,2°C, появился сухой кашель. Обращалась к участковому терапевту, был поставлен диагноз «ОРЗ», лечилась амбулаторно симптоматическими средствами. Через 2 дня состояние ухудшилось, сохранялась субфебрильная температура, кашель стал влажным с выделением слизистой мокроты, появились боли в грудной клетке, одышка при физической нагрузке. Направлена в инфекционный стационар с диагнозом "Пневмония".

Эпид. анамнез: живет в деревне, в частном доме, имеет свой приусадебный участок, правила личной гигиены соблюдает не всегда. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, больная в сознании, вялая. Кожные покровы физиологической окраски, на разгибательных поверхностях предплечий мелкие уртикарные зудящие элементы. Периферические лимфоузлы (переднейшейные, надключичные, подмышечные) увеличены до 1,5 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, безболезненные при пальпации. В легких дыхание жесткое, множественные сухие и влажные хрипы, ЧД - 22 в минуту. При

перкуссии легких - очаги притупления легочного звука с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации. Печень у края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул коричневый, полуоформленный, 1-2 раза в сутки, без патологических примесей. Моча светло-желтая, диурез обычный.

В ОАК: лейкоциты - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 50%, эозинофилы - 24%, лимфоциты - 25%, СОЭ - 10 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки: справа и слева по всем легочным полям определяется множество инфильтратов размерами от 2 до 5 см. Корни структурны.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. План лечения больной.
6. Какие осложнения данного заболевания возможны?
7. Профилактические мероприятия.

Эталон

1. Острый описторхоз, средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, особенностей эпид. анамнеза (употребление в пищу вяленой рыбы из Сибири), развитие интоксикационно-воспалительного синдрома (фебрильная лихорадка, недомогание, слабость, приглушение сердечных тонов, тахикардия, в крови - лейкоцитоз, повышение СОЭ), гепатомегалии, сопровождающейся болью в правом подреберье и синдромом желтухи (иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, потемнение мочи), поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, боли в эпигастрии, кашицеобразный стул 2-3 раза в день), аллергических реакций (пятнисто-папулезная, зудящая экзантема, эозинофилия).
3. Заражение больной произошло при употреблении вяленой рыбы.
4. Дифференциальная диагностика проводится с вирусными гепатитами, псевдотуберкулезом и иерсиниозом, сальмонеллезом, тифопаратифозными заболеваниями, трихинеллезом и другими гельминтозами, гепатохолангитами и холециститами другой этиологии.
5. План обследования больной: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (билирубин, ферменты), копрограмма, кал на яйца глист, бактериологический посев кала, дуоденальное зондирование с исследованием желчи на яйца описторхисов, серологическое исследование крови методом ИФА на описторхоз, УЗИ органов брюшной полости.
6. Специфическое лечение описторхоза: празиквантель в дозе 75 мг/кг, после еды, в 3 приема, в течение 1 суток.
7. Профилактика заболевания: запрещение употребления сырой или полусырой рыбы, санитарный надзор за приготовлением рыбных продуктов (термическая обработка, замораживание, копчение и соление в соответствии с рекомендациями), защита водоемов от фекального загрязнения.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной М, 20 лет, студент. Поступил в инфекционное отделение 29.10 с жалобами на боли в мышцах верхних и нижних конечностей, высокую температуру, общую слабость, жажду, отеки век по утрам. Заболел 23.10, когда появились общая слабость, боли в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе, боли в языке. 25.10 заметил на туловище крупно- и мелкопятнистую сыпь, отеки век и лица.

Находился в геологической экспедиции в Кузбассе, где с 26.09 по 31.09 употреблял сырокопченое мясо медведя. Спустя 10-15 дней из участников экспедиции заболели 8 человек, употреблявших этот продукт.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 38,90С. Пастозность мышц верхних конечностей. Кисти рук отечны, болезненная пальпация тенора и гипотенора, болезненность и

отечность икроножных мышц.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Эпидемиологические особенности данной инфекции.
4. Патогенез данной формы заболевания.
5. План дальнейшего обследования.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение больной.
8. Эпидемиологическая классификация гельминтозов.

Задача 2.

Больная Д., 17 лет, школьница. Поступила в стационар 10 ноября с жалобами на слабость, головокружение, периодические небольшие боли в животе, тошноту, слюнотечение, скрежет зубов по ночам, неустойчивый стул, высыпания типа крапивницы. Больна в течение 3-х месяцев. Общее состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледная. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в околопупочной области, стул кашицеобразный, без примесей.

Летние каникулы провела в деревне, правила гигиены не соблюдала. Ела невымытые овощи со своего огорода, удобряемого из туалета надворного типа.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Эпидемиологические особенности данной инфекции.
4. Патогенез данной формы заболевания.
5. План дальнейшего обследования.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение больной.
8. Диспансерное наблюдение.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с дифиллоботриозом.
- 2) Провести анализ историй болезни с трихинеллезом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные паразитологические особенности различных классов гельминтов?
2. Расскажите об эпидемиологии, патогенезе кишечных гельминтозов: аскаридоза, тениоза, тениаринхоза, энтеробиоза, диффилоботриоза.
3. Опишите механизмы и стадии развития часто встречаемых гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз, дифиллоботриоз, тениоз, тениаринхоз, альвеококкоз, эхинококкоз, токсоплазмоз, трихинеллез, описторхоз).
4. Какова современная классификация гельминтозов.
5. Объясните механизмы воздействия гельминтов на организм человека.
6. Опишите клиническую характеристику острой, латентной, хронической фазы инвазии при аскаридозе, энтеробиозе, дифиллоботриозе, тениозе, тениаринхозе, альвеококкозе, эхинококкозе, токсоплазмозе, трихинеллезе, описторхозе.
7. Каковы неблагоприятные исходы гельминтозов, осложнения.
8. Опишите диагностику гельминтозов.
9. Дайте характеристику профилактических и противоэпидемических мероприятий при различных гельминтозах.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К природно-очаговым гельминтозам относят:

- А) описторхоз
- Б) аскаридоз
- В) Энтеробиоз
- Г) тениоз
- Д) тениаринхоз

2. Для диагностики гельминтозов не используют:

- А) копроовоскопия
- Б) УЗИ
- В) рентгенография легких
- Г) ИФА
- Д) бактериологический посев крови

3. Для дегельминтизации энтеробиоза применяют:

- А) хлорсил
- Б) фенасал
- В) фгалазол
- Г) немозол
- Д) фуразолидон

4. Для хронической стадии описторхоза характерно

- А) Боли в правом подреберье
- Б) диспептические явления
- В) увеличение печени
- Г) болезненность в области поджелудочной железы
- Д) гиперэозинофилия

5. Для острой стадии гельминтозов характерна:

- А) лейкоцитоз
- Б) эозинофилия
- В) лихорадка
- Г) зудящая сыпь на коже
- Д) анэозинофилия

6. К биогельминтозам относится:

- А) описторхоз
- Б) трихинеллез
- В) тениоз
- Г) тениаринхоз
- Д) энтеробиоз

7. Человек заражается трихинеллезом при употреблении в пищу:

- А) фруктов и овощей
- Б) молока
- В) недостаточно термически обработанного мяса медведей
- Г) недостаточно термически обработанной рыбы
- Д) при контакте с больным человеком

8. Для острой стадии аскаридоза не характерно:

- А) лихорадка

- Б) поражение легких
- В) экзантема
- Г) кожный зуд
- Д) желтуха

9. Для лечения описторхоза применяют празиквантель в курсовой дозе:

- А) 25 мг/кг
- Б) 45 мг/кг
- В) 30 мг/кг
- Г) 60 мг/кг
- Д) 100 мг/кг

10. Для острой стадии токсокароза характерно:

- А) лихорадка
- Б) поражение легких
- В) кожный зуд
- Г) экзантема
- Д) развитие аппендицита

Эталоны ответов:

1А. 2.Д. 3Г. 4.В. 5.Б. 6.Д. 7.В. 8.Д. 9.Г. 10.Б.

4) Решить ситуационную задачу

Пациентка Д., 25 лет, жалоб не предъявляет, направлена на консультацию к инфекционисту в связи с положительным результатом исследования соскоба на энтеробиоз в ходе проведения периодического медицинского осмотра работников. Из анамнеза: работает в фитнес-тренером и лаборантом кафедры физкультуры в университете. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Правильного телосложения, достаточного питания, пальпация живота безболезненная, печень – у края ребра по срединной линии, б/б. Селезенка не увеличена. Стул со слов не нарушен, регулярный. Мочеиспускание свободное. Вопросы:

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Возможные пути и факторы передачи у данного пациента.
- 3.Необходимость противоэпидемических мероприятий
- 4.Тактика ведения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Клиническая паразитология: протозоозы и гельминтозы (руководство для врачей) / А. К. Токмаев, Г. М. Кожевникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: МИА, 2017. - 392 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.5: Брюшной тиф.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по брюшному тифу и паратифам, рассмотреть особенности патогенеза и клиники тифо-паратифозных заболеваний, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при брюшном тифе, диспансерное

наблюдение.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений брюшного тифа, паратифов А и В.
2. Рассмотреть профилактические и противоэпидемические мероприятия.
3. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
4. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с брюшным тифом.

Аспирант должен знать:

1. Современные особенности эпидемиологического процесса и клинических проявлений при брюшном тифе в России.
2. Основные патогенетические механизмы развития брюшного тифа.
3. Клиническую картину заболевания, классификацию.
4. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза брюшного тифа.
5. Принципы лечения больных брюшным тифом.
6. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
7. Профилактику брюшного тифа.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Соблюдать основные правила поведения у постели высоко лихорадящих больных.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для каждого заболевания особенностей.
3. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.
4. Наметить план обследования больного с учетом периода инфекционного процесса.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение. Выявить показания к хирургической тактике.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками активного раннего выявления больных брюшнотифозными заболеваниями, изоляции, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-анамнестическое обследованием больного с брюшным тифом (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности основных синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
7. Навыками комплексного лечения больных с брюшным тифом и паратифами А и В.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Современные достижения в изучении тифо-паратифозных заболеваний;
2. Этиология и свойства возбудителя; эпидемиология изучаемой инфекции.
3. Основные звенья патогенеза;
4. Классификация брюшного тифа; клиническая картина тифо –паратифозных заболеваний;
5. Заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики: сыпной тиф, малярия, бруцеллез, сепсис, лептоспироз, пневмония;
6. Принципы терапии данного заболевания;
7. Противоэпидемические мероприятия и профилактика данной инфекции

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.

3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вспомните, какая существует специфическая и неспецифическая профилактика заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача.

Больной А. 35 лет. Заболевание началось с повышения температуры до 37,5°C, головной болью, снижения аппетита. В последующие дни температура по утрам - субфебрильная, вечером - выше 38°C, сохранялась головная боль, ухудшился сон, появилась вялость. Принимал аспирин без эффекта. На 8-й день болезни, вызванный врач заметил на коже сыпь и с диагнозом: "ОРЗ, аллергическая сыпь" больного направили в стационар.

В приемном покое: состояние средней тяжести, температура - 38,7°C. Больной вялый и адинамичный. Лицо бледное. Язык влажный, густо обложен белым налетом, края и кончик - чистые. Зев спокойный. На коже живота - 4 розеола. Пульс ритмичный, 84 удара в минуту. Тоны сердца приглушены, АД 115/65 мм.рт.ст. В легких единичные сухие хрипы с обеих сторон, при перкуссии приглушений нет. Живот несколько вздут, безболезненный, в илеоцекальной области небольшая чувствительность и урчание при пальпации, симптом Падалки (+). Печень и селезенка незначительно увеличены.

На 17-й день болезни больной предъявил жалобы на умеренные боли в животе, резкую слабость, сердцебиение. Вызван на консультацию хирург.

При осмотре - состояние больного тяжелое, заторможен, бледный, температура 39,8°C, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, густо обложен коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, здесь же - локальный мышечный дефанс. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Стула не было в течение 3 дней. Больной оставлен в отделении. К вечеру состояние резко ухудшилось, температура 40°C, боли в животе усилились, появились отчетливые положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Воскресенского, Менделя, выраженная мышечная защита. Переведен в хирургическое отделение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз?
2. Эпид. мероприятия в очаге?
3. План обследования больного?
4. Лечение: препараты, длительность их применения?
5. Чем объяснить изменения в состоянии больного?
6. Тактика дальнейшего ведения больного.

Эталон

1. Клинический диагноз: брюшной тиф средней степени тяжести.
(После 17 дня - развилось осложнение перфорация брюшнотифозной язвы)
Обоснование диагноза:

Диагноз брюшного тифа выставлен на основании постепенного начала заболевания; длительной лихорадки, сопровождающейся головной болью, сухостью слизистых, относительной брадикардией и умеренной гипотонией. Характерная необильная, розеолезная сыпь, которая появилась на 8-ой день болезни на коже груди, живота. Также у больного выявлялась гепатоспленомегалия. На 17-ой день болезни - развилось осложнение перфорация брюшнотифозной язвы. Развитие осложнения свидетельствует о тяжести состояния.

2. Диагностика.

ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ.

Для подтверждения диагноза необходимо провести серологическое обследование на 5-7 день болезни, реакция Видаля с брюшнотифозным диагностикумом.

Необходимо исключить заболевания, протекающие с высокой и длительной лихорадкой. Для этого проводится реакция Видаля с брюшнотифозным диагностикумом, микроскопия толстой капли крови (для исключения малярии), бак. посев крови.

3. Лечение:

Строгий постельный режим (Весь лихорадочный период + 10 дней нормальной температуры, с постепенным его расширением.)

Стол №4 (щадящая молочно-растительная диета).

Этиотропная терапия: левомицетин по 0,5 г - 4 р/с (2г), или ампициллин 1 г - 4 р/с. весь лихорадочный период и 4-5 дня нормальной температуры.

Патогенетическая терапия:

- Дезинтоксикация (гемодез 400 мл № 3, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, раствор хлорида натрия 0,89% 200-400 мл.).

- Антиоксиданты: токоферол, аевит.

4. После 17 дня обследование: обзорная рентгенография брюшной полости (воздух в виде серпа под диафрагмой), в ОАК - лейкоцитоз, повышение СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево, консультация хирурга.

Оперативное лечение: ревизия брюшной полости, ушивание язвы или

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная С., 40 лет, находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. Все дни температура была повышенной (38-38,50С). Жаловалась на слабость, головную боль, кашель с мокротой. На 16-й день болезни состояние резко ухудшилось. Тахикардия, лицо очень бледное, цианоз губ. Выражена тошнота. Живот вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Пульс 98 ударов в минуту, мягкий, удовлетворительного наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Стул обильный, жидкий, черного цвета. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Эпидемиологические особенности данной инфекции.
4. Патогенез данной формы заболевания.
5. План дальнейшего обследования.
6. Дифференциальный диагноз.
7. Лечение больной.
8. Классификация данной инфекции?

Задача 2.

Больной М, 24 лет, поступил в клинику на 7-й день заболевания. Беспокоили недомогание, умеренная головная боль, плохой сон, высокая температура. В отделении состояние постепенно ухудшается: держится температура, нарастают явления интоксикации (бледность, вялость, апатия, заторможенность, оглушенность, анорексия). Розелезно-папулезная сыпь на коже живота и пояс-

нице. Брадикардия, дикротя пульса, гипотония, глухие тоны сердца. Язык обложен светло-коричневым налетом, сухой, кайма очищена. Выраженный метиоризм, болезненность в илеоцекальной области, положительный симптом Падалки. Печень и селезенка увеличены. На 22-й день болезни резкое ухудшение состояния, дважды была рвота, появились сильные боли в животе. Перкуторно укорочение тона в правой подвздошной области, слабо выражены перитонеальные явления.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какое развилось осложнение?
4. Проведите неотложные мероприятия.
5. Патогенез данной формы заболевания.

4. Задания для групповой работы

Провести анализ историй болезни с брюшным тифом.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Механизмы развития осложнений при брюшном тифе.
2. Патоморфологические изменения в кишечнике.
3. Специфическая диагностика по периодам заболевания.
4. Проведите дифференциальный диагноз брюшного тифа с сыпным тифом, псевдотуберкулезом, генерализованной формой сальмонеллеза, сепсисом.
5. Диспансерное наблюдение после перенесенных брюшнотифозных заболеваний.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Возбудитель брюшного тифа способен размножаться
 - а) в овощах при хранении
 - б) в герметизированных домашних консервах
 - в) в молоке
 - г) в негерметизированных домашних консервах
 - д) в слабоалкогольных напитках
2. Источник инфекции при брюшном тифе
 - а) птицы
 - б) животные
 - в) клещи
 - г) человек
 - д) комары
3. Наиболее частым источником инфекции при спорадической заболеваемости брюшным тифом является
 - а) загрязнённый фекалиями источник питьевого водоснабжения
 - б) острый бактериовыделитель палочки брюшного тифа
 - в) хронический бактериовыделитель палочки брюшного тифа
 - г) реконвалесцент после брюшного тифа
 - д) больной брюшным тифом в разгар заболевания
4. **УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ**
Возбудитель брюшного тифа
 - а) *Salmonella typhimurium*
 - б) грамотрицателен

- в) имеет жгутики
- в) растёт на средах, содержащих желчь
- д) имеет Н-, О- и Vi- антигены

5. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

Возбудитель брюшного тифа

- а) растёт на средах, содержащих желчь
- б) имеет Н- антиген
- в) устойчив в окружающей среде
- г) грамположителен
- д) подвижен

6. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

Для брюшного тифа характерна

- а) бледность кожных покровов
- в) розеолезная экзантема
- в) гепатоспленомегалия
- г) тахикардия
- д) артериальная гипотензия

7. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

Ранними клиническими симптомами брюшного тифа является

- а) лихорадка
- б) розеолезная сыпь
- в) головная боль
- г) обложенность языка
- д) с-м Падалки

8. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

Для брюшного тифа в разгаре болезни характерны

- а) анорексия
- б) относительная брадикардия
- в) розеолезная сыпь
- г) симптом Пастернацкого
- д) бессонница

9. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

Возбудитель брюшного тифа

- а) устойчив во внешней среде
- б) имеет О-антиген
- в) выращивается в культуре ткани
- г) при 100 С гибнет мгновенно
- д) легко убивается дезинфицирующими средствами

Ответы: 1в 2г 3в 4а 5г 6г 7б 8г 9в

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней в 2-х т./ Под ред.Н.И.Брико, Г.Г.Онищенко, В.И.Покровский - М.:МИА, 2018. – 1648 с.
3. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>

4. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.6: Вирусные гепатиты А и Е.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по вирусным гепатитам с фекально-оральным механизмом передачи, рассмотреть особенности патогенеза и клиники ВГА и ВГЕ, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при вирусных гепатитах.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений вирусных гепатитов А и Е.
2. Рассмотреть основные клинические формы инфекций.
3. Обозначить профилактические и противоэпидемические мероприятия
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с вирусными гепатитами А и Е.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей ВГА и Е.
2. Эпидемиологические особенности ВГЕ в зависимости от генотипов возбудителя.
3. Клинико-лабораторная характеристика основных синдромов.
4. Принципы дифференциальной диагностики вирусных гепатитов.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов.
6. Клиническую картину заболеваний, классификацию.
7. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения вирусных инфекций.
8. Принципы терапии больных с вирусными гепатитами.
9. Профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать эпидемиологический анамнез у больного с вирусным гепатитом
2. Провести клиническое обследование у больного с подозрением на вирусные гепатиты.
3. Выявить и описать клинические синдромы.
4. Назначить лабораторное обследование (серологические методы, биохимические, инструментальные).
5. Поставить предварительный диагноз
6. Провести дифференциальную диагностику.
7. Уметь дифференцировать вирусные гепатиты разной этиологии с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
8. Сформулировать окончательный диагноз. Выявить осложнения.
9. Провести лечение больных с вирусными гепатитами А и Е (с учетом формы болезни и наличия осложнений).
10. Составить план диспансерного наблюдения. Возможность преемственного лечения: больница – КИЗ. Организовать необходимые мероприятия в очаге.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных вирусными гепатитами А и Е, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.

3. Клинико-anamnestическим обследованием больного с вирусными гепатитами (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов биохимических, серологических исследований;
7. Проведением комплексной терапии.
8. Навыками отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиологические особенности возбудителей вирусного гепатита А и Е.
2. Современные эпидемиологические черты гепатита А и Е.
3. Обмен билирубина в норме в организме человека.
3. Основные фазы патогенеза гепатитов.
4. Клинические формы и варианты продромального периода гепатита А и Е.
5. Специфическая диагностика.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Современные методы лечения.
8. Критерии выписки и диспансерное наблюдение.
9. Профилактические и противоэпидемические.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной М., 35 лет, БОМЖ, поступил в больницу на 8-й день болезни с жалобами на слабость, раздражительность, поверхностный ночной сон, отсутствие аппетита, тошноту, тупые боли в правом подреберье, желтуху кожи и склер, темную мочу и светлый стул. Заболел остро, когда появились лихорадка до 38,5°C (3 дня), незначительный насморк (2 дня), слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, тяжесть в области печени. На 7-й день болезни появились желтуха кожи и склер, темная моча и светлый стул; самочувствие при этом не изменилось. На 8-й день болезни больной стал раздражительным, ухудшился ночной сон.

Из анамнеза: ранее «желтухой» не болел, многие годы курит и злоупотребляет алкоголем, правила личной гигиены не соблюдает, среди «товарищей» недавно были случаи «желтухи»; половые связи без предохранения и парентеральные вмешательства в течение последних 6 мес. отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. Вес 60 кг. Кожа и слизистые ярко желтушны, на руках и ногах – мелкоточечная геморрагическая сыпь. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. Пульс = ЧСС = 60 уд/мин. АД 110/60 мм Нг. Язык влажный, обложен налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 5,0 см выступает из-под края ребра по правой среднеключичной линии, край уплотнен, чувствителен. Селезенка – пальпируется нижний полюс. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Моча насыщенно темная, диурез снижен (500 мл/сут.), кал светлый.

Во время госпитализации больной нарушал режим: выходил из палаты, курил, принимал не все медикаменты. Через 3 дня после госпитализации состояние пациента ухудшилось: выросла слабость, инверсия сна (ночью – бессонница, кошмарные сновидения, днем – сонливость), полностью пропал аппетит, усилилась тошнота, была 1-кратная рвота, появилась лихорадка до 38,5°C. Однако, больной стал активнее, много говорит, отказывается от лечения, пытается встать с постели, - эйфория.

Объективно: состояние – очень тяжелое. Желтуха выросла. Геморрагических элементов стало больше, десны кровоточат, периодически – носовые кровотечения. Из рта – «печеночный запах». Печень сократилась на 3 см.

ОАК: Нб 130 г/л, эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9, тром. $150 \times 10^9/л$, лей. $10,7 \times 10^9/л$, пал. 8%, сег. 82%, оз. 1%, лим. 7%, мон. 2%, СОЭ 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общ. билирубин - 545 мкмоль/л (прямой 145 мкмоль/л, непрямой 400 мкмоль/л), АЛАТ 202 ЕД/л, АсАТ 313 ЕД/л, тимоловая проба 31 ЕД S-Н, ПИ 41%, общ. белок 55 г/л, альбумины 40%, глобулины 60%, ЩФ 374 ЕД/л, ГГТП 81 ЕД/л.

3. Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Как подтвердить этиологию заболевания?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение данного пациента.
6. Имеются ли показания для назначения глюкокортикостероидов? Обоснуйте.
7. Какое осложнение развилось в данном случае? Дайте его определение (по ВОЗ).
8. Основные причины гибели больных при таком осложнении.
9. Критерии полного выздоровления, затяжной реконвалесценции и затяжного течения при данной инфекции. Встречаются ли хронические формы заболевания?
10. Профилактика заболевания.

Эталон

1. Клинический диагноз «Вирусный гепатит А, желтушная форма, тяжелой степени тяжести. ОПЭ, I стадия».
2. Обоснование: диагноз поставлен на основании эпид.анамнеза (ранее «желтухой» не болела, правила личной гигиены не соблюдает, среди «товарищей» недавно были случаи «желтухи»), клиники (острое начало, короткий – 6 дней – продромальный период по смешанному типу с гриппоподобными и диспепсическими явлениями, синдромы: тяжелой печеночной интоксикации с нарушением функций ЦНС и развитием геморрагий, выраженной желтухи, гепато-, спленомегалии, цитолиза, мезенхимального воспаления, глубокой печеночно-клеточной недостаточности, внутрипеченочного холестаза). В пользу ОПЭ также говорит динамика болезни: увеличение печеночной интоксикации, появление субфебрилитета, нарастание желтухи и геморрагий, уменьшение размеров печени, ОАК (лейкоцитоз с сдвигом влево и ускорением СОЭ), биохимия крови (гипербилирубинемия за счет не прямой фракции, высокая тимоловая проба, глубокая гепатодепрессия).
3. Этиологию заболевания можно подтвердить обнаружением в крови маркеров гепатита А – анти-НАV IgM (ИФА), НАV RNA (ПЦР).
4. Дифференциальный диагноз – с другими заболеваниями, протекающими с тяжелым поражением печени – вирусные гепатиты (В, D, E), лептоспироз, токсические гепатопатии (алкоголь, лекарства, грибы и др.).
5. Лечение:

- а) проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии
 - б) режим строгий постельный, диета №5а (35-40 г. белка, 80 г. жиров, 200 г. углеводов в сутки)
 - в) высокие очистительные клизмы (1-2 раза в сутки)
 - г) лактулоза (по 30-45 мл х 4-6 раз в сутки per os или через зонд)
 - д) ципрофлоксацин (0,5 г. х 2-4 раза в сутки per os или через зонд)
 - е) инфузионная терапия – до 1,8 л/сут. (глюкоза 5% - 400,0 мл + инсулин 4 ЕД + витамин С 5% - 4,0 мл + кокарбоксилаза 100 мг + КСl 4% - 15,0 мл; глюкоза 5% - 400,0 мл + инсулин 4 ЕД + панангин 10% - 10,0 мл; физ. раствор 0,9% - 200,0 мл + эуфиллин 2,4% - 10,0 мл + кальция глюконат 10% - 5,0 мл; гемодез 200,0 мл; реополиглюкин 200,0 мл; альбумин 10% - 200,0 мл) с контролем диуреза
 - ж) лазикс (40-80 мг/сут.) с последующим переходом на верошпирон (100-200 мг/сут.), маннитол (10% - 200,0 мл)
 - з) контрикал 80 тыс. ЕД (на физ. растворе); витамин Е 30% - 1,0 мл (в/м)
 - и) при психомоторном возбуждении – натрия оксибутират (20% - 10,0 мл)
 - к) глутаминовая кислота (1% - 20-50 мл в сутки в/в), гепа-мерц (в 1-й этап - 7 в/в вливаний по 40 г/сут., 2-й - прием внутрь 6 г 3 раза в сутки 14 дней)
 - л) фибриноген 3-4 г/сут., дицинон 2,0 х 3 р./сут. в/м, СЗП 200,0 мл в/в
 - м) преднизолон (до 5 мг/кг)
 - н) гепа-мерц 40 г/сут в/в кап с переходом на пероральный прием 6г 3 раза в сут 7 дней.
6. Глюкокортикоиды показаны при появлении признаков отека головного мозга.
 7. У больного развилась острая печеночная энцефалопатия, под которой (согласно ВОЗ) понимают потенциально обратимое расстройство функции ЦНС, возникающее в связи с тяжелым диффузным поражением печени.
 8. Непосредственными причинами смерти при ОПЭ являются: отек-набухание головного мозга (40-60%), ДВС-синдром с массивными кровотечениями (20-30%), ОПН (5-15%), ИТШ (5-15%).
 9. Полное клиническое выздоровление при гепатите А характеризуется полной нормализацией функционального состояния печени к моменту выписки (до 30-го дня болезни). При затяжной реконвалесценции – незначительная гиперферментемия (показатели АлАТ превышают норму не более, чем в 2-3 раза), небольшое увеличение размеров печени (край печени выступает из-под реберной дуги на 1-2 см), явления диспротеинемии в сроки 1-3 мес. от начала заболевания. При затяжном гепатите указанные выше клинико-биохимические изменения сохраняются 3-6 мес. от начала болезни.
 10. Основными профилактическими мероприятиями при гепатите А являются санитарно-гигиенические, направленные на разрыв механизма передачи возбудителя. Важное значение имеет соблюдение правил личной гигиены. Ранняя диагностика больных гепатитом А в преджелтушном периоде, основанная на выявлении гепатомегалии и повышении активности АлАТ, способствует предотвращению заражения окружающих. Инфицированные лица изолируются на 28 дней от начала болезни. За контактными устанавливается наблюдение в течение 35 дней. Контактным лицам в течение первых 14 дней после возможного заражения показана иммуноглобулинопрофилактика (пассивная иммунизация). Для этих целей внутримышечно вводят 1,5 мл 10% нормального человеческого иммуноглобулина. Для создания активного иммунитета против гепатита А применяют живые и инактивированные вакцины, которые вводят двукратно в/м с интервалом 1 мес. Защитный иммунитет сохраняется до 10 лет.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной А., 12 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко – лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания “желтухой” одноклассника. Со слов больного в крови нашли какие-то изменения, что и послужило основанием для направления в стационар. При тщательном опросе выяснилось, что до обследования в течении 7-8 дней мальчик чувствовал себя неважно, была слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, один раз рвота. Из-за плохого самочувствия перестал играть в футбол. В школу

ходил. Температуру не измерял и не ощущал. Темной мочи и изменения окраски не видел, желтухи окружающие и родители не видели. При объективном обследовании состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс 72 удара в минуту ритмичный. Печень средней плотности, на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка у края ребер. Моча и кал нормальной окраски.

1. Какое лабораторное исследование, проведенное в школе, позволило госпитализировать ребёнка?
2. Какие методы лабораторного исследования необходимо провести для окончательного решения диагноза?
3. Как следует сформулировать и обосновать диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Диспансерное наблюдение.
6. Специфическая профилактика.

Задача № 2.

Больная К., 39 лет, поступила в инфекционную больницу 02.02. с жалобами на слабость, желтуху склер и кожи, темную мочу, посветление стула.

Эпиданамнез. Правила личной гигиены обычно соблюдает. Воду пьет кипяченую. За последние 6 месяцев стоматолога и гинеколога не посещала, оперативных вмешательств и инъекций не было. В течение года из Кирова никуда не уезжала. Домашних животных нет.

Анамнез болезни. 22.01. почувствовала слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту. 01.02.2016 г. обратила внимание на светлый стул. Окружающие заметили иктеричность склер. Обратилась к терапевту, который направил в инфекционную больницу.

Анамнез жизни. Работает кондуктором в автобусе. Живет в благоустроенной квартире с мужем и сыном. Хронических заболеваний нет.

Объективно: склеры и кожные покровы иктеричные, сыпи и кожного зуда нет. Печень + 1,5 см по правой среднеключичной линии, край эластичный, чувствительный.

ОАК: НЬ-133 г/л, Эр-4,3х10¹² /л, L-3,9х10⁹ /л: П-1%, С-49%, Э-1%, Л-41%, М-9%. СОЭ-14 мм/ч.

БАК: Билирубин-110 мкм/л (прямой-67), АЛТ-1940 ЕД, АСТ-1460 ЕД, ЩФ- 401 ЕД/л, ГГТП-111 МЕ/л, ПИ-75%, общий белок – 69 г/л (альбумины-47%, глобулины-53%), тимоловая проба – 10 ЕД.

УЗИ печени: Гепатомегалия, умеренные диффузные изменения печени.

ОАМ: цвет-оранжевый, прозрачный, рН – кислый, отн.плотность-1,020, белок-нет, L-2 в п/з, билирубин+, уробилин+.

ИФА: антиHAV IgM отриц., HBsAg отриц., антиHBs полож. (34 МЕ/мл), HBeAg отриц., антиHBe отриц., антиHBs_{core} сум. отриц., антиHCV сум. отриц.. антиHEV IgM полож

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Выделите синдромы?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие изменения имеются в общем анализе крови? План дальнейшего обследования.
5. Назначьте лечение.
6. Чем обусловлены возможные рецидивы заболевания?
7. Исходы, критерии выписки.
8. Диспансерное наблюдение.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с ВГА
- 2) Провести анализ историй болезни с ВГЕ

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эпидемиологические особенности вирусного гепатита А и Е.
2. Исходы заболеваний.
3. Диагностика, дифференциальный диагноз.
4. Патогенез осложнения.
5. Базисная терапия вирусных гепатитов.
6. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

1. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВГЕ

- А) водный
- Б) парентеральный
- В) половой
- Г) через укус комаром
- Д) воздушно-пылевой

2. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА Е МОГУТ БЫТЬ

- А) люди
- Б) свиньи
- В) мыши
- Г) рыбы
- Д) утки

3. ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ХАРАКТЕРНО

- А) латентный вариант продромального периода
- Б) тяжелое течение у беременных женщин
- В) длительное носительство вируса у детей
- Г) хроническое течение
- Д) связь с гемотранфузиями

4. ИСХОДОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) формирование вирусоносительства
- Б) полное клиническое выздоровление
- В) развитие хронического гепатита
- Г) развитие синдрома Жильбера
- Д) цирроз печени

5. МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Anti-HAV IgG
- Б) Anti-HCV
- В) HBeAg
- Г) Anti-HAV IgM
- Д) Anti-HBS Ag

6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) общий билирубин
- Б) белковые фракции крови
- В) ферменты АЛТ, АСТ
- Г) щелочная фосфатаза
- Д) холестерин

7. ГЕПАТИТ А ВЫЗЫВАЕТСЯ

- А) дельта-вирусом
- Б) энтеровирусом
- В) арбовирусом
- Г) вирусом Эпштейна-Барр
- Д) ретровирусом

8. СИТУАЦИИ, ВОЗМОЖНЫЕ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ВГА

- А) стерильная пункция
- Б) гемотрансфузия
- В) купание в открытом водоеме
- Г) стоматологические манипуляции
- Д) забор крови у доноров

Ответы:

1 - а 2 –а,б,в 3 – б,г 4 - б 5 - г 6 - в 7 - в 8 – в

4) Решить ситуационную задачу

Больной К., 13 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клинико-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснено, что до обследования в течение 5-7 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, однократная рвота. Температуру тела не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень выступает на 1,5 см ниже из-под края реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги.

Моча и кал нормальной окраски.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте базисную терапию.
4. В чем заключается профилактика данного заболевания?
5. Укажите сроки диспансерного наблюдения реконвалесцентов данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н.Д.Ющук и др.. – М: ГЕОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.7: Вирусные гепатиты В, С, D.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по вирусным гепатитам с парентеральным путем передачи, рассмотреть особенности патогенеза и клиники ВГВ, В+D, ВГС, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при вирусных гепатитах.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений вирусного гепатита

В, D, С.

2. Рассмотреть основные клинические формы и варианты инфекций.
3. Обозначить профилактические и противоэпидемические мероприятия
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с вирусными гепатитами В, D, С.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей вирусных гепатитов В, D, С.
2. Особенности течения исходов ВГВ и ВГС в зависимости от генотипов возбудителя.
3. Клинико-лабораторную характеристику основных синдромов.
4. Дифференциальную диагностику инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом желтухи.
5. Характеристику клинических проявлений и исходов ко-инфекции и суперинфекции ВГВ+ВГD.
6. Клиническую картину заболеваний, классификацию.
7. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения вирусных гепатитов.
8. Этиотропную и патогенетическую терапию.
9. Профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать эпидемиологический анамнез у больного с вирусным гепатитом
2. Провести клиническое обследование у больного с подозрением на вирусные гепатиты.
3. Выявить и описать клинические синдромы.
4. Назначить лабораторное обследование (серологические методы, биохимические, инструментальные).
5. Поставить предварительный диагноз
6. Провести дифференциальную диагностику.
7. Уметь дифференцировать вирусные гепатиты разной этиологии с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями.
8. Сформулировать окончательный диагноз. Выявить осложнения.
9. Провести лечение больных с вирусными гепатитами В,С,D (с учетом формы болезни и наличия осложнений).
10. Составить план диспансерного наблюдения. Организовать необходимые мероприятия в очаге.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных вирусными гепатитами В, D, С, оказания неотложной помощи острой печеночной энцефалопатии и своевременной госпитализации больных.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamнестическим обследованием больного с вирусными гепатитами (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов биохимических, серологических исследований;
7. Проведением этиотропной и патогенетической терапии.
8. Принципами проведения неотложных мероприятий при острой печеночной энцефалопатии.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиологические особенности возбудителей вирусного гепатита В, D, С.
2. Современные эпидемиологические черты гепатита В, D, С .
3. Обмен билирубина в норме в организме человека.
4. Основные фазы патогенеза гепатитов.
5. Клинические формы и варианты продромального периода гепатита В и С.
6. Специфическая диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.

8. Современные методы лечения.
9. Критерии выписки и диспансерное наблюдение.
10. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при гепатитах В, D, С..

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Раскрыть специфическую профилактику гепатита В.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной А., 61 год, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, анорексию, артралгию. Болен в течение 3-х недель, отмечал боли в крупных суставах конечностей, слабость, пониженный аппетит. Накануне госпитализации – 1 раз рвота. На 2-ой неделе болезни потемнела моча. В день госпитализации иктеричность склер, слабость, снижение аппетита. Печень выступает из подреберья на 3 см по среднеключичной линии, пальпируется селезенка. За 3 месяца до настоящего заболевания находился в хирургическом стационаре по поводу травмы с кровопотерей, неоднократно переливали кровь.

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Как подтвердить этиологию заболевания?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение данного пациента.
6. Исходы заболевания
7. Критерии выписки
8. Критерии снятия с Д-учета.

Эталон

1. Предварительный диагноз «Острый гепатит В, желтушная форма».
2. Обоснование: диагноз поставлен на основании эпид.анамнеза (3 месяца назад получал гемотрансфузии), анамнеза болезни (постепенное начало, цикличность течения, инкубационный период – 2 месяца, продромальный период около 2-х недель по смешанному типу с артралгическими, астеновегетативными и диспепсическими явлениями, с появлением желтухи – самочувствие не улучшилось), синдромов: печеночной интоксикации, желтухи, гепатоспленомегалии).
3. Этиологию заболевания можно подтвердить обнаружением в крови маркеров гепатита В – HBsAg, HBeAg, анти-HBcor IgM (ИФА), HBV DNA (ПЦР).
4. Дифференциальный диагноз – с другими парентеральными гепатитами - вирусные гепатиты С, D.

5. Лечение: базисная терапия: полупостельный режим на период разгара, диета – стол 5, пероральная дезинтоксикация до 2,5 литров, с учетом результатов обследования – патогенетическая дезинтоксикационная терапия.
6. Выздоровление, остаточные явления, хронический гепатит, носительство, летальный исход в результате развития печеночной комы.
7. Клинико-биохимическое выздоровление.
8. Отсутствие HBsAg.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная Р., 30 лет. Заболевание развилось постепенно. Ухудшился аппетит, появились тошнота, рвота, чувство тяжести в эпигастральной области, слабость, головная боль. Такое состояние продолжалось 4 дня. На 5-й день болезни появилось желтушное окрашивание кожи и склер, в связи с чем госпитализирована в клинику инфекционных болезней.

Из анамнеза жизни выяснено, что последние 3 года периодически беспокоила боль в правом подреберье, особенно после жирной пищи. За 5 месяцев до заболевания – случайная половая связь. При поступлении в клинику (6-й день болезни) общее состояние больной средней тяжести. Жалобы на выраженную слабость, головную боль, головокружение, тревожный ночной сон, сонливость днём, изжогу.

При первичном осмотре: вялая, адинамичная, сонлива, неохотно отвечает на вопросы. Телосложение правильное. Интенсивно выражено желтушное окрашивание склер и кожи. Язык сухой, обложен белым налётом. Отёков, геморрагий, расчёсов на коже нет. Лимфатические узлы не увеличены. При исследовании органов дыхания патологические изменения не обнаружены. Тоны сердца чистые, ясные. Границы сердца не нарушены. Пульс ритмичный, удовлетворительных качеств 90 ударов в минуту. АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, печень увеличена, выступает из – под рёберной дуги на 1см. Верхняя граница печёночной тупости на уровне VI ребра. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Анализ крови: HB-7.45 ммоль/л, ЭР- 4.9, ЦП- 0.9, лейкоциты- 11.5, нейтрофильные гранулоциты- 4%, эозинофилы- 3%, палочкоядерные- 3%, сегментоядерные- 60%, лимфоциты-19%, моноциты-11%, СОЭ-26мм/ч.

ОАМ: УВ-1015, реакция на желчные пигменты положительная.

В кале стеркобилин не найден. Билирубин общий- 141.93 ммоль/л, прямой – 85.8 ммоль/л, непрямой – 58.8 ммоль/л, холестерин – 5 ммоль/л, сулемовая проба – 78%, АСТ – 3.51 ммоль/л, АЛТ-16 ммоль/л, ПТИ- 41%.

В последующие дни усиливалась адинамия. Появились мелькание «мушек» перед глазами, отрицательный диурез, возобновилась рвота, которая на 9-й день болезни приняла характер «кофейной гущи», появился «печёночный» запах изо рта. С этого дня состояние больной очень тяжёлое, лежит с закрытыми глазами, на вопросы отвечает с большим опозданием. Желтуха нарастает, появилась тахикардия (пульс 112 уд. в мин.), край печени мягкий, пальпируется у самой рёберной дуги. Ночью возникло возбуждение, больная сопротивляется осмотру, пытается встать. Сознание спутанное.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Выделите синдромы
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какое развилось осложнение? Патогенез осложнения.
5. Дайте заключение и интерпретируйте лабораторные данные.
6. Специфическая диагностика.
7. Назначьте лечение.
8. Исходы, критерии выписки.
9. Д-наблюдение.
10. Профилактика

Задача 2.

Больной М. 20-ти лет, лечился по поводу ОРЗ амбулаторно, в течении 3-х дней. При очередном осмотре предъявил жалобы на ухудшение аппетита, возрастающую слабость, несмотря на нормализацию температуры тела и полное исчезновение проявлений ринофарингита. Лечащий врач обнаружил увеличение размеров печени, лёгкую желтушность склер.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Показания к госпитализации.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика обследования и дальнейшего лечения.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с ВГВ
- 2) Провести анализ историй болезни с ВГС

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов. Показания к терапии
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад студента должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) **Ответить на вопросы для самоконтроля**

1. Эпидемиологические особенности вирусного гепатита В,С,Д.
2. Патогенез заболеваний.
3. Исходы.
4. Специфическая диагностика.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Показания к назначению этиотропной терапии.
7. Диспансерное наблюдение.
8. Вакцинопрофилактика гепатита В.

3) **Проверить свои знания с использованием тестового контроля**

1. В ОТНОШЕНИИ ВГД ХАРАКТЕРНО

- А) репликация вируса возможна при наличии HBsAg
 - Б) часто маркеры ВГД выявляются у больных циррозом печени
 - В) при супер-инфекции ВГВ+ВГД развиваются атипичные формы болезни
 - Г) ВГД тяжело протекает у беременных
 - Д) Ко-инфекция ВГВ+ВГД имеет легкое течение с большей вероятностью хронизации
- ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ**

2. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение активности трансаминаз
- Б) гипербилирубинемия
- В) нарушение синтеза глобулинов
- Г) нарушение синтеза альбуминов
- Д) повышение содержания холестерина

3. ПРИ ВГВ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ

- А) HBsAg
- Б) HBeAg
- В) HBcAg
- Г) anti-HBs
- Д) anti-HBcor IgM

4. ДЛИТЕЛЬНАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ HBsAg ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГВ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ

- А) хронизации процесса
- Б) активной репликации вируса
- В) контагиозности крови
- Г) обострения процесса
- Д) усугубления тяжести заболевания

5. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- А) инфицирование возбудителями ВГ чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
- Б) возбудитель ВГС быстро выводится из организма
- В) вирус ВГВ часто обнаруживается в воде
- Г) возбудитель ВГС является флавивирусом
- Д) дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С

6. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ ПРИ ВГ

- А) лейкопения
- Б) ускорение СОЭ
- В) гипербилирубинемия
- Г) гиперферментемия (АЛТ, АСТ)
- Д) повышение креатинина

7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

- А) увеличение печени
- Б) тахикардия
- В) сокращение размеров печени
- Г) сонливость днем
- Д) геморрагии

8. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение в крови уровня сывороточного железа
- Б) повышение в крови уровня свободного билирубина
- В) повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы
- Г) повышение активности АлАТ, АсАТ
- Д) снижение показателя сулемовой пробы

Ответы:

1 - а 2 –а 3 – а,б,в 4 - г 5 - г 6 – а,в,г 7 – в,г,д 8 - а

4) Решить ситуационную задачу

Больной К., 35 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, тошноту, тяжесть в эпигастральной области и правом подреберье, желтушность кожи и склер, повышение температуры тела до 38,0 °С.

Заболел остро, неделю назад, с озноба, недомогания, повышения температуры тела до 38,0 °С, исчезновения аппетита. В последующие дни - тошнота, рвота после приема пищи, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастрии, потемнела моча. Продолжал лихорадить. Накануне госпитализации заметил появление желтушности склер. Эпидемиологический анамнез: 2 мес назад перенес оперативное вмешательство по поводу прободной язвы желудка. Семейное положение: женат. Внутривенное употребление психоактивных веществ отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,8 °С. Яркая желтуха. Артериальное давление (АД) 100/70 мм рт.ст., пульс - 61 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Пальпируются увеличенная болезненная печень и селезенка. Кал ахоличен, оформлен. Моча темного (коричневого) цвета. Сознание ясное.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 254 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 3350 МЕ/л, аспар-татаминотрансфераза (АСТ) 2870 МЕ/л, протромбиновый индекс 64%. В сыворотке крови обнаружены HBsAg и анти-HBc IgM. Анти-HAV IgM, анти-HCV не выявлены.

Установлен предварительный диагноз "острый гепатит В без дельта-агента". Проведена базисная и дезинтоксикационная терапия. Самочувствие больного улучшилось. Однако на 15-17-й день болезни вновь появились тошнота, рвота, усилилась боль в правом подреберье, слабость, появился кожный зуд, дважды было носовое кровотечение. При осмотре: интенсивность желтухи усилилась, на коже туловища и плеч петехиальная сыпь, край печени выступает из-под реберного края на 5-6 см, пальпируется селезенка. В биохимическом анализе крови: билирубин общий 535 мкмоль/л, АЛТ 3850 МЕ/л, АСТ 4670 МЕ/л, протромбиновый индекс 50%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Чем обусловлено повторное ухудшение самочувствия и состояния пациента?
3. Оцените тяжесть состояния и течения болезни.
4. Какова дальнейшая тактика ведения больного?
5. Перечислите возможные исходы болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н.Д.Ющук и др.. – М: ГЕОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.8: Хронические вирусные гепатиты.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по хроническим вирусным гепатитом, рассмотреть особенности патогенеза и клиники хронических ВГВ, В+D, ВГС, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при хронических вирусных гепатитах и циррозах, проводить Д-наблюдение.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений хронического вирусного гепатита В, D, С.
2. Рассмотреть современную классификацию.
3. Изучить показания для этиотропной терапии и средства этиотропного лечения.
4. Изучить исходы и диспансерное наблюдение за больными разными формами хронического вирусного гепатита.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с хроническими вирусными гепатитами В, D, С.

Аспирант должен знать:

1. Генотипические особенности вирусных гепатитов В, D, С.
2. Механизмы хронизации вирусных гепатитов В, D, С.
3. Вирусологические (ПЦР) и серологические методы лабораторной диагностики хронических гепатитов.
4. Клинико-лабораторную характеристику основных синдромов.
5. Современную классификацию хронических гепатитов.
6. Клинико-лабораторную и инструментальную диагностику циррозов печени.
7. Дифференциальную диагностику хронических гепатитов, надпеченочных, печеночных и подпеченочных желтух.
8. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза хронических вирусных гепатитов.
9. Этиотропную терапию хронического гепатита В, С.
10. Исходы заболевания и диспансерное наблюдение.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать эпидемиологический анамнез у больного с хроническим вирусным гепатитом
2. Провести клиническое обследование больного с подозрением на хронические вирусные гепатиты.
3. Выявить и описать клинические синдромы.
3. Назначить лабораторное обследование (серологические методы, биохимические, инструментальные).
4. Поставить предварительный диагноз
5. Провести дифференциальную диагностику.
6. Сформулировать окончательный диагноз. Выявить осложнения.
7. Провести лечение больных с хроническим вирусным гепатитом В,С, D (с учетом формы болезни и наличия осложнений).
8. Составить план диспансерного наблюдения.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных хроническими вирусными гепатитами В, D, С.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamnestическим обследованием больного с хроническими вирусными гепатитами (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов биохимических, серологических исследований;
7. Проведением этиотропной и патогенетической терапии.
8. Принципами проведения неотложных мероприятий при декомпенсации цирроза печени.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Причины хронизации при ВГВ, ВГС, ВГD
2. Морфологические изменения в печени при развитии хронического гепатита
3. Методы диагностики (ПЦР, ИФА)
4. Методы оценки наличия фиброзирования
5. Клинические особенности ХВГВ

6. Клинические особенности ХВГС
7. Клинические особенности ХВГD, критерии постановки диагноза ХВГD
8. Морфологические особенности ХВГВ, ХВГС, ХВГD, цирроза печени
9. Классификация ХГ
10. Показания для противовирусной терапии
11. Схемы лечения ХВГВ
12. Схемы лечения ХВГС
13. Схемы лечения ХВГD
14. Вирусные циррозы. Этиологические особенности, патогенез циррозов печени.
15. Основные синдромы и симптомы при циррозе печени.
16. Компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный цирроз печени.
17. Диагностика и принципы лечения цирроза печени.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Раскрыть специфическую профилактику гепатита В.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Пациент Ф., 20 лет. 3 года назад перенес желтушную форму острого гепатита С, жалоб не предъявляет. При поступлении: состояние удовлетворительное, истеричность склер. Со стороны легких и сердца - без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край плотный, гладкий.

В ОАК: Эр- $5,0 \times 10^{12}$ /л, ПВ-163 г/л. ЦП-1.1, лейкоциты 6.4×10^9 /л, сегм-66%, пал-5%, лимф-19%, мон-9%, эоз-1%, СОЭ-2 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 35,1 мкмоль/л, прям. - 15,1 мкмоль/л, непрямы, - 20,0 мкмоль/л, АЛТ-242 Ед/л, АСТ- 90 Ед/л, протромбин - 70%, ЩФ-229 ЕД/л, диастаза крови-20,3 ммоль/л. Общий белок-71,5 г/л, альбумин - 49%, глобулины - 51%. α_1 - 8,9%, α_2 -9,2%. β -13%, γ -26%. индекс А/Г-0,96.

Маркеры вирусных гепатитов: НВsAg - обнаружен, выявлены - суммарные анти-НСV и суммарные анти-Нвсог. Определена RNA НCV (1 генотип), DNA HBV не обнаружена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План обследования пациента перед началом противовирусной терапии
3. Предложите современную схему противовирусной терапии

Эталон

1) Клинический диагноз: хронический вирусный гепатит С, высокорепликативная фаза, умеренная степень активности.

2) План обследования пациента перед началом противовирусной терапии:

1. РНК ВГС (количественный тест) — исходный уровень; генотип/субтип ВГС

2. Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы (абсолютное количество нейтрофилов) и тромбоцитов

3. Биохимические показатели сыворотки крови: АЛТ; АСТ; ГГТП; ЩФ; общий билирубин и его фракции; глюкоза; креатинин; альбумин (оценка функции печени); ПИ или МНО — оценка функции печени;

4. Общий анализ мочи

5. Оценка стадии заболевания печени (выраженность фиброза)

6. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (исключить очаговые образования печени, признаки портальной гипертензии, сопутствующую патологию)

3) Схемы противовирусной терапии ХВГС: Паритапревир/ритонавир+омбитасвир+дасабувир или Даклатасвир+асунапревир или Даклатасвир+софосбувир

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

У больного 54 лет при обследовании по эпидемическим показаниям был обнаружен HBsAg в крови.

Из анамнеза установлено, что впервые HBsAg был обнаружен год назад, когда больной лечился в стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Несколько лет отмечает быструю утомляемость, снижение трудоспособности, чувство тяжести в правом подреберье. Перенесенный в прошлом вирусный гепатит отрицает.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пальпируется печень на 1,5 см ниже реберной дуги. При повторном исследовании в отделении вновь обнаружен в крови HBsAg, AcAT – 160 ЕД/л, АлАТ – 123 ЕД/л. Общий белок 85 г/л. Холестерин 4,5. По данным УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны диаметр портальной и селезеночной вены в пределах нормальных значений.

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите путь передачи данной инфекции в данном случае.
3. Назначьте обследование для определения показаний к этиотропной терапии.
4. Назначьте лечение с указанием противовирусного препарата.
5. Опишите диспансерное наблюдение.
6. Каковы профилактические мероприятия в семье?

Задача 2.

Пациентка С, 28 лет, во время обследования перед косметической операцией обнаружены антитела к вирусу гепатита С (HCV). Обратилась к инфекционисту, который назначил стандартный комплекс лабораторных исследований. В клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 104 г/л, повышение СОЭ до 37 мм/ч. При биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение активности АлАТ до 420 ед./л, АсАТ до 395 ед./л (норма - до 40 ед.). Состояние расценено как хронический гепатит С, начато лечение альфа-интерфероном, рибавирином. Через две недели после начала терапии пациентка отметила нарастание слабости, появление болей в крупных суставах и мышцах, пожелтение склер, что расценено как побочное действие противовирусных препаратов. Прогрессирующее ухудшение самочувствия на протяжении следующей недели послужило основанием для госпитализации. При осмотре обращает на себя внимание субиктеричность слизистых. Печень незначительно увеличена, край ее выступает из-под реберной дуги на 1 см по среднеключичной линии, при пальпации уплотнен, безболезненный. Суставы визуально не изменены. При повторном обследовании: панцитопения (эритроциты- $2,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты- $3,25 \times 10^9/л$, тромбоциты- $79 \times 10^9/л$), СОЭ- 55 мм/ч. АлАТ - 1554 ед/л, АсАТ - 1480 ед./л; гамма-глобулины - 37 отн.%; выявлены антитела к гладкой мускулатуре (SMA) в титре 1:640 и антиядерные антитела (ANA) в титре 1:320.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Объясните изменения лабораторных данных в динамике.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.
6. Диспансерное наблюдение.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с ХВГВ
- 2) Провести анализ историй болезни с ХВГС

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов. Показания к терапии
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В,С,D.
2. Патогенез заболеваний.
3. Исходы.
4. Специфическая диагностика.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Показания к назначению этиотропной терапии.
7. Диспансерное наблюдение.
8. Вакцинопрофилактика гепатита В.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. БОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО УКАЗЫВАЕТ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ОБНАРУЖЕНИЕ

- А) HBsAg в период реконвалесценции
- Б) HBeAg дольше 4-6 недель от начала болезни
- В) HBcorAg
- Г) anti-HBsAg
- Д) anti-HBeAg

2. СЛАБОВЫРАЖЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) повышением активности АЛТ в 2-5 раз
- Б) повышением активности АЛТ в 5-10 раз

- В) повышением общего билирубина до 85 мкмоль/л
- Г) повышением активности щелочной фосфатазы в 2-3 раза
- Д) снижением протромбинового индекса до 60%

3. ДОСТОВЕРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение активности АЛТ
- Б) снижение сулемового титра
- В) высокий уровень щелочной фосфатазы
- Г) HBsAg
- Д) ДНК ВГВ

4. ЭТИТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО HBeAg-НЕГАТИВНОГО ГЕПАТИТА В

- А) энтекавир
- Б) пегелированные интерфероны
- В) тенофовир
- Г) рибавирин
- Д) даклатасвир

5. ПРЕПАРАТЫ С ПРЯМЫМ ПРОТИВОВИРУСНОМ ДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

- А) софосбувир
- Б) рекомбинантные альфа-интерфероны
- В) телбивудин
- Г) рибавирин
- Д) дасабувир

6. ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ ХОЛЕСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- А) ацетилсалициловую кислоту
- Б) рибоксин
- В) цитохром С
- Г) адеметионин
- Д) урсодезоксихолевую кислоту

7. Больной 52 лет, 8 лет назад перенес вирусный гепатит. В последующем диету не соблюдал, злоупотреблял алкоголем. Периодически отмечал быструю утомляемость, общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, темную мочу. Неоднократно было носовое кровотечение. Не обследовался и не лечился по этому поводу. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Умеренная желтушность склер. На коже сосудистые «звездочки». На передней брюшной стенке виден сосудистый рисунок, отмечается асцит, пастозность голеней. Пальпируется плотная печень на 4 см ниже реберной дуги. В крови анемия, увеличение СОЭ. Биохимические показатели: билирубин общий-30,3; связанный-25,8 мкмоль/л, АЛТ- 60 ЕД/л, АСТ-312 ЕД/л, общий белок – 52 г/л, альбумин- 40%, гамма-глобулин-32,4%. ИФА: HBsAg пол., antiHBs отр., HBeAg отр., antiHBe пол, antiHBcor IgM, IgG пол.

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- А) хронический гепатит В с переходом в цирроз печени
- Б) хронический гепатит С с переходом в цирроз печени
- В) аутоиммунный гепатит
- Г) стеатогепатит
- Д) токсический гепатит

Ответы:

1 - б 2 - а 3 - д 4 - а, в 5 - а, д 6 - д 7 - а

4) Подготовить доклад на тему «Безинтерфероновая противовирусная терапия хронического гепатита С»

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi>

Дополнительная:

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Н.Д.Ющук и др.. – М: ГЕОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема 2.9: Иерсиниоз, псевдотуберкулез.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по иерсиниозной инфекции, рассмотреть особенности патогенеза и клиники псевдотуберкулеза, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при иерсиниозах.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений иерсиниоза и псевдотуберкулеза.
2. Рассмотреть основные клинические формы и варианты инфекции.
3. Обозначить профилактические и противоэпидемические мероприятия
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с иерсиниозами.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей иерсиниозов.
2. Клинико-лабораторная характеристика основных синдромов.
3. Принципы дифференциальной диагностики иерсиниозов.
4. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при псевдотуберкулезе.
5. Клиническую картину заболеваний, классификацию.
6. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения иерсиниозной инфекции.
7. Принципы этиотропной и патогенетической терапии больных с псевдотуберкулезом, иерсиниозом.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для заболевания особенностей.
3. Наметить план обследования больного с учетом формы заболевания и периода инфекционного процесса.
4. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
5. Назначить лечение с учетом клинической формы, варианта заболевания, а также сопутствующей патологии. Выявить показания к хирургической тактике.
6. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных псевдотуберкулезом и иерсиниозом, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
 2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
 3. Клинико-anamnestическим обследованием больного с иерсиниозной инфекцией (с трактовкой результатов по дням болезни);
 4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
 5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
 6. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
 7. Проведением комплексной терапии.
- Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиологические особенности возбудителей кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза.
2. Современные эпидемиологические черты кишечного иерсиниоза и псевдотуберкулеза.
3. Основные фазы патогенеза псевдотуберкулеза.
4. Клинические формы и варианты псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза.
5. Бактериологические и серологические методы диагностики иерсиниозов.
6. Дифференциальная диагностика иерсиниозов.
7. Современные методы лечения иерсиниозов.
8. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при иерсиниозах.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной Б., 36 лет, работник овощного склада, заболел внезапно 19 января: повысилась температура тела до 38,2°C, появились схваткообразные боли в правой половине живота, жидкий стул 2 раза в сутки, тошнота, однократная рвота. Вызвал «Скорую помощь», госпитализирован в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит, так как при осмотре врачом был обнаружен положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Больному проведено хирургическое вмешательство с удалением воспаленного аппендиклярного отростка, содержимое которого направлено на бактериологическое исследование.

На следующий день больного беспокоили першение в горле, головная боль и появление сыпи на сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, боковых поверхностях туловища.

При осмотре отмечалась гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и покраснение конъюнктив, ограниченная гиперемия кистей и стоп. Слизистая задней стенки глотки зернистая, гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 86 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Притупление перкуторного тона в правой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, диурез достаточный. Стула не было.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Объясните появление сыпи у больного.
3. Какие еще формы и варианты заболевания существуют?
4. План обследования больного.
5. Специфическая диагностика. Какой результат бактериологического исследования содержимого аппендикса предполагаете?
6. Тактика дальнейшего ведения пациента, лечение.

Эталон

1. Диагноз: псевдотуберкулез, абдоминальная форма, острый аппендицит, средней степени тяжести. Обоснование диагноза: острое начало, эпиданамнез (работает на овощном складе, зимняя сезонность), интоксикационно-воспалительный синдром, мезаденит, аппендицит, катаральный синдром, экзантема.
2. Токсико-аллергический синдром.
3. Классификация по клиническим формам и вариантам:
 - гастроинтестинальная: гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит;
 - абдоминальная: мезентериальный лимфаденит, терминальный илеит, острый аппендицит;
 - генерализованная: скарлатиноподобный вариант, септический, смешанный;
 - вторично-очаговая: артритический вариант, гепатитный, миокардитный, синдром Рейно и др.
4. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови.
5. Бактериологическое исследование крови, фекалий с использованием методики Паттерсона и Кука (способность возбудителя расти при низкой температуре), серологический - РА и РНГА в парных сыворотках. Обнаружение роста иерсиний при исследовании аппендикса.
6. Послеоперационный период в хирургическом стационаре, консультация инфекциониста для решения вопроса о дальнейшем лечении пациента. Лечение: ципролет 0,5 г 2 раза в сутки в течение 2 недель, супрастин по 1 таблетке 3 раза в сутки, дезинтоксикационная терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной Ж., 27 лет, обратился за медицинской помощью 6 ноября с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, головную боль, слабость, артралгии, двух-кратную рвоту, боли в правой подвздошной области постоянного характера, жидкий стул до 6 раз в сутки без патологических примесей.

Заболел остро 5 ноября вечером. Из эпиданамнеза удалось выяснить, что больной за неделю до болезни был в деревне у родственников. Ел свиное мясо.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив, гиперемия и зернистость слизистой мягкого неба, «малиновый язык». Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс - 82 удара в минуту. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Печень и селезенка не изменены. Со стороны почек патологии не выявлено.

В общем анализе крови: лейкоциты - $12,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 72%, СОЭ - 21 мм/ч. Показатели общего анализа мочи соответствуют норме.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, его обоснование.
2. Как произошло инфицирование больного?

3. Чем обусловлено поражение желудочно-кишечного тракта?
4. Какие изменения в общем анализе крови выявлены?
5. Дополнительное обследование, специфическая диагностика.
6. Назначьте терапевтические мероприятия.

Задача № 2.

Больной К., 56 лет, заболел остро 23.09 с появления озноба, головной боли, слабости, повышения температуры тела до 39,5°C, болей в мышцах и суставах, першения в горле. Самостоятельно принимал парацетамол без эффекта. На 3 день болезни температура тела 39,4°C, появились тошнота, рвота 2 раза в день, неприятные ощущения в эпигастральной и околопупочной области, жидкий стул 3 раза в сутки, жжение в области ладоней и стоп. На 4 день болезни больной заметил появление высыпаний на кистях рук, груди, нижних конечностях, стопах.

Из анамнеза жизни: страдает хроническим колитом, сахарным диабетом 2 типа. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез спокоен.

Эпиданамнез: контакты с больными отрицает, некипяченую воду не пьет, за 3 дня до заболевания употреблял мясные и молочные продукты, купленные на рынке, хранившиеся несколько дней в холодильнике, из города не выезжал.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, вялый, сознание ясное. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричны, инъецированы, на коже кистей рук, груди, нижних конечностей, стопах мелкопятнистая сыпь, сгущающаяся на сгибательных поверхностях конечностей. Слизистые оболочки ротоглотки гиперемированы, миндалины не увеличены, налетов нет. Менингеальные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС - 95 ударов в минуту, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной, илеоцекальной и околопупочной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Положительный симптом Падалки. Печень у края реберной дуги по средне-ключичной линии, плотновато-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Моча насыщенно-желтого цвета, диурез достаточный. Стул - до 3 раз в сутки, кашицеобразный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, тромбоциты - $210 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,7 \times 10^9/л$, базофилы - 1%, моноциты - 6%, эозинофилы - 10%, лимфоциты - 20%, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 43%, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

9. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
10. Как определяется симптом Падалки?
11. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
12. Какие изменения имеются в общем анализе крови? План дальнейшего обследования.
13. Назначьте лечение.
14. Чем обусловлены возможные обострения и рецидивы заболевания?
15. Возможно ли длительное бессимптомное выделение возбудителя?

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с псевдотуберкулезом
- 2) Провести анализ историй болезни с иерсиниозом

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эпидемиологические особенности иерсиниозов.
2. Свойства возбудителя, способствующие хронизации инфекции.
3. Диагностика, дифференциальный диагноз.
4. Патогенез осложнений при абдоминальной форме псевдотуберкулеза

5. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Факторы передачи при иерсиниозе все, кроме
 - а) мясо и мясные продукты
 - б) сырые овощи
 - в) консервированные продукты
 - г) молоко
 - д) вода

2. Возможные варианты клинического проявления псевдотуберкулеза
 - а) гастроэнтерит, энтероколит
 - б) мезентериальный лимфаденит
 - в) паренхиматозный гепатит
 - г) аппендицит
 - д) все ответы правильные

3. Средние сроки инкубационного периода при иерсиниозе
 - а) 12-18 часов
 - б) 1-6 день
 - в) 21 день
 - г) 6-10 дней

4. К локализованным вариантам иерсиниоза относятся все, кроме
 - а) гастроэнтерит
 - б) острый аппендицит
 - в) терминальный илеит
 - г) септический вариант

5. Используемые для лечения иерсиниозов антибиотики все, кроме
 - а) ципролет
 - б) аминогликозиды
 - в) левомицетин
 - г) пенициллин

6. Основной путь передачи инфекции при псевдотуберкулёзе
 - а) воздушно-капельный
 - б) трансмиссивный
 - в) контактно-бытовой
 - г) алиментарный

7. Укажите наиболее частый клинический вариант псевдотуберкулеза
 - а) артралгический
 - б) скарлатиноподобный
 - в) гепатитный
 - г) смешанный

8. Укажите наиболее достоверный метод лабораторной диагностики псевдотуберкулеза
 - а) бактериоскопия крови
 - б) биопсия мезентериальных лимфатических узлов
 - в) серологическое исследование крови
 - г) биохимическое исследование крови

9. К патогенетической терапии псевдотуберкулеза не относится

- а) антибактериальные препараты
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) нестероидные противовоспалительные средства
- г) антигистаминные препараты

10. К роду иерсиний относится возбудитель

- а) чумы
- б) лептоспироза
- в) ГЛПС
- г) сальмонеллеза

Эталоны ответов:

1 - в 2 - д 3 - б 4 - г 5 - г 6 - г 7 - б 8 - в 9 - а 10 - а

4) Решить ситуационную задачу

В инфекционную клинику на консультацию была направлена больная – воспитатель детского сада. Заболела остро 5 дней назад: появились повышение температуры тела до 38,6°C, кашель, одутловатость лица, скарлатиноподобная сыпь на туловище (в области груди, спины, живота и конечностей). Лечилась амбулаторно с диагнозом ОРВИ, однако улучшения не было. Направлена для провизорной госпитализации как лихорадящая больная.

Из эпидемиологического анамнеза: в детском саду, где работает пациентка, была вспышка псевдотуберкулеза. Болеют 11 детей, а также няня и воспитатель.

1. Предполагаемый диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. План лечения
5. Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 2. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты.

Тема: Зачетное занятие

Цель занятия: оценка знаний и умений, определяющих лечебно-диагностические и профилактические стратегии в инфектологии и эпидемиологии, и тактику ведения пациентов с кишечными инфекциями и вирусными гепатитами.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Собеседование – примерные задания представлены в приложении Б

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей.

Тема 3.1: Грипп и другие ОРВИ.

Цель занятия: формирование устойчивых навыков диагностики и лечения ОРЗ, рассмотреть особенности патогенеза и клиники гриппа, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при ОРВИ.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений гриппа, аденовирусной инфекции, парагриппа, РС-инфекции, риновирусной инфекции.
2. Рассмотреть основные клинические формы и варианты ОРВИ.
3. Обозначить профилактические и противоэпидемические мероприятия
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с ОРВИ.

Аспирант должен знать:

1. Свойства возбудителей ОРВИ.
2. Клинико-лабораторная характеристика основных синдромов.
3. Принципы дифференциальной диагностики гриппа и других ОРВИ.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при ОРВИ.
6. Клиническую картину заболеваний, классификацию.
7. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения ОРВИ.
8. Принципы этиотропной и патогенетической терапии больных с гриппом и другими ОРВИ.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для заболевания особенностей.
3. Наметить план обследования больного с учетом формы заболевания и периода инфекционного процесса.
4. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
5. Назначить лечение с учетом клинической формы, варианта заболевания, а также сопутствующей патологии.
6. Определить показания к проведению неотложных мероприятий, составить план неотложной терапии.
7. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных гриппом и ОРВИ, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.

2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-anamnestическим обследованием больного с ОРВИ (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
6. Трактовкой результатов специфических исследований для определения возбудителя.
7. Проведением комплексной терапии.
8. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Проведите раннюю диагностику и дифф. диагностика гриппа, аденовирусной инфекции, парагриппа, риносинцитиальной инфекции.
2. Проведите дифференциальный диагноз гриппа с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с выраженным синдромом интоксикации (брюшной и сыпной тиф, менингококковая инфекция, лептоспироз)
3. Расскажите патогенез респираторного синдрома при различных ОРВИ.
4. Назовите критерии тяжести.
5. Опишите клинику острой дыхательной недостаточности, острой сосудистой недостаточности, других осложнений со стороны органов дыхания и нервной системы.
6. Расскажите о неотложной терапевтической помощи при осложнениях.
7. Какие основные лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза гриппа, ОРВИ.
8. Расскажите об организации лечения больных гриппом и ОРВИ на дому.
9. Перечислите принципы лечения больных с ОРВИ, показания к госпитализации.
10. Проведите дифф. диагноз заболеваний, протекающих с респираторным синдромом и синдромом пневмонии (орнитоз, легионеллез, микоплазменная и пневмоцистная пневмонии).
11. Назовите причины, патогенез, типы острой дыхательной недостаточности.
12. Охарактеризуйте стадии ОДН, клинические особенности.
13. Расскажите о профилактике гриппа и ОРВИ.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Этиология и эпидемиология данного заболевания
3. Особенности клинической картины. Осложнения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Лечение.
6. ЭВН. Критерии выздоровления.
7. Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Р., 32 года, обратился к терапевту 5 ноября с жалобами на насморк, боли и першение в горле, грубый болезненный сухой лающий кашель, осиплость голоса, повышение температуры до

38°C. Заболел 4 ноября, когда утром после сна почувствовал недомогание, слабость. Днём повысилась температура тела, появилась заложенность носа, боли в горле, сухой кашель. 5 ноября появилась осиплость голоса, температура была 37,7°C. Известно, что три дня назад пациент навещал своего знакомого, имеющего подобные жалобы. Пациент отрицает хронические заболевания, правила личной гигиены соблюдает, за пределы города не выезжал, домашних животных нет.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована, Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = ЧСС = 90 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез больного не нарушены.

1. Диагноз: ОРВИ (Парагрипп), средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании характерного постепенного начала, умеренно выраженной лихорадки и синдрома интоксикации, катарального синдрома с патогномичным для парагриппа поражением гортани (грубый болезненный сухой кашель, осиплость голоса).

2. Этиология: вирус парагриппа – РНК содержащий, относится к семейству парамиксовирусов. В настоящее время известно 4 типа вирусов парагриппа, выделенных от человека. Им не свойственна вариабельность антигенной структуры. Вирусы нестойки во внешней среде, при комнатной температуре сохраняются не более 4 часов, а полная их инактивация происходит после 30-минутного прогревания при температуре 50%. Эпидемиология: источником инфекции является человек. Механизм передачи инфекции – аэрозольный. Часто болеют дети. Инфекция проявляется в виде спорадических заболеваний в течение всего года с подъёмами заболеваемости в осенне-зимние месяцы

3. Клиническая картина: Инкубационный период от 2 до 7 дней. У большинства больных парагрипп протекает без выраженной общей интоксикации. В клинической картине преобладают признаки поражения верхних отделов респираторного тракта. Ларингит и трахеит часто встречаются у детей, реже у взрослых. У детей может возникнуть ложный круп.

4. Осложнения. Наиболее часто развиваются пневмонии, стеноз гортани, присоединение вторичной инфекции.

5. Дифференциальный диагноз: При парагриппе более постепенное начало, интоксикация и температурная реакция слабая или умеренная. Умеренно выражены ринит и фарингит. Характерным считается ларингит. При гриппе клинические проявления схожи, однако его отмечает короткий инкубационный период, острое начало, преобладание симптомов интоксикации. Также дифференциальный диагноз проводится с респираторно-синцитиальной инфекцией, которая тоже развивается подостро. Синдром интоксикации выражен умеренно или слабо. Температура субфебрильная или умеренно фебрильная. Изменения верхних дыхательных путей выражены слабо. Доминируют проявления острого бронхита (возможен бронхиолит) нередко с бронхоспастическим компонентом. При РС-инфекции у взрослых часто в патологический процесс вовлечена печень. На высоте заболевания отмечают её увеличение и чувствительность при пальпации, становится положительным симптомом Ортнера (болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге). Аденовирусная инфекция характеризуется менее острым началом. Интоксикация умеренная, несмотря на высокую и продолжительную лихорадку. Синдром интоксикации отступает на второй план по сравнению с выраженными катаральными изменениями верхних дыхательных путей и конъюнктивы экссудативного характера. Ларингит и трахеит не характерны.

6. Лечение патогенетическое и симптоматическое в амбулаторно-поликлинических условиях. На период лихорадки – постельный режим. Рекомендовано обильное горячее питьё с большим количеством витаминов, особенно С и Р (настой шиповника, соки, морсы). Обязательно назначение поливитаминных комплексов. Для улучшения носового дыхания используются капли тизин, нафтизин, санорин, галазолин, називин. Проявления фарингита смягчаются при полоскании 2% р-ром пищевой соды, настоями ромашки, календулы, шалфея, чабреца. Использование бактери-

цидных спреев: гексорал или ингалипт. Применение растительных иммуномодуляторов, например, экстрактов аралии, лимонника или эхинацеи (иммунал по 20 капель 4 раза в день). Препараты рекомбинантного интерферона (Виферон, Гриппферон), Арбидол.

7. Больной временно нетрудоспособен. Переболевшие парагриппом выписываются после полного клинического выздоровления при нормальных результатах анализов крови и мочи.

8. Профилактика. Основой профилактики считается противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия. Для профилактики возникновения заболевания может быть использован интерферон рекомбинантный для интраназального применения.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1) Больная С., 30 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле при глотании, резь в глазах, обильные выделения из глаз, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 39,5°C. Заболела остро 3 дня назад, с недомогания, боли в горле, появления чувства инородного тела в глазах, выделений, температура была 38°C. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия, появлением боли в груди, кашля с гнойной мокротой, повышением температуры тела до 39,5°C. Из анамнеза: проживает в благоустроенной квартире, работает кондуктором в автобусе. Правила личной гигиены соблюдает, за пределы области не выезжала, регулярно посещает бассейн, питается в столовой и дома.

Состояние средней тяжести. Во внутренних углах обоих глаз обильное слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъектированы. Миндалины отёчны, гиперемированы, задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста. Подчелюстные, передне- и задне-шейные лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре, безболезненные. При перкуссии грудной клетки укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого. При аускультации дыхание ослаблено справа, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с частотой 120 в минуту, систолический шум на верхушке. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Менингеальных симптомов не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез – со слов больного не нарушены. Экстренно сделан анализ крови (лейкоциты 15*10⁹/л., СОЭ 20 мм/ч) и рентгенография грудной клетки (рентгенологически очаг затемнения в VIII, IX сегментах нижней доли правого лёгкого).

2) Больной А., 20 лет, обратился к участковому терапевту 11 января с жалобами на повышение температуры до 38°C, озноб, резкую слабость, «разбитость», ломоту во всём теле, головную боль в лобной области, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, чувство жжения за грудиной после приступа кашля. Болен первый день. Заболел остро, когда утром после пробуждения внезапно почувствовал познабливание и головную боль, через 2 – 3 часа присоединились вышеуказанные жалобы. Из анамнеза: проживает в благоустроенной квартире, учится в техникуме, хронические болезни отрицает, из перенесённых заболеваний – краснуха в 5 лет, ветрянка – в 6 лет, ОРВИ 1-2 раза в год. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отрицает, дома и в группе в техникуме больных нет, ежедневно ездит на учёбу в переполненном автобусе, правила личной гигиены соблюдает, домашних животных нет.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована. Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, пульс = ЧСС = 90 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез, со слов больного, не нарушены.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Больной Щ., 27 лет, рабочий завода, обратился к участковому терапевту 5 февраля с жалобами на повышение температуры до 38,7°C, озноб, выраженную слабость и недомогание, боли в мышцах и суставах, головную боль в лобной области, заложенность носа, першение в горле,

сухой кашель, чувство «царапания» за грудиной. Заболел утром, когда внезапно почувствовал озноб и головную боль, чуть позже присоединились вышеперечисленные жалобы.

Из эпид. анамнеза: контакт с инфекционными больными отрицает, дома и на заводе больных нет, ежедневно ездит на работу общественным транспортом, правила личной гигиены соблюдает, домашних животных нет.

Объективно: кожные покровы бледные, сыпи нет, гиперемия и инъекция сосудов конъюнктив. Носовое дыхание затруднено. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, выраженная зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены, налетов нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД 110/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не изменены.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты $3,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 45%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 49%. СОЭ – 7 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Интерпретация результатов исследований, план обследования.
4. Лечение.
5. Диспансерное наблюдение, профилактика.

Задача № 2.

1. Пациентка А, 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

В анализе крови: лейкоциты - $13,5 \times 10^9$ /л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 121г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. План обследования и лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ амбулаторных карт и историй болезни пациентов с гриппом
- 2) Провести анализ амбулаторных карт историй болезни пациентов с тонзиллофарингитами

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите антигенные свойства вируса гриппа.
2. Перечислите источники инфекции, механизм заражения и пути распространения гриппа.
3. С какими антигенными изменениями связано развитие эпидемий и пандемий гриппа?
4. Укажите особенности патогенеза гриппа, расскажите о роли вирусемии и токсемии в развитии генерализованных нарушений микроциркуляции, патогенезе респираторного синдрома.
5. Какова клиника неосложненных форм гриппа с легким, средней тяжести и тяжелым течением?

6. Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.
7. Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.
8. Парагрипп. Дайте определение.
9. Каковы источники инфекции. Механизм заражения, пути распространения инфекции.
10. Какие органы и ткани поражаются при парагриппе. Механизм развития стеноза гортани при парагриппе.
11. Опишите типичное течение парагриппа у взрослых.
12. Аденовирусы, РС-вирусы, бокавирусы, метапневмовирусы, коронавирусы (вирусологическая характеристика, характеристика воспаления при поражении, уровень поражения дыхательной системы, неотложные состояния).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Наличие, какого симптома позволяет исключить диагноз гриппа:

- А) головная боль
- Б) головная боль с рвотой
- В) менингеальный синдром
- Г) дыхательная недостаточность
- Д) полиаденопатия

2. Патогенетическими отличиями аденовирусной инфекции от острых респираторных вирусных инфекций являются:

- А) поражение конъюнктив
- Б) поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей (фарингит)
- В) поражение слизистой оболочки кишечника
- Г) поражение лимфоидной ткани
- Д) поражение суставов

3. Какой симптом наиболее характерен для гриппа:

- А) миалгия и артралгия
- Б) гипертермия
- В) полиаденопатия
- Г) сильная разлитая головная боль
- Д) чувство саднения за грудиной

4. Какая клиническая форма наиболее распространена при энтеровирусной инфекции:

- А) энтеровирусная лихорадка
- Б) серозный менингит
- В) ангина Симановского - Венсана
- Г) эпидемическая миалгия
- Д) кишечная форма

5. Какой симптом наиболее характерен для аденовирусной инфекции:

- А) увеличение селезенки и печени
- Б) симптом капюшона
- В) фарингит
- Г) волнообразный тип лихорадки
- Д) головные боли в области лба, надбровных дуг

Эталоны ответов:

1 - Д 2 - А 3 - Д 4 - Б 5 - В

4) Решить ситуационную задачу. Больной Р., 32 года, обратился к терапевту 5 ноября с

жалобами на насморк, боли и першение в горле, грубый болезненный сухой лающий кашель, осиплость голоса, повышение температуры до 38°C. Заболел 4 ноября, когда утром после сна почувствовал недомогание, слабость. Днём повысилась температура тела, появилась заложенность носа, боли в горле, сухой кашель. 5 ноября появилась осиплость голоса, температура была 37,7°C. Известно, что три дня назад пациент навещал своего знакомого, имеющего подобные жалобы. Пациент отрицает хронические заболевания, правила личной гигиены соблюдает, за пределы города не выезжал, домашних животных нет.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована, Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = ЧСС = 90 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез больного не нарушены.

Задания:

2. Сформулируйте предварительный диагноз. Предположите этиологию заболевания
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения с конкретизацией дозировок лекарственных препаратов
5. Перечислите мероприятия профилактики.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей.

Тема 3.2: Новая коронавирусная инфекция.

Цель занятия: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме "Новая коронавирусная инфекция", определить особенности патогенеза и клиники инфекции SARSCov2, научить составлять план диагностических и лечебных мероприятий при заболеваниях, определять правила выписки и диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений инфекции SARSCov2.
2. Рассмотреть основные клинические формы и варианты инфекции SARSCov2.
3. Обучить принципам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению инфекции SARSCov2.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении инфекции SARSCov2.

2. Антигенные свойства инфекции SARSCov2.
3. Основные черты эпидемиологии инфекции SARSCov2.
4. Общие клинические закономерности заболеваний.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов.
6. Принципы диагностики и лечения инфекции SARSCov2.
7. Правила выписки и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
8. Профилактику заболеваний.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для заболевания особенностей.
3. Намечать план обследования больного с учетом формы заболевания и периода инфекционного процесса.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение с учетом клинической формы, варианта заболевания, а также сопутствующей патологии.
7. Определить показания к проведения неотложных мероприятий, составить план неотложной терапии.
8. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-anamnestическим обследованием больного с инфекцией SARSCov2. (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Оценкой степени угнетения сознания;
4. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
5. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
6. Проведением дифференциального диагноза заболеваний с поражением нижних дыхательных путей
7. Формулировкой клинического и патологоанатомического диагноза;
8. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
9. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
10. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования; больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
11. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
12. Назначением антибактериальных препаратов с определением разовых, суточных, курсовых доз, способов введения;
13. Проведением дезинтоксикационной терапии;
14. Основами рационального питания, диетотерапии;
15. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина инфекции SARSCov2.
2. Факторы риска и группы риска по неблагоприятному течению и исходам инфекции SARSCov2.
3. Варианты клинического течения.
4. Диагноз и лабораторные методы подтверждения диагноза.
5. Лечение, показания для генно-инженерных препаратов
5. Профилактика, виды вакцин, показания и противопоказания для вакцинации от инфекции SARSCov2.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.

2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина, 52 полных года, профессиональный водитель. Осмотрен врачом терапевтом на дому в третий день болезни. Из эпид анамнеза: вернулся из командировки 5 дней назад из региона, неблагополучного по заболеваемости инфекцией Covid 19, от SARS-Cov2 и гриппа в текущем году не вакцинировался. На момент осмотра жалобы на повышение температуры тела до 38,0 С, боль в горле, общую слабость. Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7о С. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет... Носовое дыхание затруднено. Лимфатические узлы обычного размера, безболезненные при пальпации. Пульс 103 ударов в минуту, ритмичный, артериальное давление 135/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные... Перкуторно над легкими: звук ясный легочный, притупления нет. Аускультативно: дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Сатурация 97%. Живот обычной формы и размеров. При пальпации мягкий, безболезненный, печень при пальпации не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Моча обычной окраски, стул в норме, со слов. Периферические отеки – нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. План обследования, ожидаемые результаты.
3. Этиология, эпидемиология заболевания.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение.
6. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

Эталон

1. Предварительный Ds: ОРИ, подозрительный случай на Covid19
2. Забор мазков из носоглотки на коронавирус (ПЦР) – положительный. КТ на 5-7й день болезни.
3. Вирус SARS-Cov2, воздушно-капельный путь заражения при контакте с больным в стертой или клинически-выраженной форме
4. С ОРИ другой этиологии: постепенное начало, с нарастанием симптомов, аносмия и дифгезия, вовлечение ткани легких в процесс
5. Выдать лист нетрудоспособности на 14 дней. Назначения: парацетамол 500 мг – 1 таблетка при температуре 38,0о С (не более 4 таблеток в сутки); Умифеновир 200 мг 4 раза в день 5 дней; Тизин - спрей, ксилен 0.1 % по 1 дозе, капле в каждый носовой ход не более 3 раз в сутки, 5 дней; Лизобакт, по 1 таблетке 4 раза в день, 5 дней. Интерферон рекомбинантный альфа по 3 капли 5 раз в сутки в каждый носовой ход. Курс лечения 5 дней. При ухудшении состояния вызов врача или бригады неотложной помощи. При положительном результате мазков на SARSCov2 – фавипиравир.

6. Благоприятный для жизни. ДН после НКИ- 14 дней, в случае пневмонии – 1 год.

4. Задания для групповой работы

Практическая работа:

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с подозрением на Covid19 (например, с пневмонией)»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на Covid19 выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с внебольничной пневмонией, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с пневмонией, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на наличие вспышки заболевания, контакты.
3. При осмотре определить физикальные данные.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), и серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные морфологические и антигенные особенности SARSCov2?
2. Расскажите об эпидемиологии, патогенезе инфекции SARSCov2.
3. Опишите формы инфекции SARSCov2.
4. Какова современная классификация коронавирусной инфекции?
5. Опишите клиническую характеристику инфекции SARSCov2
6. Каковы осложнения инфекции SARSCov2?
7. Опишите дифференциальную диагностику поражения легких при инфекции SARSCov2 с пневмококковой пневмонией, легионеллезом, микоплазменной инфекцией.
8. Дайте характеристику профилактических и противоэпидемических мероприятий при инфекции SARSCov2.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1) Пациент с инфекцией Covid-19 считается выздоровевшим при наличии однократного отрицательного результата исследования на РНК SARS-CoV-2 и следующих критериев Т тела _____ °С;

SpO2 на воздухе _____ %;

- A. < 37,2 °С; > 96%;
- B. ≤ 37,2 °С; > 95%;
- C. < 37,0 °С; ≥ 96%;
- D. ≤ 37,0 °С; ≥ 95%;

2) Рентгенография и/или КТ выполняются в амбулаторных условиях после выписки из стационара через _____ дней или при необходимости

- A. 28 - 60
- B. 15 - 25
- C. 10 - 14
- D. 7 - 10

3) Назначение пробиотиков при проведении антибактериальной терапии с позиций доказательной медицины предпочтительно

- A. - с момента приема первой дозы антибиотика
- B. - при комбинации двух антибактериальных препаратов
- C. - после антибактериальной терапии
- D. - при развитии диарейного синдрома

- 4) Примерный объем уплотненной легочной ткани в обоих легких по «Эмпирической» визуальной шкале при стадии КТ2 соответствует _____%
- A. - 25-50
 - B. - 35-40
 - C. - 50-75
 - D. - 15-25
- 5) Следует рассматривать как подозрительный на COVID-19 случай при наличии
- A. - любого острого респираторного заболевания
 - B. - положительного результата ПЦР на наличие РНК SARS-CoV-2
 - C. - тесных контактов с больным COVID-19
 - D. - профессиональных контактов с подтвержденными случаями COVID-19

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1104 с.
3. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.sminzdrav.gov.ru/#!/rubricator/adults>
4. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.
3. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей

Тема 3.3: Хламидиозы, легионеллез, микоплазменная инфекция.

Цель занятия: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме "Хламидиозы, легионеллез, микоплазменная инфекция", определить особенности патогенеза и клиники хламидийной инфекции, легионеллеза, микоплазменной инфекции, научить составлять план лечебных мероприятий при заболеваниях, определять правила выписки и диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений орнитоза, микоплазменной инфекции, легионеллеза.
2. Рассмотреть основные клинические формы и варианты орнитоза, микоплазменной инфекции, легионеллеза.
3. Обучить принципам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с орнитозом, микоплазменной инфекцией, легионеллезом.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении хламидийных инфекций, легионеллеза, микоплазменной инфекции,
2. Антигенные свойства хламидий, микоплазм, легионелл.
3. Основные черты эпидемиологии хламидийной и микоплазменной инфекции, легионеллеза.
4. Общие клинические закономерности заболеваний.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов.

6. Принципы диагностики и лечения хламидиозов, микоплазменной инфекции, легионеллеза.
7. Правила выписки и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
8. Профилактику заболеваний.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для заболевания особенностей.
3. Наметить план обследования больного с учетом формы заболевания и периода инфекционного процесса.
5. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
6. Назначить лечение с учетом клинической формы, варианта заболевания, а также сопутствующей патологии.
7. Определить показания к проведения неотложных мероприятий, составить план неотложной терапии.
8. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-anamнестическим обследованием больного с микоплазменной инфекцией, орнитозом, легионеллезом (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Оценкой степени угнетения сознания;
4. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
5. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
6. Проведением дифференциального диагноза заболеваний с поражением нижних дыхательных путей
7. Формулировкой клинического и патологоанатомического диагноза;
8. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
9. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
10. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования; больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
11. Трактовкой результатов бактериологических, серологических исследований;
12. Назначением антибактериальных препаратов с определением разовых, суточных, курсовых доз, способов введения;
13. Проведением дезинтоксикационной терапии;
14. Основами рационального питания, диетотерапии;
15. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина орнитоза.
2. Варианты клинического течения.
3. Диагноз и лабораторные методы подтверждения диагноза.
4. Лечение, профилактика.
5. Хламидийная инфекция, клинические формы болезни, диагноз, лечение, профилактика.
6. Микоплазменная инфекция, клинические формы болезни, диагноз, лечение, профилактика.
7. Легионеллез, клинические формы болезни, диагноз, лечение, профилактика.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.

6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной В., 52 года, сельский житель, доставлен машиной «Скорой помощи» в инфекционное отделение ЦРБ с температурой тела 38,9°C, которая сопровождалась выраженной потливостью, миалгиями, артралгиями, тошнотой.

Из анамнеза: двенадцать дней назад охотился на диких уток. В домашнем хозяйстве есть куры, гуси, держит голубей.

Объективно: состояние средней степени тяжести, вялый. На второй день болезни появился сухой кашель со скудной слизистой мокротой, боли в груди. Аускультативно в легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы; в нижнем отделе доли правого легкого дыхание ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны; ЧСС 98 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом, края языка чистые, видны отпечатки зубов. Живот доступен глубокой пальпации, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

ОАК: эр – $4,1 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $3,5 \cdot 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 60%, эоз – 0, лимфоциты – 32%, СОЭ – 17 мм/час.

ОАМ: белок 0,033 г/л, лейкоциты – 2-4 в п/зр, эр – 1-3 в п/зр.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, корни структурны, признаки интерстициальной пневмонии в нижних отделах правого лёгкого.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. План обследования, ожидаемые результаты.
3. Этиология, эпидемиология заболевания.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение.
6. Прогноз. Диспансерное наблюдение.

Эталон

1. Предварительный Ds: острый орнитоз, пневмоническая форма, средней степени тяжести. ДН I. Обоснование: острое начало, эпиданамнез (контакт с птицами), интоксикационно-воспалительный синдром, интерстициальная пневмония.

2. В ОАК: лейкопения, анэозинофилия, СОЭ повышена. ОАМ – токсическая почка. Рентгенологическое исследование – интерстициальная пневмония. Основной метод – РСК с орнитозным антигеном, РТГА. Диагностические титры РСК 1:16 – 1:64; РТГА 1:512. ПЦР. Внутрикожная проба с орнитозным антигеном.

3. *Chlamidia psittaci* – мелкие грамотрицательные кокки, облигатные внутриклеточные паразиты. Воротами инфекции являются слизистые оболочки органов дыхания. Первоначальное размножение и накопление возбудителя происходит в клетках бронхов и бронхиол. Затем хламидии поступают в кровь и гематогенно разносятся по всему организму, обуславливая явления интоксикации и

поражение органов и систем (лёгкие, печень, селезёнка, нервная система, миокард). Резервуар и источник инфекции – птицы. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют домашние и комнатные птицы. Заражение наступает аэрогенным путём при вдыхании высохших испражнений птиц, слизи из клюва, реже отмечается алиментарное инфицирование. Аэрогенный механизм передачи (контакт с больными птицами). Больной человек опасности для окружающих не представляет.

4. а) грипп и другие ОРЗ;
- б) пневмонии различной этиологии;
- в) Ку-лихорадка;
- г) микоплазмоз;
- д) инфекционный мононуклеоз;
- е) бруцеллез;
- ж) туберкулез легких.

5. Антибактериальная терапия в течение всего лихорадочного периода + 7 дней после нормализации температуры. - тетрациклин (0,2-0,3 г 4 р/день) или сумамед, или эритромицин (0,25 г 4 раза в сутки). Ингаляция увлажнённого кислорода через носовой катетер или маску. Дезинтоксикационная терапия: внутривенное введение кристаллоидных растворов (Рингера, 5% глюкозы с аскорбиновой кислотой), реополиглюкина – на фоне форсированного диуреза с помощью 1% раствора лазикса во избежание отёка лёгких и мозга. Для улучшения гемодинамики в малом круге кровообращения внутривенно вводят 2,4% р-р эуфиллина.

Для десенсибилизации применяются антигистаминные препараты (димедрол – в составе антигриппина, тавегил, супрастин), глюконат или хлорид кальция.

Для улучшения дренажной функции респираторного тракта и усиления эвакуации слизи и мокроты применяются препараты амброксол, аскорил, ацетилцистеин (АЦЦ), бромгексин.

1. Прогноз благоприятный. Возможен переход в хроническую форму. Перенесенная болезнь оставляет нестойкий иммунитет, возможны повторные заболевания через короткие промежутки времени (0,5 – 2 года). После выписки из стационара реконвалесцент должен находиться под диспансерным наблюдением инфекциониста в течение 6 мес, лечение больных и др.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной К., 37 лет, работает на птицефабрике. Обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры до 38,3оС, головную боль, озноб, профузную потливость, бессоницу, на малопродуктивный кашель, боли в груди. Из анамнеза: заболел остро с повышением температуры до 38,6оС, головной боли, озноба, потливости. Самостоятельно лечился антигриппином, после приема которого отмечалось кратковременное снижение температуры тела. На 3-й день появился малопродуктивный кашель, боли в груди. Обратился за медицинской помощью, направлен в инфекционную больницу. Эпид. анамнез: контакт с больными, факт переохлаждения отрицает. Две недели назад подарил сыну попугая. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. При аускультации в легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы, в нижней доле правого легкого дыхание ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Ps 62 удара в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык утолщен, обложен серым налетом, на краях видны отпечатки зубов. Печень 12*10*10 (по Курлову). Пальпируется нижний полюс селезёнки. Стул и диурез не изменены. ОАК: эр – 4,1*10⁹/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 3,7*10⁹/л, п/я – 7%, с/я – 59%, эозинофилов нет, лимфоциты – 34%, СОЭ – 20 мм/час. ОАМ: показатели в пределах нормы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Назначьте обследование и лечение.
5. Профилактика

Задача № 2.

Больной Г., 22 лет, поступил в диагностическое отделение 8.10. с подозрением на иерсиниоз. Заболел остро 30.09. Появилась головная боль, тошнота, дважды рвота, температура тела повысилась до 38 гр. Лечился таблетками, но температура продолжала держаться, отмечал ознобы, потливость, слабость, тянущую боль в пояснице, небольшую боль в суставах и мышцах. При осмотре – состояние средней степени тяжести, температура 38, конъюнктивит, склерит, гиперемия слизистой ротоглотки, увеличение подчелюстных лимфоузлов. Пульс 100 уд. в мин., печень увеличена, положительный симптом сотрясения поясничной области. При исследовании крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ до 60 мм/ч, в моче – наличие белка, лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров значительное количество. Неоднократно лечился у уролога в связи с жалобами на боль при мочеиспускании. Лечение пенициллином было безуспешным. На 7 день пребывания в стационаре усилилась боль при мочеиспускании. Урологом консультирован: уретрит. С 12 дня стала более сильной боль в коленных, а затем и в локтевых, и в голеностопных суставах. На рентгенограмме – явления одностороннего сакроилеита. С 14 дня пребывания в больнице вновь усилились явления конъюнктивита, а потом и увеита. Температура не снижалась. Многократные серологические исследования на иерсиниоз, сальмонеллез и ревматизм были отр.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. План обследования и лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

Практическая работа:

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с подозрением на микоплазменную инфекцию (например, с пневмонией)»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на орнитоз выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику сорнитозом, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с пневмонией, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза на контактный анамнез.
3. При осмотре определить физикальные данные.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), и серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные морфологические и антигенные особенности рода хламидий?
2. Расскажите об эпидемиологии, патогенезе легионеллеза.
3. Опишите формы пситтакоза.
4. Какова современная классификация хламидийной инфекции, легионеллеза, микоплазменной инфекции?
5. Опишите клиническую характеристику острой, подострой, хронической формы орнитозной инфекции.
6. Каковы осложнения легионеллеза?

7. Опишите дифференциальную диагностику орнитоза с пневмококковой пневмонией, Ку-лихорадкой, легионеллезом, микоплазменной инфекцией.
8. Дайте характеристику профилактических и противоэпидемических мероприятий при хламидийной инфекции, микоплазменной инфекции, легионеллезе.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Гриппоподобная форма острого орнитоза характеризуется:
- А) острым началом;
 - Б) лихорадка кратковременна (до 8 дней);
 - В) интоксикацией;
 - Г) катаральными симптомами (першение в горле, сухой кашель осиплость голоса);
 - Д) течение легкое или среднетяжелое;
 - Е) течение тяжелое.
2. Тифоподобная форма острого орнитоза клинически протекает с:
- А) выраженной лихорадкой постоянного или ремитирующего типа;
 - Б) относительной брадикардией;
 - В) гепатоспленомегалией;
 - Г) нейротоксикозом;
 - Д) отсутствием поражения органов дыхания;
 - Е) поражением органов дыхания.
3. Осложнения орнитоза:
- А) менингит;
 - Б) тромбофлебит;
 - В) гепатит;
 - Г) миокардит;
 - Д) иридоциклит;
 - Е) артрит.
4. Дифференциальный диагноз при микоплазменной инфекции:
- А) пневмококковая пневмония;
 - Б) Ку-лихорадка;
 - В) легионеллез;
 - Г) дифтерия;
 - Д) токсоплазмоз.
5. Этиотропный препарат для лечения легионеллеза:
- А) эритромицин;
 - Б) пенициллин;
 - В) рибавирин;
 - Г) флуконазол;
 - Д) амоксициклин.

Эталоны ответов:

1 - АБВГД 2 - АБВГД 3 - АБВГД 4 - АБВ 5 – А

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней в 2-х т./ Под ред.Н.И.Брико, Г.Г.Онищенко, В.И.Покровский - М.:МИА, 2018. – 1648 с.

3. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
4. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей.

Тема 3.4: Менингококковая инфекция. Гнойные и серозные менингиты.

Цель занятия: способствовать формированию умений и навыков по менингококковой инфекции, определить особенности патогенеза и клиники заболевания, научить проводить дифференциальный диагноз между серозными и гнойными менингитами, составлять план обследования и лечебных мероприятий при менингитах, определять правила выписки и диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений менингококковой инфекции.
2. Рассмотреть основные клинические формы заболевания.
3. Обучить принципам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с менингеальным синдромом.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении заболеваний, сопровождающихся развитием менингеального синдрома.
2. Антигенные свойства менингококков.
3. Основные черты эпидемиологии менингококковой инфекции.
4. Классификацию, клинические проявления локализованных и генерализованных форм.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов.
6. Нормальный состав ликвора и его изменения при серозных и гнойных менингитах.
7. Принципы диагностики и лечения больных с менингеальным синдромом.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
9. Профилактику заболеваний.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания и жизни. Оценить эпидемиологические данные.
2. Осмотреть больного с целью выявления характерных для заболевания особенностей.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Наметить план обследования больного с учетом формы заболевания и периода инфекционного процесса.
5. Интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования.
6. Обосновать клинический диагноз согласно классификации.
7. Назначить лечение с учетом клинической формы заболевания, а также сопутствующей патологии.
8. Определить показания к проведению неотложных мероприятий, составить план неотложной терапии.
9. Оформить эпикриз с оценкой клинических и лабораторных данных, эффективности лечения. Дать рекомендации при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза.
2. Клинико-анамнестическим обследованием больного с менингококковой инфекцией (с трактовкой результатов по дням болезни).
3. Проведением дифференциального диагноза заболеваний с менингеальным синдромом.

4. Навыками раннего выявления больных с генерализованной формой менингококковой инфекции, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.
5. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
6. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.
7. Трактовкой результатов специфических исследований для определения возбудителя.
8. Проведением комплексной терапии.
9. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина менингококковой инфекции.
2. Клинические формы заболевания.
3. Алгоритм обследования пациента с менингеальным синдромом.
4. Показания и противопоказания к проведению люмбальной пункции.
5. Укажите характерные изменения периферической крови при генерализованных формах болезни менингококковой инфекции.
6. Укажите характерные изменения ликвора при менингококковом менингите.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику при подозрении на менингококкемию.
8. Патогенез и клинико-лабораторные проявления инфекционно-токсического шока.
9. Диагноз и лабораторные методы подтверждения диагноза.
10. Лечение, профилактика, противоэпидемические мероприятия.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больная И. 21 года, студентка института, днем 5.02 к ней вызвана «скорая помощь» в связи с высокой температурой, сильной головной болью, плохим самочувствием.

Заболела утром 4.02 остро, когда появилось першение в горле, заложенность носа, головная боль, температура тела 37,5°C. Вызванный участковый врач диагностировал ОРЗ, назначил обильное питье, аскорутин, димедрол. На следующий день внезапно появился озноб, рвота, температура тела повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, ломота в теле, боль в суставах, заметила сыпь на туловище и нижних конечностях. В институте, где учится больная, имеются студенты, больные ОРЗ, которые продолжают посещать занятия.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях геморрагическая сыпь неправильной формы, в центре некроз, задняя стенка глотки гиперемирована, гипертрофированные лимфоидные фолликулы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план обследования и лечения.

Эталон

1. Клинический диагноз: менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия. тяжелое течение. ИТШ 1 степени.

Обоснование диагноза:

Диагноз менингококковой инфекции поставлен на основании острого начала с явлений назофарингита, симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, ломота в теле, в суставах), типичная экзантема - геморрагическая сыпь неправильной формы, выявлена гиперемия ротоглотки, снижение артериального давления, тахикардия.

2. Диагностика.

1). ОАК, ОАМ.

2). Спинно-мозговая пункция с диагностической целью

3). Для подтверждения диагноза необходимо провести бактериологическое исследование крови, ликвора, носоглоточной слизи, а также серологическое обследование на 5-7 день болезни в динамике.

3. Необходимо исключить грипп (серологическое исследование с диагностикумом гриппа и других ОРЗ), брюшной тиф (реакцию Видала в динамике), лептоспироз (реакция микроагглютинации-лизиса с живыми лептоспирами) и другие заболевания протекающие с длительной лихорадкой (малярия: микроскопия толстой капли крови, сыпной тиф: РСК с риккетсиями Провачека, сепсис: посев крови на стерильность).

4. Лечение:

Постельный режим (весь лихорадочный период)

Стол №13, легкоусваиваемая пища, богатая витаминами.

Этиотропная терапия: пенициллин в дозе 300 000 ед/кг внутривенно в течение 10 дней.

1. Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикация (гемодез 400 мл № 3. свежезамороженная плазма, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, раствор хлорида натрия 0,89% 200-400 мл).

Препараты, улучшающие микроциркуляцию: реополиглюкин, пентоксифиллин.

Симптоматическая терапия; жаропонижающие препараты

Антиоксиданты: токоферол, аевит, витамин С.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная Т, 16 лет, учащаяся ПТУ, где были отмечены случаи ОРЗ, поступила в клинику на 6-й день болезни. Заболевание началось на фоне нормальной температуры с появления насморка и кашля. На 5-й день болезни внезапно повысилась температура до 40С. Состояние ухудшилось: появились вялость, адинамия, резкая головная боль, частая рвота, не связанная с приемом пищи.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое, сознание затмнено, на инъекции реагирует слабо. Зрачки расширены, на свет не реагирует. Резко выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Отмечается общая гиперестезия. В зеве легкая гиперемия, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 130 ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Назначьте обследование и лечение.
5. Профилактика

Задача № 2.

Больной Г., 27 лет, поступил в клинику инфекционных болезней в тяжелом состоянии на 6-й день болезни. Заболевание развивалось подостро: недомогание, умеренная головная боль, боль в горле, повышение температуры тела до 37,3-37,50С. Больной к врачу не обращался и продолжал работать. На 5-й день состояние резко ухудшилось, температура тела достигла 390С, головная боль значительно усилилась, была однократная рвота. На 6-й день температура тела поднялась до 40,60С, появился резкий озноб, рвота повторилась несколько раз. Больной потерял сознание и машиной «скорой помощи» доставлен в клинику. Из анамнеза известно, что 10 лет назад получил травму черепа, по поводу которой лечился в травматологическом отделении. При поступлении в клинику состояние больного крайне тяжелое. Сознание отсутствует. Температура тела 39,80С. Поза вынужденная: лежит на боку с согнутыми в коленях ногами. Периодически наступает резкое возбуждение, появляются клонико-тонические судороги мышц конечностей. Лицо ярко гиперемировано, гиперемия с багрово-цианотичным оттенком. Кожа сухая, горячая, без сыпи. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/90 мм рт. ст. Дыхание учащенное, 32 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание непроизвольное. Резко выражены ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского, Бабинского справа. Зрачки сужены, реакция на свет вялая. Больной срочно помещен в палату интенсивной терапии.

Спинномозговая пункция была сделана лишь через 4ч после проведенного лечения. Давление спинномозговой жидкости 450 мм водн. ст. спинномозговая жидкость мутная: белок – 10г/л, плеоцитоз – 15000/мл, нейтрофилы – 100%, глюкоза – 2,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните тактику врача в момент поступления больного.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. План обследования и лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с подозрением на генерализованную форму менингококковой инфекции»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на менингококковую инфекцию выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с гнойными менингитами, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с синдромом менингита, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на наличие ОРЗ в окружении пациента.
3. При осмотре определить физикальные данные.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), результаты исследования ликвора, бактериологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

Самостоятельная внеаудиторная работа по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Современные достижения в изучении менингококковой инфекции.

2. Этиология и свойства возбудителя.
3. Эпидемиологию изучаемой инфекции.
4. Основные звенья патогенеза ИТШ.
5. Классификация.
6. Клиническая картина менингококковой инфекции.
7. Заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики.
8. Принципы терапии данного заболевания, тактика врача на догоспитальном этапе.
9. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики данной инфекции.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При менингококковой инфекции:

- А) характерна этапность высыпания сыпи (лицо, туловище, конечности)
- Б) на 1-2-й день болезни появляется геморрагическая сыпь
- В) сыпь чаще появляется на 3-4-й день болезни
- Г) наиболее типична розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь
- Д) в типичных случаях элементы сыпи имеют правильную форму и возвышаются над поверхностью кожи

2. Препаратом выбора для лечения менингококкового менингита является:

- А) бензилпенициллин
- Б) левомецетин
- В) доксициклин
- Г) клафоран
- Д) амикацин

3. При менингококкцемии:

- А) наблюдается полиаденопатия
- Б) частым осложнением является эндокардит
- В) характерно формирование множественных пиемических очагов
- Г) наиболее тяжелым осложнением является миокардит
- Д) наиболее тяжелым осложнением является инфекционно-токсический шок

4. Симптомы менингококкового менингита:

- А) ригидность затылочных мышц
- Б) симптом Кернига
- В) симптом Падалки
- Г) симптом Брудзинского
- Д) симптом Пулатова

5. Клинические симптомы менингита:

- А) лихорадка
- Б) головная боль
- В) рвота
- Г) симптом Орнтера
- Д) экзантема

Эталоны ответов:

1 - Б 2 - А 3 - Д 4 - АБГД 5 – АБВ

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей.

Тема 3.5: Инфекционный мононуклеоз. Дифтерия

Цель занятия: способствовать формированию умений и навыков по инфекционному мононуклеозу, дифтерии, определить особенности патогенеза и клиники заболевания, научить проводить дифференциальный диагноз между серозными и гнойными менингитами, составлять план обследования и лечебных мероприятий при заболеваниях с поражением ротоглотки, определять правила выписки и диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений инфекционного мононуклеоза, дифтерии.
2. Рассмотреть основные клинические формы заболевания.
3. Обучить принципам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с поражением ротоглотки (инфекционный мононуклеоз, дифтерия, ангина).

Аспирант должен знать:

1. Раннюю диагностику и дифференциальную диагностику дифтерии, стрептококковой ангины, инфекционного мононуклеоза, листериоза, туляремии, ангины Венсана, скарлатины, герпангины.
2. Критерии тяжести дифтерии, свидетельствующие о возможности развития осложнений. Стеноз гортани Ранние и поздние осложнения со стороны сердца и нервной системы, почек, современная классификация.
3. Неотложную помощь при осложнениях дифтерии.
4. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза дифтерии и ангины.
5. Принципы лечения больных с ангинами, дифтерией, инфекционным мононуклеозом, показания к госпитализации.
6. Причины, патогенез, типы ОДН, характеристика стадий, клинические особенности.
7. Клиника стеноза гортани, миокардита, полинейропатий. Неотложная помощь.
8. Комплексное лечение больных дифтерией, правила введения сыворотки по Безредке, дозы.
9. Принципы лечения больных с инфекционным мононуклеозом.
10. Правила выписки и диспансерное наблюдение за больными дифтерией, ангинами.
11. Профилактику. Типы вакцин.

Аспирант должен уметь:

1. Выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез, прививочный анамнез.
2. Провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам.
3. Отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.
4. Наметить план обследования (серологическое, микробиологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
5. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать

окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.

7. Провести дифференциальный диагноз.

8. Назначить адекватную терапию больному. Определить показания к госпитализации, программу лечения на дому. Назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию. Провести лечение тяжелых и осложненных форм дифтерии, неотложную терапию при стенозе гортани.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза.

2. Клинико-анамнестическим обследованием больного с инфекционным мононуклеозом, дифтерией (с трактовкой результатов по дням болезни).

3. Проведением дифференциального диагноза заболеваний с поражением ротоглотки.

4. Навыками раннего выявления больных с генерализованной формой менингококковой инфекции, оказания неотложной помощи и своевременной госпитализации больных.

5. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.

6. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.

7. Трактовкой результатов специфических исследований для определения возбудителя.

8. Проведением комплексной терапии.

9. Отразить данные анамнеза и осмотра в истории болезни.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Современные достижения в изучении инфекционного мононуклеоза и дифтерии.

2. Этиология и свойства возбудителей; эпидемиология изучаемой инфекции; основные звенья патогенеза.

3. Классификация; клиническая картина инфекционного мононуклеоза и дифтерии.

4. Заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики инфекционного мононуклеоза и дифтерии.

5. Дифференциальный диагноз с листериозом.

6. Классификации ангин.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.

2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.

3. Назначить необходимое обследование.

4. Обосновать план лечения.

5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.

6. Определить противоэпидемические мероприятия

7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.

2. Выделите симптомы и синдромы.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.

6. Определите тактику лечения.

7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.

8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной К., 30 лет, в сентябре во время отдыха разделывал тушку ондатры. Через 4 дня внезапно повысилась температура до 39-40С, появилась головная боль, озноб, боль в мышцах всего тела, слабость, потливость, боли в горле. Насморка и чихания нет. На 3-й день болезни боли в горле усилились, отметил значительную болезненность в подчелюстной области, а позднее 2 плотных подвижных образования величиной с куриное яйцо. Кожа над опухолью не изменена. Через 3 недели от начала болезни кожа стала красной, отечной и появился гной молочно белого цвета, без запаха, напоминающей сливки. Температура тела была высокой в течение 8 дней, а затем субфебрильной. В ротоглотке - миндалины увеличены до 2 ст. гиперемированы, налеты на миндалинах белого цвета, отека нет, язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка и печень увеличены. Пульс 82 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. В легких без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования.
3. Лечение больного

Эталон

1. Диагноз: Туляремия, ангинозно-бубонная форма, средней тяжести
2. ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ, осмотр ЛОР - врача. Для подтверждения диагноза необходимо провести серологическое обследование на 5-7 день болезни. Необходимо исключить заболевания, протекающие с тонзиллитом. Для этого проводится реакция Вассермана, микроскопия мазка из зева и миндалин на ВВ и флору, чувствительность к а/б.

3. Лечение: Строгий постельный режим (Весь лихорадочный период)

Стол №4 (щадящая молочно-растительная диета). Этиотропная терапия: юнидокс- солютаб 300 мг в первый день, затем по 200 мг. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация (гемодез 400 мл № 3, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, раствор хлорида натрия 0,89% 200-400 мл.).

Антиоксиданты: токоферол, аевит. Свежезамороженная плазма 400 мл. Полоскание ротоглотки дезинфицирующими растворами.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной К., 45 лет. Жалобы при поступлении: очень сильные боли в горле при глотании, температура тела 40С, резкая слабость, головная боль. Болен в течение 4 дней, заболел остро, появились боли в горле при глотании, озноб, общая слабость, головная боль. На следующий день обратился в поликлинику, принимал какие-то таблетки, состояние не улучшалось, температуру не измерял. В день поступления в клинику состояние ухудшилось, резкая слабость, сильная головная боль, температура тела 40С, усилились боли в горле при глотании, стало трудно дышать. Повторно осмотрен участковым врачом, направлен в инфекционную больницу. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Работает воспитателем в общежитии. Аллергологический анамнез: не отягощен. Объективные данные: состояние тяжелое, температура тела 40С. В сознании, но больной вялый, заторможен. Лежит в закрытыми глазами. Дышит открытым ртом. ЧДД 24 в минуту, лицо гиперемировано, явления акроцианоза. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Резко выражен отек паратонзиллярной клетчатки, мягкого неба, миндалин. Отек подкожной клетчатки шеи до II ребра, больше справа, распространяется на заднюю поверхность шеи, тестоватой консистенции, безболезненный, цвет кожи не изменен. Увеличены умеренно угло-челюстные лимфоузлы (до 2,5см). на миндалинах с обеих сторон беловато-серые налеты, распространяются на дужки, мягкое небо, язычок. Налеты снимаются с трудом, после снятия налета на слизистой «кровавая роса».

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца значительно приглушены. ЧСС 120 ударов в минуту, границы относительной сердечной тупости в V межреберье снаружи на 0,5см от левой средней ключичной линии. Пульс слабого наполнения. АД 80/60 мм рт. ст. печень и селезенка не пальпируются. ЭКГ – 4-й день болезни. Ритм синусовый.

Снижение зубца Т в У3-У6, изменение интервала РО.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.
4. Профилактика.
5. Противоэпидемические мероприятия.

Задача № 2.

Ребенок 7 лет. Заболевание началось постепенно: кашель, насморк с обильным слизистым отделяемым из носа, общая слабость, температура 37,5 °С, небольшие боли в горле. В течение 3-х дней наблюдался дома участковым врачом. При активном посещении на дому на 3-й день болезни температура 38 – 38,5 °С, сохранялись катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Ребенок активный, играет, но присоединились явления конъюнктивита, веки отечны, конъюнктивы ярко гиперемированы, отечны, на поверхности конъюнктив фолликулы, увеличены шейные лимфоузлы. В зеве яркая гиперемия задней стенки глотки и крупная зернистость за счет гиперплазии лимфоидной ткани. Микрополиаденит. Тоны сердца чистые, незначительно приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 3 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. План обследования и лечения.
4. Противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с подозрением на токсическую дифтерию ротоглотки»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на токсическую дифтерию ротоглотки выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику с заболеваниями с поражением ротоглотки, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с синдромом поражения ротоглотки, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на наличие ОРЗ в окружении пациента.
3. При осмотре определить физикальные данные.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), результаты исследования ликвора, бактериологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Характеристика возбудителя дифтерии, его способность сохраняться в окружающей среде, токсигенность.
2. Распространенность дифтерии, механизмы, пути передачи инфекции, сезонность, группы риска.
3. Фазы патогенеза дифтерии.
4. Клиническая классификация. Клиника дифтерии в зависимости от отдела поражения (дифтерия ротоглотки, дифтерия гортани, носа, редких локализаций: уха, глаз, раневых поверхностей кожи, половых органов).
5. Осложнения: миокардит, полинейропатии, нефрозонефрит, ИТШ.
6. Диагностика дифтерии (эпидемиологическая, клиническая, лабораторная).
7. Терапия различных форм дифтерии (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая). Лечение осложнений.
8. Инфекционный мононуклеоз как болезнь «низкого» иммунитета. Характеристика вируса, его

свойства.

9. Распространенность инфекционного мононуклеоза в окружающей среде, пути и механизмы ее передачи, группы риска.

10. Патогенетические особенности инфекционного мононуклеоза.

11. Клиника инфекционного мононуклеоза: желтушная и безжелтушная формы, экзантема, тонзиллярный синдром. Осложнения. Диагностика заболевания.

12. Лечение инфекционного мононуклеоза (патогенетическое, симптоматическое). Методы профилактики.

13. Инфекционный мононуклеоз и ВИЧ –инфекция. Диспансеризация после перенесенного заболевания

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ОСОБЕННОСТИ НАЛЕТОВ ПРИ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- А) имеют грязно-серую окраску
- Б) могут распространяться за пределы миндалин
- В) с трудом снимаются шпателем
- Г) расположены на некротизированной слизистой оболочке
- Д) тонут, не растворяясь в воде

УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

2. ВОЗМОЖНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДИФТЕРИИ

- А) кожа
- Б) кишечник
- В) паренхиматозные органы
- Г) оболочки мозга
- Д) полость матки

3. ПРИ ДИФТЕРИИ ПОРАЖАЮТСЯ

- А) органы дыхания
- Б) нервная система
- В) сердце
- Г) почки
- Д) тонкий и толстый кишечник

4. ХАРАКТЕРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) лихорадка
- Б) гиперплазия лимфоузлов и поражение миндалин
- В) увеличение печени и селезенки
- Г) лейкоцитоз с выраженным лимфоцитозом
- Д) положительная реакция Райта

5. Больной 21 года, заболел остро, повысилась температура до 39,5С, появились налеты на гиперемированных отечных миндалинах, увеличились шейные, подмышечные лимфоузлы, пальпируются увеличенные печень и селезенка. Носовое дыхание затруднено.

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- А) дифтерия
- Б) лакунарная ангина
- В) туляремия
- Г) бруцеллез
- Д) инфекционный мононуклеоз

Эталоны ответов:

1 - АБВД 2 - А 3 - АБВГ 4 АБВГ 5 – Д

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

Раздел 3. Инфекционные болезни дыхательных путей.

Тема 3.6: Корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа

Цель занятия: формирование устойчивых навыков диагностики и лечения заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы (корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа).

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, протекающих с синдромом экзантемы.
2. Рассмотреть основные клинические формы заболевания.
3. Обучить принципам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.
4. Изучить критерии выписки, исходы и диспансерное наблюдение за реконвалесцентами.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с заболеваниями, протекающими с синдромом экзантемы.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении заболеваний, сопровождающихся развитием менингеального синдрома.
2. Особенности эпидемиологического процесса при ветряной оспе, краснухи, скарлатины, кори, в России на современном этапе, высокий уровень заболеваемости.
3. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при экзантемах.
4. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
5. Основные лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
6. Принципы лечения больных с экзантемами. Этиотропная терапия: показания, противопоказания, комбинированная терапия.
7. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
8. Вакцинопрофилактику.

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больного ветряной оспы, краснухи, скарлатины, кори, правильно размещать больных и стационаре.
2. Выявить жалобы, собрать подробный анамнез заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез, прививки.
3. Провести полный осмотр больного, выявить элементы сыпи и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного).
4. Отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.
5. Назначить диагностические мероприятия. Наметить план обследования (вирусологические, серологические, лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза. Провести дифференциальный диагноз.

6. Правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей клинической классификации.
7. Записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных.
8. Назначить лечение. Значение режима, диетотерапии. Методы и средства патогенетической и иммунокорректирующей терапии.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками активно выявлять пациентов с заболеваниями, протекающими с синдромом экзантемы.
2. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
3. Клинико-анамнестическое обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием элементов сыпи;
5. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
6. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
7. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей;
8. Проведением неврологического обследования, необходимого и достаточного для диагностики менингитов, энцефалитов;
9. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (экзантема, поражение зева, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, желтуха, менингеальный и энцефалитический синдромы);
10. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
11. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования; больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
12. Трактовкой результатов бактериологических, вирусологических, серологических исследований;
13. Назначением адекватной терапии инфекционным больным;
14. Вакцинотерапией, определением показаний, выбором доз и способов введения препаратов.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Каково антигенное строение вируса ветряной оспы, краснухи?
2. Назовите источники инфекции при ветряной оспе, краснухе, скарлатине, кори, механизм передачи.
3. Опишите элементы сыпи при перечисленных выше инфекциях.
4. Каковы сроки инкубации при данных инфекциях и сроки появления сыпи?
5. Назовите осложнения и исходы при ветряной оспе, краснухе, скарлатине, кори.
6. Какова современная классификация экзантем?
7. Укажите осложнения (специфические и неспецифические), развивающиеся при ветряной оспе, краснухе, кори, скарлатине?
8. Каковы лабораторные принципы диагностики экзантем?
9. Правила размещения в стационаре.
10. Принцип функционирования мельцеровского бокса.
11. Принципы терапии ветряной оспы, краснухи, скарлатины, кори.
12. Вакцинопрофилактика: сроки, показания, противопоказания.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больная М, 25 лет, воспитатель в детском саду заболела остро, когда на фоне полного здоровья появился озноб, слабость, головная боль, боль в горле при глотании, повышение t тела до 39°C . Приняла парацетамол, состояние несколько улучшилось. Через 7 часов от момента начала заболевания на коже появилась сыпь на шее, верхней части туловища, проксимальных отделах конечностей. Сыпь отсутствовала в области носогубного треугольника. Вызвала «скорую помощь», доставлена в инфекционную больницу.

Из анамнеза: хронические заболевания отрицает, правила личной гигиены соблюдает. О перенесённых в детстве заболеваниях не помнит, амбулаторная карта утеряна. Болеет редко ОРЗ. Известно, что из детского сада, где работает больная, госпитализировано несколько детей с подобными симптомами.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы гиперемированы. На гиперемированном фоне множество сливающихся точечных элементов, со сгущением на внутренней поверхности бёдер, нижней части живота и подмышечных областей. Особенно выражено сгущение сыпи в естественных складках подмышечных областей и локтевых ямок. Сыпь сопровождается зудом. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Нёбные миндалины ярко гиперемированы, отёчны, увеличены до 2 степени. На их поверхности белый налёт, который снимается шпателем, поверхность под ним не кровоточит. Язык обложен белым налётом. Углочелюстные лимфоузлы увеличены до 3 см в диаметре, умеренно болезненные. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 120 в минуту, пульс = ЧСС = 120 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез – со слов больной не нарушены. Больная госпитализирована.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Этиология заболевания.
3. Классификация.
4. Осложнения заболевания.
5. Дифференциальный диагноз
6. План обследования больного.
7. Лечение: препараты, длительность их применения

Эталон

1. Скарлатина, типичная форма, средней степени тяжести.
2. Возбудителем скарлатины являются токсигенные стрептококки группы А. Содержат в клеточной стенке глюкуроновую и липотейхоевую кислоты, М-, Т-, R- протеины, липопротеиназу, групповой полисахарид, пептидогликан, а в процессе жизнедеятельности продуцируют стрептолизины – О и S, глюкуронидазу. Источником инфекции чаще всего служат больные скарлатиной, реже – ангиной, и носители токсигенных штаммов стрептококков. Механизм передачи инфекции аэрозольный.

Патологический процесс при скарлатине связан с взаимодействием макроорганизма с антигенами возбудителя и с действием токсина. Три линии патогенеза: токсическая, септическая, аллергическая. Скарлатинозный токсин состоит из термолабильной (эритрогенной), оказывающей токсическое влияние на организм, и термостабильной, обладающей аллергенными свойствами, фракций. Эритрогенный токсин обладает пирогенностью, цитотоксичностью, способностью подавлять функцию ретикулоэндотелиальной системы, повышать проницаемость клеточных мембран, вызывать расширение капилляров кожи и острое воспаление верхних слоёв дермы с последующими некробиотическими изменениями клеток эпидермиса. В организме людей, ранее не болевших скарлатиной (НЕ ИМЕЮЩИХ АНТИТОКСИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА), он в течение нескольких часов вызывает повышение температуры, явления интоксикации, острого тонзиллита и обильной точечной сыпи. Морфологически сыпь характеризуется острым воспалением верхних слоёв дермы с резким расширением капилляров и последующим некрозом эпителия.

Иммунитет после перенесённого заболевания стойкий пожизненный антитоксический.

3. Классификация скарлатины (А.А. Колтыпин, 1948 год)

I. По форме:

1) Типичная

2) Атипичная:

А) стёртая (скарлатина без сыпи)

Б) с аггравированными симптомами (гипертоксические и геморрагические формы)

В) экстрабуккальные формы.

3) Позднее поступление.

II. По тяжести:

1. Лёгкая

2. Среднетяжёлая

3. Тяжёлая:

А) токсическая

Б) септическая

В) токсико-септическая.

III. По течению

1. Без аллергических волн и осложнений

2. С аллергическими волнами и осложнениями:

А) аллергического типа (нефрит, синовит, реактивный лимфаденит)

Б) с гнойными осложнениями

В) с септикопиемией

3. Абортивное.

4. Осложнения скарлатины: стрептококковый сепсис, аденофлегмона, отит, мастоидит, ревмокардит, миокардит, гломерулонефрит.

5. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, протекающими с экзантемой (краснуха, псевдотуберкулёз, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция).

6. В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, повышение СОЭ. С 5-7 дня болезни присоединяется эозинофилия. В общем анализе мочи может быть незначительный мочево́й синдром, соответствующий интоксикации. Необходимо оценивать анализ мочи в динамике для выявления гломерулонефрита. При бактериологическом исследовании выделение бета-гемолитических стрептококков из материала поверхности миндалин, нарастание титра антител к стрептококковым антигенам в динамике заболевания. ЭКГ позволит своевременно выявить осложнения со стороны сердца.

7. При среднетяжёлой степени показана госпитализация. Режим постельный на период лихорадки.

Основа лечения – применение этиотропных средств (пенициллины, макролиды, цефалоспорины). Назначим данной больной бензилпенициллин, внутримышечно по 1000000 Ед через каждые 4 часа в течение 7 суток.

Патогенетическая терапия:

Дезинтоксикация (внутривенно кристаллоиды в объёме физиологической потребности). Обильное горячее питьё (сок, морс). Приём поливитаминов. Для десенсibilизации используем супрастин по 1 мл внутримышечно 2 раза в сутки.

Для снижения температуры и воспалительного процесса можно применить парацетамол 500 мг 3 раза в сутки 3 дня.

Местная терапия: полоскание горла растворами антисептиков, обработка миндалин антисептиками. Выписка производится после клинического выздоровления, но не ранее 7 дня с момента нормализации температуры тела, при условии бактериальной санации, нормализации показателей анализов мочи и крови, ЭКГ. Необходимо избегать физических нагрузок в течение 14 дней. К работе в детском коллективе допустить

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной Ш., 27 лет, поступил в клинику на 2 день болезни с жалобами на повышение температуры до 38, боль в горле при глотании, появление на коже сыпи. Заболел остро: 5 января повысилась температура до 37,8, появилась слабость, небольшая боль в горле при глотании. На следующий день боль в горле усилилась, появилась сыпь.

В эпиданамнезе указание на контакт с больным ангиной за 7 дней до заболевания.

Объективно: состояние средней тяжести. Лицо ярко гиперемировано. На коже туловища, конечностей, особенно на внутренней поверхности бедер обильная мелкоочечная сыпь на гиперемированном фоне. Особенно выражено сгущение сыпи в естественных складках подмышечных областей и локтевых ямок. Сыпь сопровождается зудом. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Нёбные миндалины гиперемированы, отёчны, увеличены до 2 степени. На их поверхности белый налёт, который снимается шпателем, поверхность под ним не кровоточит. Язык обложен белым налётом. Углочелюстные лимфоузлы увеличены до 3 см в диаметре, умеренно болезненные. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту, пульс = ЧСС = 120 в минуту, удовлетворительных свойств. АД – 120/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез – со слов не нарушены. Больной госпитализирован. ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Решите вопрос о госпитализации.
- 4.Назначьте обследование и лечение.
- 5.Профилактика

Задача № 2.

На приём к участковому врачу обратилась К., 26 лет, с жалобами на повышение температуры до 38,0 С, озноб, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, сыпь.

Больна второй день. Заболевание началось с недомогания и незначительных катаральных явлений, повышения температуры до 37,50 С. На следующий день состояние ухудшилось. Усилились катаральные явления и признаки интоксикации, появилась сыпь, что и послужило поводом для обращения к врачу.

Из анамнеза: состоит на учете в женской консультации с беременностью 17 недель. Проживает в благоустроенной квартире. Работает учителем в школе. В классе есть больные с клиникой ОРЗ. Прививки сделаны не все, т.к. было много медицинских отводов по причине заболеваний в детстве. О перенесённых в детстве заболеваниях женщина не знает. Правила личной гигиены соблюдает.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура 38,0 С, на коже лица, за ушами, на волосистой части головы, туловище и конечностях – мелкопятнистая сыпь на неизменён-

ном фоне. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зерниста, миндалины гиперемированы, не увеличены, налётов нет. Затылочные, задне-шейные, околоушные лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре, эластичные, болезненные. Остальные группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края правой рёберной дуги, пальпируется нижний полюс селезёнки, стул, мочеиспускание и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Объясните тактику врача в момент поступления больного.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. План обследования и лечения.
5. Противоэпидемические мероприятия.

4. Задания для групповой работы

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с синдромом экзантемы, а также с другими детскими инфекциями (корь, скарлатина, краснуха, ветряная оспа)

Цель работы: в результате обследования пациента выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимые диагностические мероприятия и терапию.

1. Провести обследование больного с ветряной оспой, краснухой, скарлатиной, корью, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на длительность инкубационного периода, сроки появления экзантемы, наличие контакта с больными.
3. При осмотре определить характерные признаки заболеваний. При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), бактериологические и серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведённого диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Эпидемиология экзантемных инфекций (источник инфекции, индекс контагиозности, иммунитет, сезонность).
2. Диагностические критерии скарлатины, стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом, кори, краснухи, ветряной оспы, энтеровирусной инфекции, простого герпеса, опоясывающего герпеса, многоформной экссудативной эритемы.
3. Выделить критерии тяжести экзантемных инфекций.
5. Выделить клинические особенности специфических осложнений, наблюдающихся при экзантемных инфекциях.
6. Провести дифференциальную диагностику экзантемных инфекций по отдельным клиническим синдромам согласно выше указанному алгоритму.
7. Основные принципы терапии больных с различными экзантемными инфекциями: при неосложнённом течении типичной формы; при наличии специфических и неспецифических осложнений; при атипичных формах.
8. Критерии выписки больных из стационара, критерии допуска реконвалесцентов в организованный детский коллектив.
9. Характеристику противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Плотный бесполостный элемент, возвышающийся над уровнем кожи с плоской или куполообразной поверхностью, это

- а) везикула
- б) розеола
- в) папула
- г) чешуйка

2. При скарлатине сыпь имеет характер:

- а) папулезный
- б) мелкопятнистый
- в) розеолезный
- г) везикулезный

3. Сыпь не пигментируется при:

- а) краснухе
- б) кори
- в) скарлатине
- г) брюшном тифе

4. Краснуха наиболее опасна:

- а) для беременных женщин в первом триместре беременности
- б) для беременных женщин в последнем триместре беременности
- в) для детей
- г) для пожилых людей

5. Какие клинические признаки свойственны опоясывающему герпесу:

- а) боль по ходу высыпаний
- б) гепатомегалия
- в) лихорадка
- г) насморк

6. Укажите особенности ветряной оспы у взрослых

- а) выражен продромальный период
- б) болезнь протекает легко
- в) тяжелое течение болезни
- г) выражены катаральные симптомы

7. Везикулезная сыпь встречается при

- а) ветряной оспе
- б) экземе Капоши
- в) ящуре
- г) брюшном тифе

Эталоны ответов:

1 - в 2 - б 3 - а 4 - а 5 - а,в 6 - а,в 7 - а,б,в

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.1: Клещевой энцефалит, иксодовый клещевой боррелиоз.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по клещевому энцефалиту, иксодовому клещевому боррелиозу, рассмотреть особенности патогенеза и клиники клещевых инфекций, научить проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение при клещевом энцефалите и клещевом боррелиозе, проводить диспансерное наблюдение.

Задачи:

1. Определить особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза.
2. Рассмотреть современную классификацию клещевых инфекций.
3. Изучить показания для этиотропной терапии и средства этиотропного лечения.
4. Изучить исходы и диспансерное наблюдение за больными разными формами клещевого энцефалита и боррелиоза.
5. Сформировать навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных с клещевым вирусным энцефалитом и клещевым боррелиозом.

Аспирант должен знать:

1. Современные достижения в изучении иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ), ГАЧ и МЭЧ, клещевого энцефалита.
2. Этиологию и свойства возбудителей клещевых нейроинфекций.
3. Эпидемиологию изучаемых инфекций.
4. Основные звенья патогенеза ИКБ и клещевого вирусного энцефалита (КВЭ).
5. Классификацию, клиническую картину ИКБ и КВЭ.
6. Заболевания, входящие в круг дифференциальной диагностики.
7. Принципы терапии ИКБ, КВЭ, ГАЧ, МЭЧ.
8. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики данных инфекций.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать эпидемиологический анамнез у больного с иксодовым клещевым боррелиозом, клещевым вирусным энцефалитом.
2. Провести клиническое обследование больного с подозрением на клещевые инфекции.
3. Выявить и описать клинические синдромы.
4. Назначить лабораторное обследование (серологические методы, биохимические, инструментальные).
5. Поставить предварительный диагноз.
6. Провести дифференциальную диагностику.
7. Сформулировать окончательный диагноз. Выявить осложнения.
8. Провести лечение больных с ИКБ, КВЭ (с учетом формы болезни и наличия осложнений).
9. Составить план диспансерного наблюдения.
10. Провести профилактику заболеваний.

Аспирант должен владеть:

1. Навыками раннего выявления больных клещевым боррелиозом, клещевым энцефалитом.
2. Навыками оказания специализированной медицинской помощи в инфекционном отделении.
3. Клинико-анамнестическим обследованием больного с клещевыми нейроинфекциями (с трактовкой результатов по дням болезни);
4. Выявлением и описанием, оценкой степени выраженности синдромов.
5. Навыками составления плана лабораторного и инструментального обследования.

6. Трактовкой результатов биохимических, серологических исследований.
7. Проведением этиотропной и патогенетической терапии.
8. Принципами проведения неотложных мероприятий при осложнениях.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите основные морфологические и биохимические свойства боррелий.
2. Укажите источники инфекций и их эпидемиологическую значимость.
3. Опишите клинику основных форм острого Лайм-боррелиоза.
4. Принципы лечения клещевого энцефалита.
5. Терапия боррелиозной инфекции.
6. Основные характеристики вируса клещевого энцефалита. Причины персистенции в организме человека.
7. Основные характеристики боррелий. Причины персистенции в организме человека.
8. Тактика ведения пациента после присасывания клеща (обследование клеща, обследование сыворотки крови пациента, показания для введения противоклещевого иммуноглобулина, иммуномодуляторов, антибиотиков).
9. Клинико-лабораторные критерии клещевого энцефалита.
10. Клинико-лабораторные критерии боррелиоза
11. Лечение при клещевом энцефалите
12. Лечение при боррелиозе.
13. Диспансерное наблюдение при клещевом энцефалите.
14. Диспансерное наблюдение при боррелиозе.
15. Профилактика клещевого энцефалита.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Раскрыть специфическую профилактику клещевого энцефалита.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной Г., 30 лет, поступил в инфекционную больницу 13.06 с жалобами на повышение температуры тела до $39,3^{\circ}\text{C}$, слабость, головную боль, рвоту.

Из анамнеза болезни: заболел остро 10.06, повысилась температура тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, появилась слабость, недомогание. Обратился к терапевту, получал лечение по поводу ОРЗ, без эффекта. 13.06 температура тела повысилась до $39,6^{\circ}\text{C}$, появилась рвота, больной вызвал бригаду «Скорой помощи», доставлен в инфекционную больницу.

Из эпид. анамнеза: с начала июня жил в саду, ходил в лес. Молоко от коровы или козы не пил. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа лица и шеи гиперемирована. Кожные покровы чистые. В ротоглотке незначительная гиперемия задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Симптом ригидности мышц затылка, Кернига, Брудзинского отрицательные. Очаговой симптоматики нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 92 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин - 138 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,98, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 42%, эозинофилы - 5%, лимфоциты - 38%, моноциты - 10%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенная, прозрачная, белок - 0,006 г/л, глюкоза - нет, эпителий - 0-1 в п. зр., лейкоциты - 0-1 в п. зр., эритроциты – не обнаружены.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Интерпретация результатов исследований, план обследования.
4. Лечение.
5. Диспансерное наблюдение, профилактика.

Эталон

1. Клещевой вирусный энцефалит, лихорадочная форма, средней степени тяжести. Обоснование: острое начало, эпид. анамнез (жил в саду, ходил в лес, сезонность), развитие выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома, характерный внешний вид больного, отсутствие очаговой и менингеальной симптоматики.
2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с Лайм-боррелиозом, клещевым сыпным тифом, лептоспирозом, геморрагическими лихорадками.
3. Общий анализ крови: нейтропения, лимфоцитоз – признаки вирусного воспаления, общий анализ мочи: в пределах нормы. План обследования: специфическая диагностика: ИФА (РСК, РТГА) – выявление антител класса IgM к антигенам вируса клещевого энцефалита, нарастание титров антител в парных сыворотках крови больного, ИФА на антитела к боррелиям.
4. Госпитализация. Режим постельный на период лихорадки, диета общая. Этиотропная терапия: иммуноглобулин человека против вируса клещевого энцефалита 0,1 мл/кг 1 раз в день в/м в течение 3-5 дней. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация, десенсибилизация, витамины С и группы В. Симптоматическая терапия при необходимости - жаропонижающие препараты (ибупрофен).
5. Диспансерное наблюдение не менее 1 года у невропатолога и инфекциониста. Профилактика: 1. Специфическая: а) экстренная – иммуноглобулин человека против вируса клещевого энцефалита в дозе 0,1 мл/кг в/м однократно в первые трое суток после присасывания клеща б) плановая – вакцинация по эпид. показаниям (энцепур, энцевир и др.). 2. Неспецифическая: кипячение молока, само- и взаимные осмотры, использование репеллентов и акарицидов, защитная одежда.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная К., 20 лет, поступила в инфекционную больницу 20.10. с жалобами на субфебрильную температуру тела ($37,2-37,6^{\circ}\text{C}$), слабость, недомогание, снижение работоспособности.

Из анамнеза болезни известно, что июне этого года был факт присасывания клеща в область шеи. В течение 10 дней проходила лечение в стационаре по поводу безэритемной формы Лайм-боррелиоза. Выписана с выздоровлением. 10.10. заметила красное опухолеобразное образование на мочке правого уха и повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$. Самостоятельно не лечилась. Обратилась к терапевту, направлена в инфекционную больницу.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы физиологической окраски. На мочке правого уха образование синюшно-красного цвета, размером $0,5 \times 0,7$ см, плотноватой консистенции, безболезненное. Околоушные лимфоузлы справа до 1,5 см, безболезненные. В

ротоглотке гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Рс 72 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный. Стул и диурез в норме.

ОАК: Нв-132г/л, эр-3,8*10¹²/л, ЦП-1,0, лейкоц-8,8*10⁹/л, ПЯ-8%, СЯ-42%, э-5%, лимф-35%, мон-10%, СОЭ 19 мм/ч.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 в мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Интерпретация результатов исследований, план обследования.
4. Лечение.
5. Диспансерное наблюдение, профилактика.

Задача 2.

Больной П., 41 год, поступил в инфекционное отделение МСЧ№1 г. Перми 14.08 на 2-й день болезни с жалобами на повышение температуры до 39,30С, слабость. За 10 дней до начала болезни имело место присасывание клеща. Заболевание началось остро с повышения температуры до 37,30С, сильной слабости. При объективном обследовании в стационаре общее состояние расценивалось как среднетяжелое. На месте присасывания клеща кожа не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 68 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. На 3-й день болезни пульс 62 удара в минуту, аритмичный (экстрасистолия 2-3 в мин). На ЭКГ синусовая аритмия, левожелудочковая экстрасистолия, возникающая ближе к верхушке сердца. Диффузные изменения в миокарде (сглаженность рубца Т в II, III отведениях).

Общий анализ крови: эр – 4,78x10¹²/л, гемоглобин – 144г/л, лейкоциты – 3,7x10⁹/л, э – 1%, п – 3%, с – 32%, л – 54%, м – 10%, СОЭ 3мм/ч. Анализ мочи без патологических отклонений. Биохимический анализ крови: АЛТ – 2,4 ммоль/л, АСТ – 1,2 ммоль/л, ДФА – 0,220 ед.

Через 2 недели от начала заболевания определялось расширение границ сердца влево, умеренное приглушение тонов, акцент II тона над аортой, нарушение ритма с частыми экстрасистолами (10-12 в мин). С диагнозом «миокардит» больной переведен в кардиологическое отделение, где было продолжено обследование. На ФКГ – амплитуда тонов достаточная, соотношение их обычное. Периодически на верхушке и в точке Боткина – шумовые осцилляции в середине систолы. После физической нагрузки картина не изменяется. Заключение: признаки порока сердца отсутствуют.

Через 3 недели от начала болезни у больного появилось чувство тяжести за грудиной, одышка при небольшой физической нагрузке, аускультативно отмечалась глухость сердечных тонов. При рентгеноскопии грудной клетки: сердце расширено влево до срединно-ключичной линии. Контуры сглажены, увеличение левого желудочка кпереди. Ультразвуковое исследование сердца: в переднем перикарде имеется около 80мл жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз, проведите его.
3. Какие лабораторные методы исследования необходимо назначить.
4. Сформулируйте принципы лечения данного заболевания, назначьте лечение в данном случае
5. Диспансерное наблюдение.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с иксодовым клещевым боррелиозом
- 2) Провести анализ историй болезни с клещевым вирусным энцефалитом

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

-Фамилия, имя, возраст больного.

- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов. Показания к терапии
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Варианты течения ИКБ (периоды заболевания –ранний, поздний, резидуальный).
2. Клиническая симптоматология первой, второй и третьей стадии болезни.
3. Варианты течения безэритемной формы ИКБ.
4. Лабораторная диагностика ИКБ, ГАЧ и МЭЧ. (НРИФ, ИФА, НМИФ, иммуноблотинг, ПЦР).
5. Лечение ИКБ в зависимости от стадии болезни.
6. Правила выписки реконвалесцентов, диспансерное наблюдение. Реабилитация.
7. Профилактика ИКБ (неспецифическая, экстренная).
8. Классификация КВЭ.
9. Клиническая симптоматика энцефалитической, полиоэнцефалитической, полиомиелитической форм КВЭ.
10. Характеристика ликвора при менингеальной форме КВЭ.
11. Этиопатогенетическая терапия КВЭ.
12. Диспансерное наблюдение, профилактика заболевания.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

- а) возбудителем является риккетсия
- б) естественным резервуаром возбудителя является человек
- в) механизм заражения – трансмиссивный
- г) основной переносчик - блохи
- д) наибольшая заболеваемость регистрируется в степных районах

2. МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ

- а) розеола
- б) папула
- в) пустула
- г) геморрагии
- д) эритема

3. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИКБ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) менингоэнцефалит
- б) кольцевидная эритема
- в) кардиопатия
- г) полиартрит

д) менингоградикулоневрит

4. ДЛЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

- а) менингит
- б) полиартрит
- в) полиомиелит
- г) полиаденопатия
- д) миокардит

5. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИКБ ХАРАКТЕРНЫ

- а) хронический остеомиелит
- б) спастический парапарез
- в) полинейропатия
- г) полиартрит
- д) хронический атрофический дерматит

Ответы:

1 - в 2 – д 3 – б 4 –а, в 5 – в, г, д

4) Решить ситуационную задачу

Больной С., 30 лет, в июне поступил в неврологическое отделение с жалобами на повышение температуры, головную боль. Болен 4-й день: вначале температура повысилась до 37,5°C, а затем достигла 38-38,5°C. Появилась головная боль, тошнота, 2 раза была рвота. За 2 недели до болезни был в туристическом походе по Алтаю, жил в палатке. При осмотре: сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 120/75мм.рт.ст., пульс 92 уд/мин. Печень и селезёнка не увеличены.

Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

При диагностической люмбальной пункции получен ликвор следующего состава: цитоз - 283 лейкоцита в 1 мкл, белок-0,9%, реакция Панди +++, в мазке –88% лимфоцитов, 12% нейтрофилов.

Проведенное лечение: 5% р-р глюкозы с витаминами по 1000,0 мл. в/в, лазикс 40мг.-в/в ×1р., анальгин 50% -2,0 в/м × 2р.

На фоне проводимой терапии головная боль и менингеальные симптомы уменьшились, но появился парез левой руки, признаки атрофии шейно-плечевой мускулатуры слева, больной с трудом наклоняет голову влево.

ЗАДАНИЕ.

1. Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план ведения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standardy-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. 2015.СПб: СпецЛит.
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013,М:

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.2: Геморрагические лихорадки

Цель занятия: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме "Геморрагические лихорадки (Омская, Крымская, Боливийская, Аргентинская лихорадка, лихорадка Эбола, Ласса, Марбург, Денге), повышение общемедицинской эрудиции у аспирантов; определить особенности патогенеза и клиники геморрагических лихорадок; научить выявлению клинических особенностей течения и составлению плана лечебных мероприятий при различных видах геморрагических лихорадок.

Задачи:

1. Рассмотреть ареал распространения и значимость геморрагических лихорадок.
2. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике геморрагических лихорадок.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение форм и осложнений геморрагических лихорадок.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Современные достижения в изучении геморрагических лихорадок.
2. Этиологию и свойства возбудителей геморрагических лихорадок.
3. Эпидемиологию изучаемых инфекций.
4. Основные звенья патогенеза заболеваний.
5. Классификацию, клинические проявления, стадии болезни, осложнения данных инфекций.
6. Дифференциальную диагностику геморрагических лихорадок.
7. Принципы терапии в зависимости от стадии инфекции.
8. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики данных инфекций.

Аспирант должен уметь:

1. Целенаправленно собирать анамнез у больного.
2. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Осмотреть больного.
4. Выявить основные клинические признаки болезни.
5. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
6. Назначить дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза и установления тяжести течения.
7. С учетом особенностей клиники провести клинико-лабораторный анамнез данных обследования, обосновать, сформулировать окончательный диагноз.
8. Назначить лечение с учетом вида возбудителя, тяжести течения и наличия осложнений. Выписать рецепты на основные лекарственные средства.
9. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).
10. Составить эпикриз с оценкой тяжести заболевания, результатов лечения, прогнозом и рекомендациями при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-anamnestическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием элементов сыпи;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;

6. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);
10. Проведением дифференциального диагноза геморрагических лихорадок;
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
13. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
14. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
15. Трактовкой результатов вирусологических, серологических исследований;
16. Назначением адекватной терапии больным;
17. Определением показаний, выбором доз и способов введения;
18. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Микробиологическая характеристика возбудителей геморрагических лихорадок (Омской, Крымской, Боливийской, Аргентинской лихорадок, лихорадок Эбола, Ласса, Марбург, Денге).
2. Особенности эпидемиологии и ареала распространения данных инфекций. Основные циклические эпидемиологические закономерности.
3. Патолофизиологические изменения в организме при геморрагических лихорадках (Омской, Крымской, Боливийской, Аргентинской лихорадках, лихорадках Эбола, Ласса, Марбург, Денге).
4. Классификация. Клинические проявления, стадии болезни, осложнения данных инфекций.
5. Лабораторная диагностика.
 6. Принципы лечения в зависимости от стадии инфекции.
 7. Патоморфологическая характеристика изменений внутренних органов. Общие закономерности патологического процесса.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной К., 45 лет, поступил в инфекционную больницу 26.06 с жалобами на повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$; слабость, разбитость, сильную головную боль, однократную рвоту «кофейной гущей», боли в эпигастральной области. Заболел остро, три дня назад, когда температура тела повысилась до $39,5^{\circ}\text{C}$, появилась слабость, головная боль. Лечился самостоятельно антигриппином, парацетамолом, без значительного эффекта. Сегодня утром температура тела снизилась, но состояние больного ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей», было носовое кровотечение. Из эпид. анамнеза удалось выяснить, что накануне заболевания вернулся из Украины, где жил у родственников. Пил козье молоко, работал в огороде. 19.06 был факт присасывания клеща в область живота. Клещ удален самостоятельно, от КЭ не привит. Объективно: состояние ближе к тяжелому, лицо одутловатое, кожные покровы бледные, на коже туловища и конечностей петехиальная сыпь, в местах инъекций синяки. В ротоглотке незначительная гиперемия задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, Ps 102 в мин.; АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен грязно-желтым налетом. Живот болезненный в эпигастральной области. Перистальтика выслушивается над всей поверхностью живота. Край печени на 2,0 см выступает из-под края реберной дуги, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул был один раз оформленный. Диурез достаточный. ОАК: Нв – 105 г/л; Эр – $3,3 \times 10^{12}/\text{л}$; Тр – $120 \times 10^9/\text{л}$; Лей – $3,8 \times 10^9/\text{л}$; ПЯ – 2%; СЯ – 40%; Э – 3%; Лимф – 42%; Мон – 13%; СОЭ – 3 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Оцените представленный ОАК.
4. Какими методами можно подтвердить диагноз?
5. Расскажите эпидемиологию данной инфекции.
6. Назначьте лечение.
7. Какие осложнения можно ожидать?
8. Предположите прогноз у данного пациента.
9. Меры профилактики.
10. Диспансерное наблюдение после перенесенной болезни.

Эталон

1. Диагноз: Крымская геморрагическая лихорадка, период разгара, тяжелое течение. Желудочно-кишечное кровотечение. Обоснование: острое начало, эпид.анамнез, клинико-лабораторные изменения.
2. С ГЛПС, с омской геморрагической лихорадкой, с лептоспирозом.
3. Острая постгеморрагическая анемия (снижение гемоглобина, эритроцитов), тромбоцитопения, лейкоцитопения, умеренный лимфоцитоз, моноцитоз.
4. Серологические реакции, непрямая реакция иммунофлюоресценции.
5. Источники возбудителя – зайцы-русаки, лесные мыши. Переносчики вируса – иксодовые клещи рода *Nyalomma*. Путь передачи – трансмиссивный, контактный (через кровь). Сезонность – весенне-летняя.
6. Режим I. Холод на живот, голод.
Этиотропная терапия: рибавирин
Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная терапия.
Препараты, улучшающие микроциркуляцию (эуфиллин в/в).
Свежезамороженная плазма. Эритроцитарная масса.
Дицинон + викасол – под контролем свертывающей системы крови.
7. Осложнения: очаговые и дольковые сливные пневмонии, отек легких, ДВС-синдром.
8. Прогноз: серьезный, при адекватной терапии возможно выздоровление.
9. Профилактика: защита от укусов клещей (репелленты, защитная одежда), противоклещевая обработка скота. Специфическая профилактика по эпид.показаниям.
10. У врача-инфекциониста 1-3 года. Консультации узких специалистов.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной К., 24 лет поступил 25.08 в инфекционную больницу с жалобами на повышение температуры тела до 40⁰С, потрясающий озноб, выраженную головную боль, боли в мышцах и суставах, повторную рвоту на высоте лихорадки, не связанную с приемом пищи. Из эпид.анамнеза выяснено, что больной 2 дня назад вернулся из Крыма, где был факт присасывания клеща. Клещ удален самостоятельно, за мед. помощью не обращался. Больной госпитализирован в диагностическое отделение инфекционной больницы. 26.08 температура снизилась до 37,4⁰С, однако на коже появилась обильная геморрагическая сыпь, боли в животе и в пояснице. Вечером температура вновь повысилась до 38,5⁰С, появились гематомы в местах инъекций, рвота «кофейной гущей», кровотоочивость десен. При осмотре: состояние больного тяжелое, больной вялый, бледный. На слизистой полости рта геморрагии. На коже геморрагические элементы со сгущением в верхней половине туловища, в местах инъекций синяки. В ротоглотке умеренная гиперемия задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 102 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный. Край печени на 3,0 см выступает из-под края реберной дуги, умеренно болезненный при пальпации. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стула не было. Диурез за сутки 200,0 мл. Лабораторно: ОАК: Нв – 92 г/л; Эр – 2,9 x 10¹²/л; ЦП – 0,8; Тр – 110 x 10⁹/л; Лей – 3,2 x 10⁹/л; ПЯ – 5%; СЯ – 46%; э – 1%; мон – 3%; лимф – 45%; СОЭ – 35 мм/ч. ОАМ: цвет – желтая; прозрачная; белок – 0,238 г/л; глю – отр.; лей – 6-7 в п/зр; эр – 1-2 в п/зр; эпителий немного; гиалиновые цилиндры – 3-4 в п/зр.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно было предположить в начальный период болезни?
2. Какой окончательный диагноз можно поставить? Обоснуйте его.
3. Какими еще путями можно заразиться данной инфекцией?
4. Объясните патогенетические механизмы появления болей в животе.
5. Оцените общий анализ крови и общий анализ мочи.
6. Назначьте дополнительное биохимическое обследование. Какие результаты вы ожидаете получить?
7. Какими специфическими реакциями можно подтвердить диагноз?
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
9. Назначьте лечение данному пациенту.
10. Расскажите основные принципы лечения ОПН.

Задача №2

Больной К., 32 года, поступил в инфекционную больницу 15.08 на 3 день заболевания с жалобами на сильную слабость, озноб, головные и мышечные боли, кашель со скудным отделением светлой мокроты. Из анамнеза болезни: заболевание началось остро, сначала повысилась температура тела до 38,2 С, появилась слабость, затем присоединился кашель. Больной лечился у участкового терапевта с диагнозом «ОРЗ». Принимал жаропонижающие и отхаркивающие средства. 15.08 состояние резко ухудшилось, температура тела – 39,5 С, появилось кровоизлияние в левую склеру. Больной вызвал бригаду скорой помощи и госпитализирован в инфекционную больницу. Из эпид. анамнеза выяснено, что за 4 дня до заболевания вернулся из Тюмени, где отдыхал у родственников. При посещении леса был укус клеща, клеща извлекли самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Объективный статус: состояние тяжелое, температура тела 39,3⁰С. Гиперемия лица, склеры инъецированы, в левом глазу обширное кровоизлияние. На слизистой полости рта единичные петехиальные элементы. Кожные покровы чистые, высыпаний нет. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные ЧСС 100 в мин. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень на 2 см выступает из-под края ребра, чувствительна при пальпации. Селезенка не увеличена. Диурез адекватный, стул оформленный коричневатый. Через сутки пребывания в стационаре у больного появилась двукратная рвота темного цвета, стул типа «мелены». Кожные покровы бледные, пульс – 110 уд/мин., АД – 95/55 мм рт. ст. Лабораторные

данные: ОАК: НВ – 105 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лей – $3,9 \times 10^{12}$ /л, ПЯ – 5%, СЯ – 45%, э – 0, м – 5%, лимф – 45%. Тромбоциты – 126×10^9 /л, СОЭ – 16 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими нозологиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? Охарактеризуйте ОАК, приведенный в задаче.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Какие существуют механизмы передачи возбудителя данной инфекции?

Назовите источники инфекции.

6. Назовите основное звено патогенеза данного заболевания.
7. Какой прогноз у данного пациента?
8. Профилактика данного заболевания.

4. Задания для групповой работы

1) Провести анализ истории болезни с лихорадкой Денге.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные свойства геморрагических лихорадок (Омская, Крымская, Боливийская, Аргентинская лихорадка, лихорадка Эбола, Ласса, Марбург, Денге).
2. Укажите источники и переносчики инфекций и их эпидемиологическую значимость.
3. Перечислите пути и факторы передачи данных инфекций.
4. Укажите основные патогенетические механизмы развития и механизмы повреждающего действия возбудителей геморрагических лихорадок (Омская, Крымская, Боливийская, Аргентинская лихорадка, лихорадка Эбола, Ласса, Марбург, Денге).
5. Классификация данных заболеваний.
6. Укажите основные клинические симптомы отдельных геморрагических лихорадок (Омская, Крымская, Боливийская, Аргентинская лихорадка, лихорадка Эбола, Ласса, Марбург, Денге).
8. Общие закономерности патологического процесса инфекций.
9. Патогенез и клинические проявления тромбогеморрагического синдрома при геморрагических лихорадках.
10. Лабораторная диагностика.
11. Принципы лечения
12. Каковы правила выписки больных из стационара.

13. Перечислите мероприятия в очаге.
14. Профилактика.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Начальный период ККГЛ включает в себя:

- А. Длительность до 6 дней
- Б. Острое начало с высокой лихорадкой и ознобом
- В. Миалгии и артралгии
- Г. Гиперемия лица, шеи и слизистой оболочки ротоглотки
- Д. Повышение артериального давления.

2. Клинические признаки периода разгара ККГЛ:

- А. Резкое ухудшение самочувствия и состояния
- Б. Появление геморрагических проявлений (от петехий до кровотечений)
- В. Артериальная гипотензия
- Г. Увеличение печени и развитие желтухи
- Д. Поражение нервной системы (подавленность, менингеальные симптомы, бред, судороги, возможна кома).

3. Изменение периферической крови у больных ККГЛ:

- А. Лейкоцитоз
- Б. Лейкопения
- В. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Г. Тромбоцитопения
- Д. Нормальная СОЭ

4. Осложнения у больных ККГЛ:

- А. Тромбофлебит
- Б. Вторичная бактериальная инфекция
- В. Инфекционно-токсический шок
- Г. Миокардит
- Д. Тяжелые кровотечения.

5. В лабораторной диагностике геморрагических лихорадок применяются:

- А. РА
- Б. ИФА
- А. РСК
- Г. ПЦР.
- Д. Реакция Райта.

6. Основным резервуаром и источником инфекции (вируса ККГЛ) являются:

- А. коровы
- Б. птицы
- В. клещи
- Г. грызуны
- Д. человек.

7. Пути передачи при ККГЛ:

- А. пищевой
- Б. воздушно-капельный
- В. трансмиссивный
- Г. гемоконтактный
- Д. водный.

8. Лабораторными методами ранней диагностики ККГЛ являются:

- А. вирусологический
- Б. ПЦР
- В. в ИФА-IgM
- Г. в ИФА-IgG
- Д. бактериологический.

Ответы:

1 - БГД 2 – АБВ 3 – БВГД 4 – АБВД 5 – БГ 6 - В 7 – ВГ 8 - БА

4) Решить ситуационную задачу.

Мужчина 43 лет, доставлен с приемный покой инфекционного стационара с жалобами на лихорадку, озноб, головная боль.

Из анамнеза выявлено, что заболел около 5 дней назад – резко повысилась температура тела до высоких цифр с ознобом, появились головная боль, мышечные и суставные боли. Работает в зоопарке, ухаживает за обезьянами, доставленными 2 недели назад из Уганды.

При осмотре в стационаре состояние больного тяжелое, жалуется на головную боль различного характера, колющую боль в груди, сухой кашель, мышечно-суставные боли, слабость. Слизистая глотки гиперемирована, имеются единичные везикулы на мягком нёбе. С 3-го дня болезни появились боли в животе, водянистый стул с примесью крови, повторная рвота. Пальпируется увеличенная печень. С 4-го дня состояние ухудшилось: появились спутанность сознания, ригидность мышц затылка, на коже туловища — геморрагическая сыпь, распространившаяся на шею, лицо, верхние конечности. В общем анализе крови — лейкопения, тромбоцитопения, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М.Бронштейн. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
2. Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. 2015.СПб: СпецЛит.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013, М.

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.3: ГЛПС, лептоспироз.

Цель занятия: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС) и лептоспирозу, определить особенности патогенеза и клиники ГЛПС и лептоспироза; научить выявлению клинических особенностей течения и составлению плана лечебных мероприятий при различных заболеваниях.

Задачи:

1. Рассмотреть ареал распространения и значимость ГЛПС и лептоспироза.
2. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике ГЛПС и лептоспироза.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.

5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение форм и осложнений ГЛПС и лептоспироза.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Современные достижения в изучении ГЛПС и лептоспироза.
2. Этиологию и свойства возбудителей ГЛПС и лептоспироза.
3. Эпидемиологию изучаемых инфекций.
4. Основные звенья патогенеза заболеваний.
5. Классификацию, клинические проявления, стадии болезни, осложнения данных инфекций.
6. Дифференциальную диагностику ГЛПС и лептоспироза.
7. Принципы терапии в зависимости от стадии инфекции.
8. Вопросы противоэпидемических мероприятий и профилактики данных инфекций.

Аспирант должен уметь:

1. Целенаправленно собирать анамнез у больного.
2. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Осмотреть больного.
4. Выявить основные клинические признаки болезни.
5. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
6. Назначить дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза и установления тяжести течения.
7. С учетом особенностей клиники провести клинико-лабораторный анамнез данных обследования, обосновать, сформулировать окончательный диагноз.
8. Назначить лечение с учетом вида возбудителя, тяжести течения и наличия осложнений. Выписать рецепты на основные лекарственные средства.
9. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).
10. Составить эпикриз с оценкой тяжести заболевания, результатов лечения, прогнозом и рекомендациями при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-анамнестическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием элементов сыпи;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);
10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (экзантема, лихорадка, поражение ротоглотки, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, поражение почек, желтуха, менингеальный синдром);
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
13. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
14. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
15. Трактовкой результатов вирусологических, серологических исследований;
16. Назначением адекватной терапии больным;
17. Лечение острой почечной недостаточности;

18. Определением показаний, выбором доз и способов введения;
19. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Особенности эпидемиологического процесса природно-очаговых инфекций в России и Кировской области в зависимости от региона.
2. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов ГЛПС и лептоспироза.
3. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
4. Клиническую картину осложнений.
5. Дифференциальную диагностику ГЛПС, лептоспироза.
6. Лабораторные исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
7. Принципы лечения больных, показания для проведения гемодиализа.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
9. Профилактика. Прогноз.

2. Практическая работа.

1. Провести объективный осмотр больного.
2. Выделить симптомы и синдромы. Сформулировать предварительный диагноз.
3. Назначить необходимое обследование.
4. Обосновать план лечения.
5. Обозначить тактику диспансерного наблюдения.
6. Определить противоэпидемические мероприятия
7. Составить алгоритм действий при возникновении различных осложнений

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной М., 30 лет, поступил в инфекционную больницу 27.07. на машине «Скорой помощи» с жалобами на повышение температуры тела в течение недели до 39^oC, сильную головную боль, головокружение, слабость. Заболел неделю назад остро с повышением температуры до 38,8^oC, резкой слабости, разбитости, боли в мышцах, особенно в икроножных. Лечился амбулаторно с диагнозом ОРЗ. Состояние не улучшалось. На 7-ой день заболевания появилась тошнота, была однократная рвота, усилилась головная боль и головокружение, в связи с чем вызвал «Скорую помощь». За неделю до заболевания отдыхал на озере, купался, рыбачил.

При осмотре: состояние тяжелое, больной вялый, сознание ясное. Выявлены положительные симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц. Очаговой симптоматики нет. Лицо одутловатое, гиперемировано, склеры инъекцированы, температура тела 39,5^oC. Дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 84 удара в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпация чувствительна. Печень 13-12-9 см по Курлову,

край её на 2 см ниже реберной дуги, болезненный при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области положительный с обеих сторон. При пальпации мышц отмечается болезненность, особенно сильно выраженная в икроножных мышцах.

При люмбальной пункции прозрачный ликвор вытекает под давлением.

В общем анализе крови: Эр – $4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 140 г/л, лейкоциты – $20,2 \cdot 10^9$; п/я – 9%, с/я – 56%, эоз. – 5%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 42 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 0,52 г/л, гиалиновые и зернистые цилиндры (+++), эр – 3-7 в п. зр, лей – 6-12 в п. зр.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Как могло произойти инфицирование больного?
3. Какие результаты исследования ликвора ожидаете получить?
4. Охарактеризуйте картину ликвора в норме.
5. Оцените результаты лабораторных исследований.
6. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
7. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
8. Лечение пациента.
9. Правила выписки.
10. Диспансерное наблюдение.

Эталон

1. Ds: лептоспироз, безжелтушная форма, менингит, тяжелой степени тяжести.

Обоснование: острое начало, эпиданамнез (купание в озере), интоксикационный синдром, гепатомегалия, поражение почек, менингит, боли в икроножных мышцах.

2. При купании в озере.

3. Ликвор: повышение уровня белка, положительные реакции Панди, Апелъта, умеренный лимфоцитарный плеоцитоз.

4. Ликвор в норме: бесцветный, прозрачный, давление в положении лёжа – 100-200 мм вод ст., сидя – 200-300 мм вод ст., цитоз $0-3-6 \cdot 10^9/л$, клетки – лимфоциты. Белок – 0,10-0,33 г/л., глюкоза – 2-3 ммоль/л, хлориды – 169,2-225,6 ммоль/л

5. ОАК (повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево); ОАМ (белок, лейкоциты, эритроциты, цилиндры).

6. Определение в сыворотке крови мочевины, креатинина, билирубина, АлАТ, АсАТ, коагулограмма. Бактериологическое (посев крови, мочи, ликвора) и серологическое исследование. Микроскопия ликвора в тёмном поле.

7. Дифференциальная диагностика: ГЛПС, псевдотуберкулез, грипп, серозные менингиты другой этиологии (паротитный, энтеровирусный, туберкулёзный, орнитозный), менингеальная форма клещевого энцефалита.

8. Лечение: госпитализация в инфекционную больницу, постельный режим.

1. Клафоран 4-6 г в сутки в.в. 10 дней;

2. инфузионная терапия 75% от физиологической потребности. Раствор хлорида натрия 0,9% - 400,0 мл; раствор глюкозы 5% - 200,0 мл; сульфат магния 25% - 10,0 мл; дексаметазон 12 мг; эуфиллин 2,4% - 10 мл; фуросемид 1% - 2,0 мл, диакарб по 1 таблетке утром.

9. Правила выписки: больной выписывается после полного клинического выздоровления (нормализация температуры тела, размеров печени, исчезновении менингеальных симптомов), санации ликвора и нормализации лабораторных показателей (ОАК, ОАМ, креатинина и др.).

10. Диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев с участием инфекциониста, нефролога, офтальмолога и невропатолога. Осмотры и лабораторные обследования 1 раз в 2 месяца.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной 42 года, поступил в инфекционную больницу 27 августа с жалобами на повышение температуры тела до $39,8^{\circ}C$, головную боль, слабость, боли в икроножных мышцах, сыпь. Заболел остро 3 дня назад, когда резко повысилась температура тела до $39,8^{\circ}C$, появилась головная боль,

боли в икроножных мышцах. К врачу не обращался, не лечился. На 3-й день заболевания было носовое кровотечение, на коже груди, живота, рук заметил появление сыпи, отмечал снижение диуреза, в связи с чем обратился за медицинской помощью, госпитализирован. В контакте с инфекционными больными не был, накануне заболевания ходил в туристический поход, ночевал в лесу.

Объективно: состояние тяжелое, заторможен. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Лицо одутловатое, гиперемировано, сосуды склер и конъюнктив резко инъектированы. На коже конечностей и туловища отмечается петехиальная сыпь. Дыхание жесткое, сухие хрипы. Тоны сердца глухие, ЧСС 125 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, край печени на 3 см выступает из-под правой реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки. Выраженная болезненность при пальпации поясничной области с обеих сторон. За последние сутки диурез 100 мл.

В общем анализе крови: Эр – $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 132 г/л, лейкоциты – $18,7 \cdot 10^9$; п/я – 9%, с/я – 60%, эоз. – 5%, лимфоциты – 26%, СОЭ – 52 мм/час.

Общий анализ мочи: белок – 3 г/л, leu – 20 в п/з, Eг – 10 в п/з, гиалиновые цилиндры (++++), плоский эпителий (+++).

Вопросы:

1. Как могло произойти инфицирование больного?
2. Какие результаты исследования ликвора ожидаете получить?
3. Охарактеризуйте картину ликвора в норме.
4. Оцените результаты лабораторных исследований.
5. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
6. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
7. Лечение пациента.
8. Правила выписки.
9. Диспансерное наблюдение.
10. Расскажите основные принципы лечения ОПН.

Задача №2

Больной А., 45 лет., 12.10 доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на резкую слабость, сильную головную боль, снижение аппетита, появление «тумана», «мушек» перед глазами, жажду, носовое кровотечение. Была однократная рвота, температура тела 38,80С.

Заболел остро три дня назад, когда внезапно поднялась температура до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, головные боли.

Из анамнеза: работает егерем, живет в доме в лесу. Контакт с инфекционными больными отрицает. Из домашних животных – кошка и две собаки. У дома есть хозяйственные постройки, в которых есть мыши. Периодически употребляет в пищу консервы домашнего и фабричного изготовления.

Из анамнеза жизни: болеет редко, привит от клещевого энцефалита.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы лица, шеи гиперемированы, лицо одутловатое. В ротоглотке гиперемия миндалин и задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 86 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации болезненный в околопупочной области, перистальтические шумы выслушиваются над всей поверхностью живота. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания сомнительный с обеих сторон. Стул был один раз, оформленный. Диурез достаточный.

Лабораторно: ОАК: Нв – 130 г/л; Эр – $4,5 \cdot 10^{12}/л$; Лей – $3,5 \cdot 10^9/л$; ПЯ – 4%; СЯ – 60%; э – 2%; б – 1%; Лимф – 35%; мон – 5%; СОЭ 15 мм/ч; Тц – $180 \cdot 10^9/л$.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими нозологиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Интерпретируйте ОАК, приведенный в задаче.
5. Назначьте лечение данному пациенту.

6. Какие существуют механизмы передачи возбудителя данной инфекции?
7. Назовите основное звено патогенеза данного заболевания.
8. Какой прогноз у данного пациента?
9. Профилактика данного заболевания?

4. Задания для групповой работы

1) Провести анализ истории болезни с ГЛПС.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

I. Лептоспироз

1. Эпидемиология. Резервуары и источники инфекции в природе. Типы очагов лептоспироза. Пути передачи инфекции. Восприимчивость. Иммуитет. Сезонность. Типы эпидемических вспышек.

2. 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.

3. Клиника. Клиническая классификация лептоспироза. Инкубационный период. Общие закономерности развития. Желтушные и безжелтушные формы. Критерии тяжести. ОПН Другие осложнения. Прогноз.

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

5. Дифференциальный диагноз.

6. Лечение. Антибиотикотерапия. Специфическая терапия противолептоспирозным гаммаглобулином. Патогенетическая терапия. Неотложная терапия ОПН. Симптоматическое лечение.

Профилактика. Дератизация. Ветеринарные мероприятия. Иммунизация населения.

II. ГЛПС

1. Определение.

2. Этиология. Возбудитель, его основные свойства.

3. Эпидемиология. Природные очаги. Источники, механизм заражения, пути распространения инфекций. Иммуитет. Заболеваемость. Сезонность.

4. Патогенез, патологическая анатомия. Внедрение вируса, вирусемия и токсемия. Вазопатия. Механизмы развития геморрагического синдрома, поражений нервной системы, почек. Значение аутоаллергии.

5. Клиника. Инкубационный период. Цикличность заболевания. Геморрагические проявления.

Почечный синдром. Варианты течения. ОПН. Другие осложнения. Динамика восстановительного периода и остаточные явления. Прогноз.

6. Диагностика. Эпидемиологические и клинические данные. Лабораторные методы диагностики: оценка гемограммы, урограммы. Серологическая диагностика (РНИФ) с исследованием парных сывороток

7. Дифференциальный диагноз.

8. Лечение. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Интенсивная терапия при ОПН. Показания к экстракорпоральному диализу. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите природно-очаговые инфекции, встречающиеся на территории Кировской области:

- а) ГЛПС
- б) бруцеллез
- в) геморрагическая лихорадка Крым-Конго
- г) клещевой энцефалит
- д) клещевой боррелиоз

2. ГЛПС передается следующим путем:

- а) пищевым
- б) половым
- в) воздушно-пылевым
- г) трансплацентарным
- д) трансмиссивным

3. Клиническими симптомами начального периода ГЛПС являются:

- а) слабость, сильная головная боль
- б) нарушение зрения
- в) лихорадка
- г) гиперемия лица, шеи, верхней части груди
- д) снижение диуреза

4. В группу риска по заражению лептоспирозом входят:

- а) собаководы
- б) медицинские работники
- в) пациенты, находящиеся на ИВЛ
- г) рыбаки
- д) работники птицеферм

5. Выберите симптомы, характерны для 1) ГЛПС и 2) лептоспироза

- а) увеличение размеров печени
- б) боли в икроножных мышцах
- в) менингит
- г) нарушение зрения
- д) развитие острой печеночной недостаточности

6. Выберите симптомы, характерны для 1) ГЛПС и 2) гриппа

- а) сухой кашель
- б) петехиальная сыпь
- в) боли в животе
- г) заложенность носа
- д) положительный симптом поколачивания

Ответы:

1-гд 2-в 3-абвг 4-а 5 – 1) гд 2) абвд 6 - 1) бвд 2) аг

4) Решить ситуационную задачу:

1. Больная С., 27. лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней.

3 недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°C. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина - назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом. Отечность лица, пастозность голеней. ЧДД: - 20 в мин., в легких при аускультации - дыхание ослабленное, везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧСС - 90 в мин., АД 160/110 мм. рт. ст. Границы, сердца не расширены, при аускультации сердца – тоны приглушенные, ритмичные, I тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

ОАК: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты $5,0 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, палочкоядерные лейкоциты 3%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, тромбоциты $270,0 \times 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок сыворотки крови - 50 г/л, альбумины: 40%, глобулины 60%, креатинин 1,7 ммоль, К⁺ 5,0 ммоль/л, ОАМ: коричневая, мутная, относительная плотность 1012, щелочная реакция, белок 1,2 г/л, сахар не обнаружен, лейкоциты 6 в п/з, выщелочные эритроциты 100 в п/з, цилиндры 30 в п/з.

1. Выделите основные симптомы, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?
3. Предварительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

2. Пациент М., 23 года. Предъявляет жалобы на головную боль, лихорадку, рвоту

Из эпиданамнеза: Контакт с инфекционными больными отрицает. С мая живет на загородном доме. Заболел остро 8.01. с повышения температуры тела с ознобом до 38,9 °С, появления головной боли, боли в животе и пояснице, многократной рвоты. 10.01. госпитализирован с подозрением на сыпной тиф. При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 39,9°C. Сознание затемнено. Гиперемия кожи лица и шеи. Инъекция сосудов склер. Отмечается гиперемия задней стенки глотки, миндалинных дужек, энантема. На боковых 34 поверхностях грудной клетки — петехиальная сыпь. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 112 уд/мин. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Резко выражен симптом Пастернацкого. Стул задержан. Олигоурия. Общий анализ мочи: цвет насыщенно-желтый. Белок — 1,4 г/л, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, эритроциты покрывают почти все поле зрения, большое количество крупных вакуолизированных эпителиальных клеток, цилиндры.

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд.,

перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.

2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>

3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Вирусные болезни человека / Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. – СПб: СпецЛит, 2015. – 400 с.

6. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013,М:

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.4: Малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз.

Цель занятия: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме "Малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз", определить особенности патогенеза и клиники протозоозов, научить выявлению клинических признаков малярии, токсоплазмоза, лейшманиоза, проводить дифференциальный диагноз и назначать лечение.

Задачи:

1. Рассмотреть распространенность и значимость протозоозов, принципы и методы лечебной работы с больными тропическими инфекциями.
2. Определить особенности этиологии, эпидемиологии, патогенеза малярии.
3. Рассмотреть клинические особенности различных форм малярии, лабораторная диагностика, осложнений, лечение осложнённых и неосложнённых форм.
4. Определить актуальность токсоплазмоза, разобрать выделение симптомов в синдромы, обоснование и постановку топического диагноза согласно современной классификации.
5. Рассмотреть формы лейшманиоза (висцеральная и кожная форма), их клинические особенности, диагностику, лечение.
6. Изучить показания для этиотропной терапии и средства этиотропного лечения.
7. Сформировать способность самостоятельно поставить клинический диагноз и проводить дифференциальный диагноз заболеваний, назначить лечение различных клинических форм и осложнений инфекций.

Аспирант должен знать:

1. Современные достижения в изучении тропических инфекций
2. Этиологию малярии (характерные особенности различных видов плазмодиев, жизненный цикл, устойчивость во внешней среде).
3. Эпидемиологию малярии (источник, пути передачи, причины заражения, переносчики, восприимчивость и иммунитет, распространенность).
4. Общие закономерности патологического процесса. Патоморфологические изменения при осложнениях малярии в ЦНС, почках, печени, селезенке, костном мозге.
5. Классификацию. Механизмы повреждающего действия плазмодиев.
6. Клинические проявления отдельных видов малярии. Особенности тропической малярии,
7. Диагностику и дифференциальную диагностику различных видов малярии между собой и с другими лихорадочными заболеваниями (сепсис, бруцеллез, лептоспироз, брюшной тиф).
8. Осложнения малярии: малярийная кома, малярийный алгид, гемоглобинурийная лихорадка.
9. Принципы лечения малярии. Современные препараты,
10. Профилактику малярии. Диспансерное наблюдение.
11. Этиологию и эпидемиологию лейшманиоза, токсоплазмоза (резервуар, переносчики, пути заражения).
12. Патогенез, клинические проявления, стадии болезни, осложнения лейшманиоза, токсоплазмоза.
13. Лабораторную диагностику, принципы лечения в зависимости от формы и стадии инфекции.

Аспирант должен уметь:

1. Собрать анамнез заболевания, выделить цикличность заболевания.
2. Выяснить эпидемиологические данные (выезд в эндемичные районы, парентеральные вмешательства, переливания крови).

3. Выявить основные клинические признаки болезни.
4. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
5. Назначить дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза и установления тяжести течения.
6. С учетом особенностей клиники провести клинико-лабораторный анализ данных обследования, обосновать, сформулировать окончательный диагноз.
7. Назначить лечение с учетом вида возбудителя, тяжести течения и наличия осложнений. Выписать рецепты на основные лекарственные средства.
9. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).
10. Составить эпикриз с оценкой тяжести заболевания, результатов лечения, прогнозом и рекомендациями при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Методикой целенаправленного сбора эпидемиологического анамнеза;
2. Методами клинико-anamnestического обследования инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Навыками выявления и описанием элементов сыпи;
4. Навыками выявления и описания изменений в ротоглотке;
5. Навыками выявления и описания изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Навыками выявления и описания синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);
7. Навыками выявления глазных симптомов, важных для диагностики токсоплазмоза;
8. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
9. Навыками выявления и оценки гепатолиенального синдрома;
10. Навыками выявления и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);
11. Навыками проведения дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (экзантема, поражение ротоглотки, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, анемия, желтуха, менингеальный и энцефалитический синдромы);
12. Методикой формулировки клинического диагноза;
13. Навыками оценки тяжести течения инфекционного заболевания;
14. Навыками установления показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
15. методикой составления плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
16. Трактовкой результатов паразитологических, серологических исследований;
17. Назначением адекватной терапии больным.
18. Принципами проведения неотложных мероприятий при осложнениях.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Микробиологическая характеристика возбудителей протозоозов (малярии, токсоплазмоза, лейшманиоза).
2. Жизненный цикл малярийного плазмодия. (медицинская биология, микробиология)
3. Лабораторные методы исследования (микробиология).
4. Патофизиологические изменения в организме при протозоозах.
5. Опишите клинику основных форм малярии.
6. Принципы лечения малярии в зависимости от возбудителя.
7. Лица, подлежащие обследованию на малярию.
8. Основные характеристики токсоплазм. Причины персистенции в организме человека.
9. Основные характеристики лейшманий. Ареал распространения.
11. Клинико-лабораторные критерии токсоплазмоза.
12. Клинико-лабораторные критерии кожного и висцерального лейшманиоза.
13. Лечение токсоплазмоза.

14. Лечение лейшманиоза.
15. Диспансерное наблюдение при протозоозах.
16. Профилактика протозоозов.

2. Практическая работа.

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с высокой лихорадкой, подозрением на малярию»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на малярию, выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с подозрением на малярию, оценить жалобы, объективный статус.

2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на начало заболевания, выезда в эндемичные страны, переливания крови и т.д.

3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: высокая лихорадка с фазами "озноба", "жара", "пота", анемии, гепатоспленомегалии, головную боль. Осмотреть кожные покровы, пропальпировать лимфоузлы, живот, пальпация и перкуссия печени, селезенки.

4. При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные, микробиологические, серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больная Н., 49 лет, находилась в Республике Гвинея по месту командировки мужа.

Поступила в стационар при Посольстве России в Гвинею 30.09. с жалобами на приступы лихорадки с ознобами, резкую общую слабость, боли в пояснице, темную мочу. Больна с 27.09., когда появились приступы лихорадки с ознобами, температура тела повышалась до 40 градусов, беспокоили боли в мышцах, поясничной области.

После обращения к врачу здравпункта предприятия исследована «толстая капля» крови, в которой были обнаружены кольца *P. falciparum* (6-8 в поле зрения). Установлен диагноз тропической малярии. Проводилось лечение: кинимакс (хинин) 500 мг в/в- 5% растворе глюкозы 500 мл -3 р/д (3 дня). На фоне этой терапии сохранялась лихорадка неправильного характера, ознобы, головная боль, боли в мышцах, уменьшился, со слов больной, объем выделяемой мочи. На 4-й день болезни после внутривенного капельного введения хинина появилась черного цвета моча. 30.09. больная была госпитализирована. При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 39,3 градуса, кожные покровы влажные, бледно-желтушные, склеры и слизистые иктеричные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 120 уд. в мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен, влажный. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги, плотновата. Сознание ясное, беспокоит резкая слабость, боли в пояснице, головная боль. Менингеальных и очаговых симптомов нет. Больная за сутки выделила около 500 мл мочи темно-коричневого цвета. Моча при стоянии разделилась на 2

слоя: верхний - прозрачный цвета красного вина и нижний – темно-коричневый осадок. Кал обычной окраски.

Анализ крови от 30.09.96 г.: Эр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, Нб – 70 г/л, гематокрит – 28%, ретикулоциты – 25%, тр. 100×10^9 /л, Л – 10×10^9 /л, э – 6%, п – 23%, с – 49%, лимф. – 20%, м – 2%, СОЭ – 35 мм/ч.

Билирубин свободный – 43,6 мкмоль/л, связанный – 7 мкмоль/л, мочевины крови – 18 ммоль/л, креатинин – 280 мкмоль/л. Анализ мочи от 30.09.– уд. вес – 1028, белок – 12 г/л, эритроциты – 10-15 в поле зрения, лейкоциты – 10-12 в п/зр., гиалиновые цилиндры – 10-12 в п/зр., зернистые цилиндры – 5-6 в п/зр., определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Механизмы заражения.
3. Какое осложнение развилось и чем оно вызвано?
4. Проведите соответствующее лечение.
5. Возможны ли рецидивы этого осложнения?
6. Основной препарат для лечения тяжелой малярии?
7. Профилактика данной инфекции.
8. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Эталон

1. Клинический диагноз и его обоснование: Тропическая малярия, тяжелое течение, осложненная гемоглобинурийной лихорадкой.
2. Трансмиссивный механизм заражения.
3. Развилась гемоглобинурийная лихорадка. Недостаток фермента Г-6-ФД ведет к снижению устойчивости эритроцитов к окислительным воздействиям (препаратам), вследствие чего развивается острый внутрисосудистый гемолиз с гемоглобинурией и гемолитической желтухой. Этому способствует и нерегулярный прием препаратов.
4. Лечение: делагил по схеме (на курс 2,5 г) при резистентности - артемизин, дезинтоксикационная терапия, лазикс в дозе 3 мг/кг, преднизолон в дозе 5 мг/кг массы тела.
5. Рецидивы гемоглобинурийной лихорадки возможны.
6. При лечении тяжелых форм тропической малярии остается хинин.
7. Прогуанил ежедневно 200 мг, хлорохин 1 раз в 7 дней 300 мг, мефлохин 1 раз в 7 дней 250 мг, доксициклин ежедневно 100 мг.
8. Госпитализация и лечение больных, дезинсекция, активное выявление носителей, сезонная химиопрофилактика, химиопрофилактика для выезжающих в неблагополучные по малярии районы, просветительная работа.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной М., 45 лет, строитель, обратился за мед. помощью 01 июля. Вернулся из рабочей командировки (работа по контракту) в Африку 3 нед. назад. В командировке был неоднократно укусан москитами. Anamnesis morbi: заболел впервые. На предплечье 1 нед. назад отметил появление уплотнения и возвышения кожи розового цвета величиной 2-3 мм. Окруженное по периферии валом уплотненной кожи образование быстро увеличивалось в размерах, достигло примерно 5 см и было малоболлезненным, напоминая фурункул с лимфангитом и воспалительной реакцией окружающих тканей. Через 1 нед. в центре патологического образования сформировалась малоболлезненная язва с обильным сукровичным отделяемым. На коже предплечья отмечается язва размером 3х5 см с подрытыми краями, умеренно болезненная при пальпации. Дно язвы неровное, покрыто желтовато-серым налетом, содержимое язвы представлено обильными серозно-геморрагическими выделениями. Язва окружена мощным инфильтратом тестоватой консистенции, слабо чувствительным при пальпации. Со стороны внутренних органов и систем – без особенностей. ОАК: эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нб - 130 г/л, лей. - $9,5 \times 10^9$ /л, пал. - 1%, сег. - 60%, эоз. - 3%, баз. - 0%, лим. - 30%, мон. - 6%, СОЭ - 17 мм/час. Билирубин общий - 18 мкмоль/л, за счет непрямого, АЛТ - 0,58 ммоль/ч х л, АСТ - 0,35 ммоль/ч х л, ПТИ - 80%, общий белок - 70 г/л (альбумины 55%), глюкоза - 4,5 ммоль/л. ОАМ: без особенностей.

Микроскопическое исследование содержимого язвы и окружающего ее инфильтрата с окраской по Романовскому-Гимзе: обнаружены простейшие, в том числе, с внутриклеточной локализацией.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Механизм заражения данной инфекцией.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте адекватное лечение.
5. Укажите прогноз.
6. Назовите основные направления профилактики заболевания.
7. Опасно ли это заболевание в эпидемическом плане?
8. Классификация заболевания.

Задача 2.

Пациент Б., 21 год, обратился с жалобами на недомогание, слабость, мышечные боли, сыпь на теле, повышение температуры тела до 37,5⁰С.

Из анамнеза болезни известно, что данные жалобы появились 10 дней назад. 2 дня назад появилась сыпь. Больной никуда не обращался, принимал жаропонижающие. Эпидемиологический диагноз: выезжал к родственникам в сельскую местность, где прожил 3 дня. У родственников есть кошка, собака. Их соседка также содержит большое количество кошек. Пациент Б. помогал несколько раз соседке кормить и убирать за кошками. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: розеолезно-папулезная сыпь на туловище. В ротоглотке – без особенностей. Периферические лимфатические узлы мягкой консистенции, не спаяны с окружающей тканью, безболезненны при пальпации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Печень +1 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез не изменены. Общий анализ крови без изменений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возбудителя болезни.
3. Патогенез заболевания?
4. Перечислите основные механизмы и пути передачи инфекции.
5. Классификация болезни.
6. Почему данная инфекция опасна для беременных женщин?
7. Перечислите методы диагностики.

Назначьте этиотропное лечение пациенту.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ историй болезни с трехдневной малярией.
- 2) Провести анализ историй болезни с токсоплазмозом.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

-Фамилия, имя, возраст больного.

-Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).

-Клинический диагноз.

-Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.

-Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.

-Лечение (дать оценку эффективности терапии).

-Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.

-Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.

-План дальнейшего обследования и лечения больного.

-Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные свойства возбудителей малярии, токсоплазмоза, лейшманиоза. Цикл развития малярийных плазмодиев.

2. Укажите источники инфекций и их эпидемиологическую значимость при протозоозах.

3. Перечислите пути и факторы передачи малярийной инфекции.

4. Укажите основные патогенетические механизмы развития и механизмы повреждающего действия возбудителей малярии, токсоплазмоза, лейшманиоза.

5. Укажите основные клинические симптомы основных клинических форм малярии, токсоплазмоза, лейшманиоза.

6. Общие закономерности патологического процесса протозоозов.

7. Клинические особенности тропической малярии.

8. Патогенез ранних и поздних рецидивов при малярии.

9. Патогенез поражения миокарды при токсоплазмозе.

10. Патогенез спленомегалии при висцеральном лейшманиозе.

11. Специфическая диагностика протозоозов.

12. Принципы лечения протозоозов.

13. Правила выписки больных из стационара.

14. Перечислите мероприятия в очаге малярии.

12. Осложнения малярии (малярийная кома, малярийный альгид, гемоглобинурийная лихорадка) и других инфекций. Неотложные мероприятия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Признаки гинекологических поражений при хронической форме токсоплазмоза:

А) нарушения менструального цикла

Б) сальпингоофарит

В) эндометрит

Г) бесплодие

Д) киста яичника

2. Клинические формы токсоплазмоза у детей с ВИЧ:

А) церебральная

Б) глазная

В) легочная

Г) миокардитическая

Д) почечная

3. Признаки хронического врожденного токсоплазмоза:

А) гидроцефалия, микроцефалия

Б) олигофрения

В) судорожный синдром

Г) поражения глаз (микро- и анофтальмия, хориоретинит, атрофия зрительного нерва, катаракта, косоглазие, нистагм)

Д) менингит

4. Основными препаратами для лечения малярии являются:

А) Тинидазол

- Б) Делагил
- В) Фторхинолон
- Г) Примахин
- Д) Метронидазол

5. Развитие гемоглинурийной лихорадки происходит из-за:

- А) Распада эритроцитов под воздействием плазмодиев
- Б) Развития геморрагического нефроза-нефрита
- В) Развитие гемолиза эритроцитов после приема хинина из-за недостаточности фермента Г-

6-ФДГ

- Г) Развития острой печеночной недостаточности
- Д) Развития ранних рецидивов

6. Какие из приведенных симптомов характерны для:

1. малярийной комы

2. печеночной комы

а) гепатоспленомегалия

б) уменьшение размеров печени, симптом «пустого подреберья»

в) желтуха с преобладанием свободного билирубина

г) заторможенность, сменяющаяся психомоторным возбуждением, потеря сознания, угасание нормальных и появление патологических рефлексов

д) появление сладковатого запаха изо рта

е) анемия

Ответы:

1 - АБВГ 2 – АБВГ 3 – АБВГ 4 –БГ 5 – В 6 – 1: авге, 2: бвгд

4. Решить ситуационную задачу

Пациент А., 38 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры слабость.

Из анамнеза известно, что работает инженером, 3 мес назад вернулся из Алжира, где был в командировке в течение 6 месяцев и за 2 недели до возвращения переболел трехдневной малярией. На днях почувствовал озноб, головную боль, повышение температура тела 37,6 °С, четко чередующиеся (через день) температурные пароксизмы. Объективно: Общее состояние нарушено умеренно. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Катаральные симптомы со стороны дыхательных путей отсутствуют. Живот мягкий, пальпируются край печени и селезенка в подреберье. Стул нормальный.

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?

4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.

2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>

3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Клиническая паразитология: протозоозы и гельминтозы (руководство для врачей) / А. К. Токма-лаев, Г. М. Кожевникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: МИА, 2017. - 392 с.

2. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М.Бронштейн. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.5: Риккетсиозы.

Цель занятия: Способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по теме "Риккетсиозы", повышение общемедицинской эрудиции; определить общие черты этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клиника, диагностики, лечения основных риккетсиозов (эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилля, марсельская лихорадка, клещевой риккетсиоз, лихорадка Цуцугамуши, Волынская лихорадка, Европейский (вшивый) возвратный тиф, клещевой возвратный тиф), научить выявлению клинических особенностей течения и составлению плана лечебных мероприятий при различных видах геморрагических лихорадок.

Задачи:

1. Рассмотреть ареал распространения и значимость риккетсиозов.
2. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике риккетсиозов.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение различных форм и осложнений риккетсиозов.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении эпидемического сыпного тифа и болезнь Брилля, марсельской лихорадки, клещевого риккетсиоза, лихорадки Цуцугамуши, Волынской лихорадки, Европейского (вшивого) возвратного тифа, клещевого возвратного тифа).
2. Особенности эпидемиологического процесса при данных инфекциях в России на современном этапе.
3. Эпидемическое значение вшей, необходимые мероприятия для борьбы с педикулезом.
4. Эпидемиология, клещевого риккетсиоза. Резервуары инфекции в природе. Механизм заражения и пути распространения инфекции.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при риккетсиозных инфекциях.
6. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию риккетсиозных лихорадок.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
8. Принципы лечения больных сыпным тифом, клещевым риккетсиозом.
9. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
10. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
11. Профилактику риккетсиозов.

Аспирант должен уметь:

1. Целенаправленно собирать анамнез у больного.
2. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Осмотреть больного.
4. Выявить основные клинические признаки болезни.
5. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
6. Назначить дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза и установления тяжести течения.
7. С учетом особенностей клиники провести клиничко-лабораторный анамнез данных обследования, обосновать, сформулировать окончательный диагноз.
8. Назначить лечение с учетом вида возбудителя, тяжести течения и наличия осложнений. Выписать рецепты на основные лекарственные средства.

9. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).
10. Составить эпикриз с оценкой тяжести заболевания, результатов лечения, прогнозом и рекомендациями при выписке.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-anamнестическими обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием элементов сыпи;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);
10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (экзантема, поражение зева, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, желтуха, менингеальный и энцефалитический синдромы);
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
13. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
14. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
15. Трактовкой результатов вирусологических, серологических исследований;
16. Назначением адекватной терапии больным;
17. Определением показаний, выбором доз и способов введения;
18. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Достижения медицинской науки в изучении эпидемического сыпного тифа и болезнь Брилля, марсельской лихорадки, клещевого риккетсиоза, лихорадки Цуцугамуши, Волынской лихорадки, Европейского (вшивого) возвратного тифа, клещевого возвратного тифа).
2. Особенности эпидемиологического процесса при данных инфекциях в России на современном этапе.
3. Эпидемическое значение вшей, необходимые мероприятия для борьбы с педикулезом.
4. Эпидемиология, клещевого риккетсиоза. Резервуары инфекции в природе. Механизм заражения и пути распространения инфекции.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при риккетсиозных инфекциях.
6. Клиническая картину заболеваний, современную классификацию риккетсиозных лихорадок.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
8. Принципы лечения больных сыпным тифом, клещевым риккетсиозом.
9. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
10. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
11. Профилактика риккетсиозных инфекций.

2. Практическая работа.

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с высокой лихорадкой, подозрением на сыпной тиф»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением сыпной тиф, высокой ли-

хорадкой выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику лихорадки, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с сыпным тифом или больного с длительной лихорадкой неясной этиологии, сыпями, выявить жалобы.

2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными сыпным тифом, педикулезом или с высоко лихорадящим больным.

3. При осмотре определить характерные признаки заболеваний тифо-паратифозной группы: возбуждение, гиперемия кожи, наличие розеолезно-петехиальной сыпи на животе и груди, увеличение печени и селезенки. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.

4. При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), бактериологические и серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больная П., 56 лет, поступила в инфекционное отделение на 6-ой день болезни. Заболевание началось остро, когда после озноба температура тела повысилась до 38,5 °С, появилась резкая разлитая головная боль, боли в мышцах и суставах. На 2-ой день болезни наблюдалась участковым терапевтом. Назначенное лечение улучшения не приносило. Больную беспокоили резкая головная боль, бессонница. Температура тела с 3-го дня держалась в пределах 39-40 °С. На 6-ой день болезни при повторном осмотре врач обнаружил на коже живота, груди, и внутренних поверхностей предплечий обильную сыпь.

При поступлении в стационар - состояние тяжелое. Стонет от головной боли. Температура тела 40,1 °С, лицо гиперемировано, выражен склерит. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, дрожит при высывании. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения, АД 90/80 мм.рт.ст., дыхание учащено, 36 в мин. В легких рассеянные сухие хрипы, живот мягкий, безболезненный. На коже живота, груди, внутренней поверхности предплечий - обильная, полиморфная, розеолезно-петехиальная сыпь. Печень выступает на 3 см, селезенка - на 1 см из-под края реберной дуги. Менингеальные симптомы отрицательные.

На 7-ой день болезни у больной развилось резкое психомоторное возбуждение. Кричала, вскакивала с постели. Агрессивна, сопротивляется осмотру и манипуляциям. На вопросы отвечает не по существу, просьбы врача не выполняет. Зрительные галлюцинации (видела летящие автобусы, обнаженных людей). Пытается спрятаться при приближении к ней персонала. Отказывается от пищи.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

6. Укажите правила выписки больного

Эталон

1. Клинический диагноз:

Эпидемический сыпной тиф, тяжелое течение (Status typhosus).

Обоснование диагноза: Диагноз сыпного тифа выставлен на основании острого начала заболевания; высокой и длительной лихорадки, сопровождающейся сильной головной болью, сухостью слизистых, тахикардией и умеренной гипотонией. Характерная обильная, полиморфная, розеолезно-петехиальная сыпь появилась на 6-ой день болезни на коже груди, живота и внутренних поверхностях предплечий. Также у больной выявлялась гепато-спленомегалия. На 7-ой день болезни развился сыпнотифозный статус, сопровождающийся зрительными галлюцинациями. Развитие инфекционного дермита свидетельствует о тяжести состояния.

2. Госпитализация в ГИБ обязательна.

3. Диагностика.

1. ОАК, ОАМ, рентгенография легких в двух проекциях (для исключения пневмонии), ЭКГ. Для подтверждения диагноза необходимо провести серологическое обследование на 5-7 день болезни.

2. РПГА диагностический титр 1:1000, выявляются иммуноглобулины класса М; РСК - титр 1:160.

3. Необходимо исключить заболевания, протекающие с высокой и длительной лихорадкой. Для этого проводится реакция Видала с брюшнотифозным диагностикумом, микроскопия толстой капли крови (для исключения малярии), бак. посев крови.

4. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями высокой и длительной лихорадкой, брюшным тифом.

5. Лечение:

1. Постельный режим (Весь лихорадочный период + 2-4 дня нормальной температуры, с постепенным его расширением. Выписка на 10-12 день после нормализации температуры.)

2. Стол общий или №4 (щадящая молочно-растительная диета).

3. Этиотропная терапия: левомицетин по 0,5 г - 4 р/с (2г), или тетрациклин по 0,3-0,4 г - 4 р/с (1,2-1,6 г) Весь лихорадочный период + 4-5 дня нормальной температуры.

4. Патогенетическая терапия:

- Дезинтоксикация (гемодез 400 мл № 3, раствор глюкозы 5% - 200 - 400 мл, раствор хлорида натрия 0,89% 200-400 мл. Общий объем жидкости ограничиваем до 75% из-за опасности развития отека головного мозга).

Дегидратационная терапия: 20% маннитол 0,5 г на кг веса, 20% альбумин - 200 мл с целью профилактики отека мозга.

- Снижение проницаемости ГЭБ и для профилактики развития инфекционно-токсического шока - преднизолон 1 -3 мг на кг, 5% р-р аскорбиновой кислоты - 5 - 10 мл.

5. Симптоматическая терапия

Лечение делириозного синдрома: седуксен 0,5% - 2 мл, дроперидол 0,25% - 2-5 мл.

6. Выписка после клинического выздоровления и не ранее 21 дня нормальной температуры.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной С., 41 года, поступил в клинику с диагнозом «грипп» на 3-й день болезни. При поступлении жалуется на головную боль, слабость, ломоту в теле, влажный кашель. Заболел постепенно, появились недомогание, небольшой насморк. Температуру тела не измерял. На 2-й день заболевания температура 38,5°, головная боль, ломота в теле, тошнота, сухой кашель. Насморк к концу 2-го дня исчез. Контакт с больными отрицает. Объективные данные при осмотре больного: температура тела 37,4°, общее состояние удовлетворительное. Вялый. Кожа сухая, нормальной окраски. Носовое дыхание свободное. Лимфатические узлы не пальпируются. Небольшая разлитая гиперемия зева. В легких жесткое дыхание и распространенные сухие хрипы. Тоны сердца отчетливые. Пульс — 72 удара в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

Задача №2.

Больной С., 72 года, пенсионер, поступил в больницу на 8-ой день болезни диагнозом "ОРЗ, медикаментозная аллергия". Заболел остро, повысилась температура до 38,0°C, появилась сильная головная боль. Температура все дни носила постоянный характер в пределах 38,0-39,0° С. Была бессонница, кратковременная потеря сознания, бред, лечился аспирином и пенициллином, но эффекта не было.

На 5-ый день болезни была замечена сыпь на коже туловища и конечностей, которую расценили как лекарственную. В связи с этим были назначены хлорид кальция и димедрол. Состояние продолжало оставаться тяжелым, сохранялась сыпь, в связи с чем, больной был направлен в больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,8°C, яркая гиперемия лица и тела, инъекция сосудов склер. На коже туловища (преимущественно на боковых поверхностях грудной клетки) и верхних конечностях обнаружена мелкопятнистая, местами - петехиальная сыпь. Положительные симптомы, "щипка" и "жгута". Дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, пульс 114 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД-110/70 мм рт. ст. Язык влажный с желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 2 см., селезенка на 1 см. ниже реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные данные: Кровь: Эр.-4,5x10¹²/л, Нв-140г/л, Лц.-10,5x10⁹/л, тромбоциты-127,0x10⁹/л, Эоз-нет, П-8, С-68, Лм-9, Мон-15, СОЭ-16 мм/час. Моча: следы белка, единичные лейкоциты и эритроциты.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

4. Задания для групповой работы

1) Провести анализ истории болезни с длительной лихорадкой, подозрением на сыпной тиф.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания,отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дать определение эпидемического сыпного тифа или болезни Брилля-Цинссера.
2. Перечислить эпидемиологические свойства риккетсии. Вегетативные и споровые формы. Альфа-формы риккетсий Провачека. Этиологическая тождественность эпидемического сыпного тифа и болезни Брилля -Цинссера.
3. Укажите источник инфекции, механизм заражения сыпным тифом?
4. Эпидемиологические особенности рецидивирующего сыпного тифа - болезни Брилля-Цинссера.
5. Опишите характер поражения сосудов в различные фазы патогенеза, специфические васкулиты и специфические поражения нервной системы?
6. Каковы поражения внутренних органов при данном заболевании?
7. Перечислите причины трансформации риккетсий в альфа-формы и рецидивов сыпного тифа.
8. Укажите симптомы раннего периода болезни.
9. Дайте клиническую характеристику периода разгара заболевания, симптомы поражения нервной, сердечно-сосудистой систем.
10. Перечислите осложнения сыпного тифа.
11. Опишите особенности течения болезни Брилля-Цинссера. Прогноз заболевания.
12. Серологическая диагностика сыпного тифа. Дифференциальный диагноз.
13. Принципы лечения. Этиотропная терапия.
14. Укажите особенности терапии тяжелых форм болезни.
15. Принципы профилактики.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Встречается ли сыпной тиф среди животных
а)да б)нет
2. Какие свойства риккетсий способствуют возникновению болезни Бриля наличие
а) эндотоксина в) капсулы
б) спорообразования г) формирование L -форм
3. Укажите путь передачи сыпного тифа
а) контактный
б) через укусы кровососущих насекомых
в) контаминационный (при втирании экскрементов вшей)
г) фекально – орально
4. Инкубационный период при сыпном тифе
а)180 дней б) 30 дней
в) 21 день г) 11-14 дней
5. Синдрома сыпного тифа
а) интоксикационный б) синдром менингоэнцефалита
в) синдром эндovasкулита г) колитический синдром
6. Характер сыпи при сыпном тифе
а) гемморрагическая б) розеолезная
в) розеолезно-петехиальная г) папулезная
7. Подобрать правильные сочетания
А- Сыпной тиф – 1,3,5 Б- Болезнь Бриля – 2,4,6
1 - имеет характерные температурные взрывы на 4,8,12,16 дни болезни
2- в начале заболевания определяются высокие титры IgG
3- средний возраст 25-30 лет
4- средний возраст 60 лет
5- наличие педикулеза обязательно
6- протекает в стертой, легких формах

8. Подобрать соответствующие сочетания:
 А- сыпной тиф – 1,2,3,4; В- болезнь Брилла- 5,6
 1 - антитела к критериям класса LgM в начале заболевания
 2- наличие педикулеза
 3- молодой, средний возраст больных
 4-РСК титр 1:1000
 5- РСК титр 1:1 ООС.РНГА титр 1:10000
 6- антитела к риккетсиям класса LgG в начале заболевания
9. Характерная локализация экзантемы при сыпном тифе
 а- ягодицы, бедра, голени
 б- разгибательные поверхности конечностей
 в - боковые поверхности туловища, сгибательных поверхности конечностей
 г - лицо

Ответы:

1 - б 2 – г 3 – в 4 – г 5 – абв 6 - в 7 – А: 1,3,5 Б: 2,4,6 8 – А: 1,3,5 Б: 5,6 9 - в

4) Решить ситуационную задачу

Пациент В., 49 лет, жалобы на лихорадку, головную боль, бессонницу.

Поступил в приемный покой инфекционного стационара на 3-й день заболевания. Заболел остро с повышения температуры до 38,5–39,5°С, озноба, сильной головной боли в лобной части, чувства ломоты в мышцах и суставах, бессонницы, редкого сухого кашля, носовых кровотечений, чувства сухости в носу. Из эпид анамнеза: за пределы города не выезжал, от гриппа не вакцинирован. В семье у жены в н. в. ОРИ - подтверждено экспресс-тестом течение гриппа. 20 лет назад перенес сыпной тиф.

При осмотре отмечены тяжелое состояние, эйфория, гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожные покровы чистые. Температура тела 40 °С. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком нёбе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД — 90/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. План обследования. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.
3. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М.Бронштейн. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.6: Чума, туляремия.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по чуме и туляремии, определить особенности патогенеза и клиники данных инфекций, научить выявлению ранних признаков тяжелого течения перечисленных заболеваний, противоэпидемическим мероприятиям, определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения

Задачи:

1. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике чумы, туляремии.
2. Рассмотреть противоэпидемические мероприятия.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение различных клинических форм и осложнений чумы, туляремии.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении чумы, туляремии.
2. Особенности эпидемиологического процесса при чуме и туляремии в России на современном этапе.
3. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при чуме и туляремии.
4. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
5. Осложнения, причины смерти при чуме.
6. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза.
7. Принципы лечения больных чумой, правила организации и работы противочумного госпиталя.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение реконвалесцентов чумы, туляремии.
9. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
10. Профилактику чумы, туляремии.

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных чумой, туляремией, правильно размещать больных в стационаре.
2. Целенаправленно собирать анамнез у больного. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Выявить основные клинические признаки болезни.
4. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
5. Составить план обследования (бактериологическое, серологическое, микроскопическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
6. Интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
7. Назначить адекватную терапию больному
8. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).
9. Оформить карту эпидемического обследования очага чумы.
10. Уметь работать в условиях противоэпидемического режима при чуме.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-анамнестическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием поражения кожных покровов;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;

6. Выявлением и описанием синдромов поражения дыхательных путей;
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием синдрома лимфаденопатии;
10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (поражение кожных покровов, поражение ротоглотки, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, менингеальный и энцефалитический синдромы);
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
13. Назначением адекватной терапии больным;
14. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Дайте определение лимфаденита, лимфангита, лимфаденопатии, бубона.
2. Опишите строение лимфатической системы.
3. Назовите наиболее часто используемые классификации лимфаденопатий.
4. Определите диагностический подход при изолированном увеличении ЛУ.
5. Укажите критерии дифференциальной диагностики воспалительного и неопластического увеличения ЛУ.
6. Перечислите заболевания, сопровождаемые регионарным увеличением ЛУ.
7. Перечислите заболевания, сопровождаемые генерализованным увеличением ЛУ.
8. Проведите дифференциальный диагноз бубонной формы чумы и туляремии.
9. Назовите неинфекционные заболевания, протекающие с увеличением ЛУ.
10. Перечислите инструментальные методы обследования, используемые при диагностике увеличения ЛУ.
11. Расскажите особенности терапии больных с лимфаденопатией различной этиологии.

2. Практическая работа.

Цель работы: в результате обследования пациента с лимфаденопатией, заподозрить этиологический диагноз, сформулировать предположительный диагноз согласно существующей современной клинической классификации, провести дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с лимфаденопатией, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с лимфаденопатией, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными, имеющим подобные симптомы или с высоко лихорадящим больным, уточнить прививочный анамнез, выезжал ли за пределы региона.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, боли в горле, головную боль, заложенность носа, боли в правом подреберье. Осмотреть ротоглотку, пропальпировать лимфоузлы, проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования, ЭКГ

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.

3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной С., 44 лет, заболел осенью после охоты на зайца. При сдирании шкурки с убитого зайца поранил левую руку. Через три дня поднялась температура до 38 °С, появились боли в мышцах. Обнаружилось увеличение левого локтевого лимфатического узла (величиной 2 см). Принимал дома пенициллин – эффекта не было: сохранялась высокая температура, появился бубон величиной с куриное яйцо в левой подмышечной области. Госпитализирован с диагнозом «лимфаденит». На 5-й день болезни состояние больного – средней тяжести. В левой подмышечной области пальпируется слегка болезненный бубон величиной 2,5 × 3 см, дольчатого строения, умеренно плотный, контуры четкие, спаянности с окружающей клетчаткой нет. Кожа над бубоном не изменена.

Вопросы:

1. Каково ваше мнение о диагнозе?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте план лечения больного.

Эталон

1. Предположительный диагноз: бубонная форма туляремии. Обоснование диагноза:
 - острое начало заболевания, высокая температура в течение 5 дней; умеренная интоксикация;
 - реакция лимфатических узлов в левой локтевой области;
 - появление бубона в левой подмышечной области, наличие легкой болезненности бубона, умеренной плотности, четких контуров;
 - отсутствие спаянности с окружающей клетчаткой.
2. При проведении дифференциальной диагностики с бубонной формой чумы следует учесть:
 - раннее появление сильных болей в месте локализации чумного бубона, заставляющих больных принимать вынужденную позу (при туляремии бубон умеренно болезненный);
 - большую плотность чумного бубона, спаянность его с окружающими тканями (туляремийный бубон – умеренной плотности, с четкими контурами, спаянности с окружающей клетчаткой нет);
 - гиперемию и блеск кожи над чумным бубоном (при туляремии кожа над бубоном в большинстве случаев не изменена).
3. План лечения больного: постельный режим; диета № 15; антибактериальная терапия: тетрациклин 0,5 × 4 раза в день в течение всего лихорадочного периода и 5 дней нормальной температуры; витамины группы В, С; дезинтоксикация (введение коллоидных, глюкозо-солевых растворов); сердечно-сосудистые средства (по показаниям); десенсибилизирующие средства (по показаниям). Местное лечение (компрессы, мазевые повязки, соллюкс, диатермия) – до развития нагноения; при появлении флюктуации бубона – широкий разрез.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной П., 50 лет, чабан, почувствовал озноб, головную боль, болезненность в подмышечной области справа. Повысилась температура тела до 38°С. Ночью состояние ухудшилось: появилась резкая слабость, усилилась головная боль. На следующий день к больному был вызван врач из участковой больницы.

При осмотре: состояние больного тяжелое, температура тела 40°С, психомоторное возбуждение. В правой подмышечной области болезненное уплотнение 4,0*5,0 см с нечеткими контурами, кожа гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоизлияния.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы экстренные профилактические мероприятия в отношении контактных лиц?
3. Назначьте лечение данному пациенту.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
5. Каким возбудителем вызвано заболевание?

Задача №2.

Охотник, промышлявший сурков в предгорьях Тянь-Шаня, был доставлен товарищем на лодке на основную геологическую базу, где был осмотрен врачом.

Состояние тяжелое, сознание спутано, температура 40,5°C, сыпи нет, пульс 130 уд. в мин. Тоны сердца глухие. Правая нога притянута к животу, разгибание её - очень болезненно. В правой паховой области конгломерат увеличенных и резко болезненных лимфоузлов с синюшно-красным оттенком кожи над ним, границы расплывчаты. Одышка, ЧДД-30 уд. в минуту. Со стороны других органов изменений нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Лечебная тактика?
4. Мероприятия в очаге.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ истории болезни с туляремией.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные морфологические и биохимические свойства возбудителей чумы, туляремии, их свойства, факторы патогенности.
2. Укажите источники инфекции при чуме, туляремии и их эпидемиологическую значимость.
3. Перечислите пути и факторы передачи указанных инфекций.
4. Какова сущность патологических и патоморфологических изменений в органах и тканях, возникающих при чуме, туляремии?
5. Укажите основные клинические периоды чумы, туляремии и их продолжительность.
6. Укажите основные клинические симптомы продромального периода при данных инфекциях.
7. Дайте характеристику клинических симптомов чумы, туляремии в периоде разгара.

8. В чем заключаются клинико-эпидемиологические особенности чумы на современном этапе?
9. Назовите критерии тяжести состояния при чуме, туляремии.
10. Определите круг заболеваний, протекающих с лимфаденопатией.
11. Опишите специфические осложнения, характерные для чумы, туляремии.
12. Дайте характеристику методов лабораторной диагностики при чуме, туляремии. Укажите сроки забора материала для бактериологического и серологического обследования больного, экспресс-методы.
13. Укажите принципы лечения чумы, туляремии в современных условиях.
14. Правила выписки из стационара.
15. Перечислите основные мероприятия в очаге чумы, туляремии
16. Назовите методы экстренной, специфической и неспецифической профилактики данных инфекций.
17. Укажите прогноз при данных инфекциях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Инкубационный период чумы длится:

- а) 30 дней
- б) 2-6 дней
- в) 21 день
- г) 180 дней
- д) 240 дней

2. Для лечения чумы применяют:

- а) стрептомицин
- б) бисептол
- в) тетрациклин
- г) левомицетин
- д) пенициллин

3. Переносчиком чумы являются:

- а) блоха
- б) муха
- в) иксодовые клещи
- г) оводы
- д) вошь

4. Особую опасность представляют больные:

- а) легочной формой
- б) кожной формой
- в) бубонной формой
- г) кишечной формой

5. Резервуаром чумы являются:

- а) крысы
- б) суслики
- в) турбаганы
- г) зайцы
- д) медведи

6. Характеристика первичного аффекта при туляремии:

- а) сначала появляется болезненное или зудящее красное пятно
- б) этапы развития пятно-папула-везикула-пустула-язва-корочка-рубец
- в) этапы развития везикула-пустула-язва-корочка-рубец

- г) этапы развития пустула-язва-корочка-рубец
- д) образующая язва окружена воспалительными изменениями кожи (отечность, гиперемия, зуд).

7. Признаки лимфаденита при туляремии:

- а) лимфатические узлы не спаяны с окружающими тканями и между собой
- б) лимфатические узлы спаяны с окружающими тканями и между собой
- в) болезненность их выражена умеренно
- г) нагноение их происходит к концу 2-й или на 3-й неделе
- д) нагноение узлов происходит всегда

Ответы:

1 - б 2 – ав 3 – а 4 – а 5 – абвг 6 – абд 7-авг

4) Решить ситуационную задачу

Пациент Н., 37 лет предъявляет жалобы на головную боль, чувство ломоты в мышцах и суставах, повышение температуры тела до 39,6 °С, отечность век правого глаза. Доставлен скорой помощью в приемный покой инфекционного стационара на 3 день болезни. Эпид анамнез: вакцинирован от гриппа в текущем году. За пределы региона не выезжал. В течение последнего месяца работал на обмолоте зерновых.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, правильного телосложения, достаточного питания. Гиперемия конъюнктив. На слизистой оболочке правого глаза имеются небольшого размера некротические язвы, покрытые густым желтоватым гноем. Роговица в патологический процесс не вовлечена. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфатические узлы справа. В легких дыхание всюду проводится, без хрипов. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот доступен глубокой пальпации. Стула нет 3-й день. Мочится часто.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. План обследования. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.7: Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой.

Цель занятия: Способствовать созданию, закреплению, формированию знаний и практических навыков по теме «Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с длительной лихорадкой.»; научить правильной и ранней диагностике заболеваний, сопровождающихся повы-

шением температуры тела; определить тактику обследования больных с лихорадкой на догоспитальном и госпитальном этапах, характер лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения пациентов.

Задачи:

1. Рассмотреть механизм возникновения лихорадки;
2. Изучить основные типы лихорадок;
3. Рассмотреть дифференциально-диагностические проявления заболеваний, наиболее часто сопровождаются развитием длительной температурной реакцией (сепсис, малярия, брюшной тиф, бруцеллез, сыпной тиф и др.)
4. Изучить критерии диагноза «Лихорадка неясного генеза» и алгоритм диагностического поиска;
5. Сформировать алгоритм дифференциально-диагностического поиска при лихорадке
6. Сформировать навыки тактики ведения больных с лихорадкой на догоспитальном и госпитальном этапах;

Аспирант должен знать:

1. Понятие «лихорадка», ее роль в жизнедеятельности организма человека. Механизм развития лихорадки. Звенья патогенеза лихорадки
2. Антипиретическая система макроорганизма, ее составные части, физиологическая роль. Понятия «ядро», «оболочка». Нормальные значения температуры тела человека. Границы физиологических колебаний температуры.
3. Гипертермия. Основные отличия гипертермии от лихорадки.
4. Виды лихорадок: классификация лихорадок и лихорадочных кривых по различным принципам (абсолютного значения, длительности, периодичности, вида кривой и др.).
7. Понятие «лихорадка неясного генеза», критерии ее установления.
8. Основные дифференциально-диагностические критерии инфекционных и неинфекционных лихорадок.
9. Краткая клинико-лабораторная характеристика специфических вирусных инфекций, сопровождающихся лихорадкой (ВИЧ-инфекция, герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз и др.)
10. Отличительные признаки специфических бактериальных инфекций, протекающих в сочетании с лихорадкой (брюшной тиф, паратифы А и В, иерсиниозы, менингококковая инфекция, скарлатина, туляремия, туберкулез, лептоспироз и др.).
11. Дифференциально-диагностические проявления хламидиозов, микоплазмозов, риккетсиозов и инфекционных болезней, характеризующихся наличием лихорадки (орнитоз, микоплазмоз, сыпной тиф, болезнь Брилля, Q-лихорадка и др. риккетсиозы).
12. Краткое клинико-эпидемиологическое и лабораторное описание нозологии из группы гельминтозов, протозоозов и грибковых инфекций, наиболее часто встречающихся у человека и протекающих с повышением температуры тела.
13. Эпидемиология, клиника, лабораторные симптомы сепсиса и бруцеллеза. Дифференциально-диагностические критерии.
14. Основные клинико-лабораторные черты туберкулеза как лихорадочного заболевания.
15. Краткая характеристика неспецифических инфекционных заболеваний, характеризующихся наличием лихорадки (инфекционный эндокардит, гнойный тромбофлебит, аневризма, болезни органов дыхания, брюшной полости, мочевого выделения, кожи, подкожной клетчатки, опорно-двигательного аппарата).
16. Отличительные дифференциальные признаки онкологических заболеваний как одной из причин повышения температуры тела.
17. Клинико-лабораторные проявления системных заболеваний соединительной ткани (СКВ, системная склеродермия, дерматомиозит и др.), ревматоидного артрита, ревматизма как патологий, протекающих с повышением температуры тела.
18. Диагностические критерии системных васкулитов (узелковый периартериит, болезнь Такаясу, облитерирующий тромбангит др.) как заболеваний, сопровождающихся лихорадкой.
19. Группы лекарственных препаратов, способных вызвать нарушение терморегуляции и лихорадку. Искусственно вызванная лихорадка. Конституциональная лихорадка. Гипоталамический

синдром. Особенности лихорадки у пожилых людей. Краткая характеристика перечисленных состояний.

20. Порядок обследования лихорадящих больных. Структура диагностического поиска и его этапы при наличии у больного лихорадки (до его госпитализации в стационар и во время пребывания в нем).

21. Немедикаментозные и лекарственные способы купирования лихорадки.

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных с лихорадкой, правильно размещать больных в стационаре.
2. Подробно собрать жалобы. Грамотно интерпретировать анамнестические данные с целью исключения ошибки в предварительном определении причины лихорадки.
3. Правильно определить и отразить графическим способом тип лихорадки, имеющейся у конкретного больного. Грамотно использовать полученные сведения в установлении наиболее вероятной причины лихорадки.
4. Детально собрать эпидемиологический анамнез, выявить возможные пути и факторы заражения с целью исключения или подтверждения возможности инфекционного заболевания как одной из основных причин развития лихорадки.
5. Уточнить анамнез болезни и жизни больного, тщательно собрать сведения о перенесенных заболеваниях. Обратит внимание на наличие вредных привычек, особенно внутривенного употребления наркотических веществ. Выявить отягощенную наследственность, детализировать лекарственный анамнез.
6. Тщательно собрать анамнез заболевания у пациента, составить хронокарту болезни.
7. Осмотреть больного, сгруппировать обнаруженные симптомы в комплексы (синдромы). Грамотно отразить результаты осмотра в клинической истории болезни.
8. Поставить предварительный диагноз и обосновать его с учетом выделенных синдромов.
9. Составить план дополнительного обследования на предмет подтверждения клинического диагноза (общеклинические лабораторные, биохимические, инструментальные методы). Обосновать использование специфических методов диагностики с целью этиологической верификации клинического диагноза.
10. Правильно интерпретировать полученные данные дополнительных методов обследования (общеклинических лабораторных, биохимических, инструментальных, серологических, молекулярно-биологических и др.).
11. Грамотно сформулировать окончательный клинический диагноз согласно действующей классификации.
12. Провести дифференциальную диагностику с двумя-тремя отдельными нозологиями, наиболее близким по своим клинико-лабораторным проявлениям к заболеванию у конкретного больного.
13. Назначить комплексное лечение. Назначение медикаментов производить с учетом этиологии, патогенетической фазы, тяжести, наличия осложнений заболевания, пола, возраста пациента, преморбидного фона, сопутствующей патологии и др.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-анамнестическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием элементов сыпи;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);
10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания

(экзантема, поражение дыхательных путей, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, желтуха, менингеальный и энцефалитический синдромы);

11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
13. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
14. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
15. Трактовкой результатов вирусологических, бактериологических, паразитологических, серологических исследований;
16. Назначением адекватной терапии больным;
17. Определением показаний, выбором доз и способов введения;
18. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятию «лихорадка», уточните ее роль в жизнедеятельности организма человека. Опишите механизм развития лихорадки, звенья ее патогенеза.
2. Что такое антипиретическая система макроорганизма? Каковы ее составные части, физиологическая роль? Расшифруйте понятия «ядро», «оболочка». Укажите нормальные значения температуры тела человека, границы физиологических колебаний температуры.
3. Что такое гипертермия? Назовите основные отличия гипертермии от лихорадки.
4. Опишите характер реакции органов и систем на повышение температуры тела.
5. Перечислите стадии развития лихорадки.
6. Назовите виды лихорадок. Дайте классификацию лихорадок и лихорадочных кривых по различным принципам (абсолютного значения, длительности, периодичности, вида кривой и др.).
7. Расшифруйте понятие «лихорадка неясного генеза». Укажите критерии ее установления.
8. Перечислите группы заболеваний человека, сопровождающиеся повышением температуры тела.
9. Опишите основные дифференциально-диагностические критерии инфекционных и неинфекционных лихорадок.

2. Практическая работа.

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с длительной лихорадкой»

Цель работы: в результате обследования пациента с лихорадкой неясного генеза провести дифференциальную диагностику, выставить предварительный диагноз, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование лихорадящего больного, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с высоко лихорадящим больным, поездки за пределы области (особенно экзотические страны), уточнить были ли укусы насекомыми, соблюдает ли правила личной гигиены. Алиментарный анамнез, прививочный анамнез, социально-бытовые условия. Уточнить перенесенные заболевания, характер сопутствующей патологии, лекарственный анамнез, наследственность, наличие вредных привычек, профессиональных вредностей.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: тип температурной кривой, вялость, адинамию, гиперемию кожи, головную боль. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить лимфатические узлы, менингеальные симптомы, функцию ЧМН, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию живота, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, биохимия крови), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования, инструментальные исследования (УЗИ, рентгенологическое исследование, ЭКГ, ЭХО-КС, КТ, МРТ).

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной И., 28 лет, зоотехник, обслуживает фермы крупного и мелкого рогатого скота. В контакте с лихорадящими больными не был, молоко не употребляет ни в каком виде, хотя в собственном хозяйстве имеет корову, у которой 1 месяц назад был самопроизвольный аборт. Все домашние употребляют сырое молоко, здоровы.

Заболел остро 5 дней назад, когда стал отмечать озноб, периодически возникающий жар. При этом температуру тела не измерял, продолжал работать. При первом измерении температуры тела спустя 5 дней от начала заболевания - 39°C. Лечился самостоятельно тетрациклином по 1 таблетке 4 раза в день в течение 5 дней, - без эффекта. Обратился к участковому терапевту, который направил больного на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом: подозрение на тифо-паратифозное заболевание.

При поступлении: температура тела - 38,9°C, однако интоксикация не выражена, больной активен, общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, выраженный гипергидроз. Обращает внимание значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов, больше справа, их умеренная болезненность, пальпаторно определяется гепатоспленомегалия. Миалгий, артралгий не наблюдается. Суставы без видимой деформации и явлений воспаления. Со стороны других органов и систем - без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие лабораторные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Составьте план лечения больного с назначением препаратов этиотропной терапии.
4. Как произошло заражение в данном случае?
5. Каковы мероприятия в очаге?

Эталон

1. Острый бруцеллез, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании наличия высокой лихорадки при сравнительно удовлетворительном состоянии пациента, лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, а также сведений профессионального эпиданамнеза (работает зоотехником, контактирует с крупным и мелким рогатым скотом).

2. Реакции Райта, бактериологическое исследование крови 3-5^{-ти}-кратно с целью выявления бруцелл, КАП Бюрне не ранее 25-го дня от момента заболевания.

3. Патогенетическая дезинтоксикационная и десенсибилизация терапия, этиотропная терапия препаратами тетрациклинового ряда по 2-3 курса длительностью не менее 10 дней каждый. Доксициклин 0,1 2 раза в день перорально; или доксициклин 0,1 внутривенно капельно на физиологическом растворе 2 раза в день; или тетрациклин 0,1 по 5 таблеток 4 раза в день перорально.

4. В собственном хозяйстве имеется корова, у которой 1 месяц назад зарегистрирован самопроизвольный аборт (наиболее характерный признак бруцеллезного поражения животных).

5. Выявление больных животных, вакцинопрофилактика работающего контингента, санитарно-гигиенические и ветеринарные мероприятия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной М. 36 лет, поступил в инфекционную больницу на 5-ый день заболевания.

Заболевание началось остро, отмечалась слабость, чувство жара, ломота в мышцах, интенсивная диффузная головная боль, боли в пояснице. Все дни держалась температура 38-39°C, с кратковременным снижением после приема анальгетиков. Тупые постоянные боли в поясничной области отмечаются с 3-го дня болезни, несколько раз была рвота после еды, в день поступления - носовое кровотечение. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение последних 3-х недель больной жил на базе отдыха, ходил в лес, купался, ловил рыбу.

При осмотре состояние средней тяжести. Лицо одутловато, мелкие геморрагии в подмышечных областях. В легких везикулярное дыхание. АД-120/65 мм рт.ст. Живот немного вздут, умеренная болезненность при пальпации в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает на 2 см, чувствительна при пальпации. Поколачивание по пояснице резко болезненное с обеих сторон.

Лабораторные данные:

ОАК: Эр.-5,2x10¹²/л, Нв-120г/л, Лц.-7,8x10⁹/л, Эоз-0, П-4, С-82, Лм-10, Мон-3, Юнн-2, СОЭ-18мм/час.

ОАМ: уд.вес-1001, белок-4,0г/л, Лц.-15-18 в п/зр, Эр.-25-30 в п/зр, гиалиновые цилиндры-5-8, зернистые-4-6, клетки почечного эпителия. Суточное количество мочи-300 мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.
6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача №2.

Больная М., 35 лет, поступила в инфекционный стационар с жалобами на периодические ознобы, высокую температуру, обильное потоотделение. Отмечает головную боль, слабость. Из анамнеза установлено, что 3 недели назад попала в автомобильную катастрофу. Лечилась в травматологическом отделении, где неоднократно ей переливалась кровь.

Заболевание началось остро, три дня назад. Утром появился резкий озноб, головная боль, повысилась температура до 39,5°C. Температура держалась 3-4 часа, затем с обильным потоотделением снизилась до нормы. Снижение температуры больная объясняет приемом парацетамола. Через 2 дня, утром, на 3-ий день вновь появился озноб, температура повысилась до 39,8°C. Была вызвана "скорая помощь", больная направлена в инфекционную больницу.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура - 39,3°C. Сознание ясное. Кожа чистая, лицо гиперемировано. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс-110 уд/мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен тонким налетом. Живот мягкий, пальпируется, селезенка на 2 см ниже реберной дуги. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Пальпация умеренно болезненная. Физиологические отправления без особенностей. Менингеальные симптомы нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные:

ОАК: Эр.-3,2x10¹²/л, Нв-100г/л, Лц.-4,0x10⁹/л, Э-2, П-4, С-40, Лм-44, Мон-10, СОЭ-22мм/ч.

ОАМ: белка нет, единичные клетки плоского эпителия

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Какие сведения нужно выяснить из эпиданамнеза?
3. Дифференцируемые заболевания.
4. План обследования
5. Лечение, выписать рецепты.

6. Тактика участкового терапевта.
7. Противоэпидемические мероприятия в очаге.

4. Задания для групповой работы

1) Провести анализ истории болезни с длительной лихорадкой, подозрением на сепсис.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте краткую клинико-лабораторную характеристику специфических вирусных инфекций, сопровождающихся лихорадкой (ВИЧ-инфекция, герпетическая инфекция, инфекционный мононуклеоз и др.)

2. Уточните отличительные признаки специфических бактериальных инфекций, протекающих в сочетании с лихорадкой (брюшной тиф, паратифы А и В, иерсиниозы, менингококковая инфекция, скарлатина, туляремия, лептоспироз, сыпной тиф, болезнь Брилля, Ку-лихорадка).

3. Представьте краткое клинико-эпидемиологическое и лабораторное описание нозологии из группы гельминтозов, протозоозов и грибковых инфекций, наиболее часто встречающихся у человека и протекающих с повышением температуры тела.

4. Укажите дифференциально-диагностические критерии сепсиса и бруцеллеза (эпидемиология, клиника, лабораторные симптомы).

5. Опишите основные клинико-лабораторные черты туберкулеза как лихорадочного заболевания.

6. Дайте краткую характеристику неспецифических инфекционных заболеваний, характеризующихся наличием лихорадки (инфекционный эндокардит, гнойный тромбофлебит, аневризма, болезни органов дыхания, брюшной полости, мочевого выделения, кожи, подкожной клетчатки, опорно-двигательного аппарата).

7. Назовите отличительные дифференциальные признаки онкологических заболеваний как одной из причин повышения температуры тела.

8. Каковы клинико-лабораторные проявления системных заболеваний соединительной ткани (СКВ, системная склеродермия, дерматомиозит и др.), ревматоидного артрита, ревматизма как патологий, протекающих с повышением температуры тела?

9. Уточните диагностические критерии системных васкулитов (узелковый периартериит, болезнь Такаясу, облитерирующий тромбангит и др.) как заболеваний, сопровождающихся лихорадкой.

10. Перечислите группы лекарственных препаратов, способных вызвать нарушение терморегуляции и лихорадку. Что такое искусственно вызванная лихорадка, конституциональная лихорадка,

гипоталамический синдром? Приведите краткую характеристику данных состояний. Уточните особенности лихорадки у пожилых людей.

11. Каков порядок обследования лихорадящих больных? Уточните структуру диагностического поиска и его этапы при наличии у больного лихорадки (до его госпитализации в стационар и во время пребывания в нем).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Повышение температуры тела связано с прямым воздействием на центр терморегуляции следующего агента:

- а) эндогенного пирогена
- б) бактерий
- в) антигенов
- г) иммунных комплексов
- д) токсинов

2. Лихорадка по типу температурной кривой называется постоянной, если:

- а) суточные колебания высокой температуры различны
- б) кратковременные периоды высокой температуры сочетаются с периодами апирекции
- в) суточные колебания высокой температуры не превышают 1°C
- г) суточные колебания высокой температуры составляют 2°C
- д) чередование лихорадочных приступов (длительностью 2-7 дней) с периодами апирекции

3. При инфекционных заболеваниях жаропонижающие средства назначают при температуре выше:

- а) $37,5^{\circ}\text{C}$
- б) $38,0^{\circ}\text{C}$
- в) $38,5^{\circ}\text{C}$
- г) $39,0^{\circ}\text{C}$
- д) $39,5^{\circ}\text{C}$

4. Наиболее эффективным и наименее опасным жаропонижающим препаратом является:

- а) преднизолон
- б) аспирин
- в) парацетамол
- г) ибупрофен
- д) индометацин

5. Критериями лихорадки неясного гнезда являются:

- а) повышение температуры тела выше $38,3^{\circ}\text{C}$
- б) длительность лихорадки более 1 недели
- в) длительность лихорадки более 3 недель
- г) лихорадка объективно документирована (медицинским персоналом)
- д) неясность диагноза после недельного пребывания больного в стационаре и проведения рутинного лабораторного, инструментального (рентгенологического) исследования

6. Какие заболевания нужно исключать на 1 этапе диагностического поиска при лихорадке:

- а) тиф брюшной
- б) тиф сыпной
- в) малярия
- г) туберкулез
- д) ревматизм

7. Положительная роль лихорадки состоит в:

- а) отрицательном влиянии на размножение и выживание некоторых микроорганизмов
- б) стимуляции иммунологической реактивности микроорганизма
- в) увеличении кровенаполнения внутренних органов
- г) повышении содержания ретикулоцитов
- д) активации барьерной и антитоксической функции печени

8. Клиническим показанием для обследования на ВИЧ-инфекцию являются:

- а) лихорадка более 1 месяца (при исключении других причин)
- б) диарея более 1 месяца (при исключении других причин)
- в) снижение массы тела на 10% и более (при исключении других причин)
- г) рецидивирующие инфекции вирусной, бактериальной и грибковой этиологии
- д) пневмония

9. К особенностям стафилококкового сепсиса относятся следующие признаки:

- а) внезапное увеличение температуры тела до фебрильных цифр
- б) геморрагическая сыпь
- в) выраженный озноб, потоотделение
- г) развитие эндокардита
- д) молниеносная желтуха

10. Инфекционные болезни, в клинике которых типичным является присутствие лихорадки и экзантемы:

- а) псевдотуберкулез
- б) краснуха
- в) тиф сыпной
- г) сепсис
- д) бруцеллез

Ответы:

1-а 2-в 3-б 4-в 5-авгд 6-абв 7-абвд 8-абвг 9-авг 10-абвг

4) Решить ситуационную задачу

Мужчина 56 лет чувствовал себя совершенно здоровым. За 2 месяца до поступления в стационар заметил у себя перемежающуюся лихорадку (температура часто превышала 38 градусов), утомляемость и уменьшение массы тела. Присоединились снижение настроения, падение трудоспособности и боли в спине. Других симптомов, касающихся дыхательных путей, мочевыводящего или желудочно-кишечного тракта, больной не отмечал. При осмотре: Больной выглядел старше своих лет. Шумов в сердце обнаружено не было, размеры печени и селезёнки, данные неврологического обследования — в пределах нормы. Результаты рутинных лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, рентгенограмма, кардиограмма) и посевы мочи оказались в норме. Больной ранее никогда не болел, кроме того, он работал фермером и разводил крупный рогатый скот в районе, где отмечается высокая распространённость бруцеллёза. В его стаде также отмечались случаи бруцеллёза. За несколько недель до начала заболевания больной без перчаток оказывал помощь корове во время выкидыша.

1. Определите диф.диагностический ряд заболеваний, по которым необходимо начать проведение дифференциальной диагностики?
2. Что необходимо уточнить в анамнезе пациента?
3. План обследования.
4. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. 2015.СПб: СпецЛит.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013,М:

Раздел 4. Трансмиссивные инфекционные болезни.

Тема 4.8: ВИЧ-инфекция.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по теме, научить ранней диагностике ВИЧ-инфекции, тактике обследования и ведения больных в стационаре, лечебным мероприятиям, правилам выписки и диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. Рассмотреть заболеваемость и значимость ВИЧ-инфекции в мире и России.
2. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение.
6. Сформировать практические навыки работы с больными ВИЧ-инфекцией.

Аспирант должен знать:

1. История ВИЧ. Основные этапы изучения ВИЧ-инфекции. Роль отечественных ученых в изучении данного заболевания.
2. ВИЧ: происхождение, таксономическое положение, особенности строения. Ферменты. Факторы вирулентности. Геном вируса. Изменчивость ВИЧ. Тропность ВИЧ к определенным клеткам. Репликативный цикл вируса. Механизм губительного действия ВИЧ на клетки. Чувствительность к неблагоприятным факторам внешней среды, особенности культивирования.
3. Эпидемиология ВИЧ-инфекции: пути передачи вируса, актуальность каждого из них на современном этапе. Неэффективные пути заражения. Характеристика пандемии ВИЧ-инфекции. Эпидемиологические черты ВИЧ-инфекции в России и Кировской области: основные этапы развития, факторы, детерминирующие ее дальнейшее распространение.
4. Патогенез ВИЧ-инфекции. Механизмы развития иммунодефицита. Особенности поражения нервной системы.
5. Клиническая классификация заболевания по ВОЗ. Национальная клиническая классификация ВИЧ-инфекции
6. Клиника ВИЧ-инфекции по стадиям. СПИД-индикаторные заболевания.
7. Диагностика ВИЧ-инфекции в России: этапность, скрининговые и подтверждающие тесты. Интерпретация полученных результатов на первом и втором этапах, диагностический алгоритм. Принципы медицинского освидетельствования на ВИЧ в России.
8. Принципы лечения ВИЧ-инфекции. Понятие о базисной терапии. Группы противовирусных препаратов. Показания к началу этиотропного лечения. Понятие “вирусной нагрузки”. Контроль

эффективности проводимого лечения. Профилактика возникновения и лечение вторичных заболеваний.

9. Профилактика ВИЧ-инфекции. Трудности создания вакцин против СПИДа. Сущность неспецифических мер профилактики ВИЧ-инфекции.

10. Нормативно-методические документы по ВИЧ-инфекции, действующие на территории России (федеральные законы, приказы, постановления, инструкции и т.д.). Понятие о сети специализированных учреждений для проведения и/или координации лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий относительно ВИЧ-инфекции (СПИД-центры).

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных с ВИЧ-инфекцией, правильно размещать больных в стационаре.

2. Подробно собрать жалобы. Детализировать эпидемиологический анамнез с выявлением возможных путей и факторов заражения ВИЧ (парентеральный, половой, вертикальный). Уточнить анамнез болезни и жизни больного, тщательно собрать сведения о перенесенных заболеваниях. Обратить внимание на наличие вредных привычек, особенно внутривенного употребления наркотических веществ. Составить хронокарту заболевания. Осмотреть больного, сгруппировать обнаруженные симптомы в комплексы (синдромы).

3. Грамотно отразить результаты осмотра в клинической истории болезни.

4. Поставить предварительный диагноз и обосновать его с учетом выделенных синдромов.

5. Составить план дополнительного обследования на предмет подтверждения клинического диагноза (общеклинические лабораторные, биохимические, инструментальные методы).

6. Обосновать необходимость оценки иммунологической реактивности у больных (с целью обнаружения дефицита Т-звена иммунитета за счет CD4 клеток) и специфических тестов на ВИЧ (ИФА, иммунный блоттинг).

7. Правильно интерпретировать полученные данные дополнительных методов обследования, иммунограммы, результатов ИФА и иммунного блоттинга.

8. Правильно сформулировать окончательный клинический диагноз согласно действующей классификации с указанием нозологии, стадии, фазы, СПИД-индикаторных заболеваний.

9. Провести дифференциальную диагностику с двумя-тремя отдельными нозологиями, наиболее близким по своим клинико-лабораторным проявлениям к заболеванию у конкретного больного.

10. Назначить комплексное лечение (комбинация противовирусных средств, препараты для профилактики или лечения вторичных заболеваний) в зависимости от репликативной активности ВИЧ, степени иммунной депрессии и стадии болезни. Назначение медикаментов производить с учетом пола, возраста пациента, преморбидного фона, сопутствующей патологии.

11. Осуществлять совместно со специалистами СПИД-центров диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных. Знать длительность наблюдения, кратность контрольных врачебных осмотров, необходимых дополнительных исследований и др.

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;

2. Клинико-анамнестическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);

3. Выявлением и описанием элементов сыпи;

4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;

5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;

6. Выявлением и описанием синдромов поражения верхних дыхательных путей (фарингит, ларингит, трахеит);

7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;

8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;

9. Выявлением и описанием изменений костно-мышечной системы (миалгии, артралгии);

10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (экзантема, поражение зева, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, желтуха, менингеальный и энцефалитический синдромы);

11. Формулировкой клинического диагноза;

12. Определением тяжести течения инфекционного заболевания;
13. Определением показаний к госпитализации в инфекционный стационар;
14. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
15. Трактовкой результатов вирусологических, серологических исследований;
16. Назначением адекватной терапии больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Роль ретровирусов в патологии человека. Отличительные черты ретровирусов по сравнению с другими вирусами.
2. Факторы вирулентности ретровирусов. Патогенное влияние ретровирусов на организм человека?
3. Трудности профилактики заболеваний, вызываемых ретровирусами
4. Иммунная система. Компоненты иммунной системы: центральные и периферические органы, специфические и неспецифические звенья. Функции различных составляющих иммунной системы.
5. Звенья иммунной системы, в большей степени ответственные за элиминацию вируса из макроорганизма. Роль Т-клеточного звена иммунитета. Субпопуляции Т-лимфоцитов. Соотношение иммунорегуляторных клеток у здоровых людей (CD4/CD8).
6. Влияние снижения количества и функциональной активности CD-лимфоцитов на иммунную систему и состояние макроорганизма.
7. Особенности эпидемиологического процесса при ВИЧ-инфекции в России на современном этапе.
8. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при ВИЧ-инфекции.
9. Клиническую картину заболевания, современную классификацию.
10. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
11. Принципы антиретровирусной терапии.
12. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

2. Практическая работа.

«КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО с ВИЧ - инфекцией»

Цель работы: в результате обследования пациента с подозрением на ВИЧ - инфекцию выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить необходимую терапию.

1. При сборе анамнеза болезни обратить внимание на неспецифический характер его начала; определить тип начала ВИЧ-инфекции (гриппоподобный, пневмонический, моноклеозоподобный, тромбоцитопенический, лимфаденопатический, гастроэнтеритический, неврологический).
2. Выявить характерный для ВИЧ-инфекции эпидемиологический анамнез. Уточнить предшествующие заболеванию парентеральные вмешательства: медицинские (прививки, инъекции, посещения стоматолога, гинеколога, операции, ГТФ, донорство и др.) и немедицинские (внутривенное употребление наркотиков, нанесение на тело татуировок). Выявить наличие беспорядочных половых связей, при необходимости – ВИЧ-статус матери.
3. При осмотре определить характерные признаки ВИЧ-инфекции в зависимости от ее стадии: наличие длительной лихорадки, снижение массы тела, увеличения лимфатических узлов, рецидивирующих инфекционных заболеваний и др. В процессе объективного обследования внимательно изучить состояние кожных и слизистых покровов, произвести пальпацию основных групп лимфатических узлов, оценить функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ЦНС, органов мочевого выделения, провести пальпацию и перкуссию печени, селезенки.
4. Выставить развернутый клинический диагноз ВИЧ-инфекции согласно современной отечественной классификации (Покровский В.И. и др., 2001). При обосновании клинического диагноза выявить и интерпретировать лабораторные параметры (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи), результаты инструментальных исследований (рентгенологических, ультразвуковых), данные серологических (ИФА, иммунный блоттинг) и молекулярно-биологических методов исследования (ПЦР).

5. Провести дифференциальный диагноз с 2-3 самостоятельными нозологиями, наиболее близкими по своей клинике к проявлениям ВИЧ-инфекции у конкретного больного. Обратит внимание на патогномичные признаки ВИЧ-инфекции, их системность, прогрессирующий характер развития, устойчивость к проведению соответствующей терапии.
6. Назначить адекватное состоянию больного лечение: противовирусное при наличии показаний, по необходимости антимикробное, противоопухолевое и пр.
7. Определить критерии выписки больного с ВИЧ-инфекцией, характер его диспансеризации.
8. Оценить прогноз для пациента (по трудоспособности, жизни).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной М., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, жидкий стул с примесью алой крови, потерю массы тела на 4 кг. Болен в течение 1,5 мес. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно – принимал фталазол, фестал. После некоторого улучшения самочувствия проявления болезни вновь нарастали.

Эпидемиологический анамнез: 2 года назад вернулся из командировки в Африку.

Объективно: кожа чистая, лимфаденопатия (шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы 1,5x1,5 см, безболезненны при пальпации). Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы – без особенностей. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул жидкий, слизистый с примесью алой крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

Эталон

1. Учитывая длительность заболевания, лихорадку, незначительные симптомы интоксикации, лимфаденопатию, явления гемоколита, потерю массы тела, прежде всего, следует думать о ВИЧ-инфекции.
2. Учитывая длительность заболевания, отсутствие эффекта от проводимой терапии, подозрение на ВИЧ-инфекцию становится обоснованным (в особенности с учетом эпид. анамнеза.). Больному показана госпитализация в стационар.
3. Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции необходимо провести бактериологическое, копрологическое исследование кала на простейшие, серологические методы: РПГА с шигеллезными, иерсиниозными диагностикумами, исследования крови для обнаружения антител к антигенам ВИЧ (ИФА, иммунный блоттинг), иммунологические тесты для обнаружения иммунного дефицита (в первую очередь, CD4 клеток).
4. Дифференциальный диагноз следует проводить с затяжным течением острой дизентерии, амебиазом, иерсиниозом, раком толстого кишечника.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

В инфекционную больницу поступил больной П., 20 лет. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения поднялась температура до 37,5 С. появилось недомогание, сухой кашель; внезапно, боковой поверхности груди слева по ходу межреберного нерва ощутил зуд жжение. Через несколько часов отметил отек, гиперемию и мелкие пузырьки до 2 см в диаметре, боли при пальпации межреберного промежутка.

При осмотре; состояние удовлетворительное, на коже груди определяется везикулярная сыпь, по ходу межреберного нерва; местами мокнущие эрозии и корочки. В левой подмышечной области пальпируются несколько болезненные лимфоузлы тестоватой консистенции, до 1 см в диаметре. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью выслушиваются единичные сухие хрипы. В ОАК: относительный лимфоцитоз.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

Задача №2.

Больной М., 26 лет, холост, шофер. Поступил в хирургическое отделение по поводу абсцедирующего шейного лимфаденита слева.

Болен в течение 1 года. Дважды болел опоясывающим лишаем. 6 месяцев тому назад отметил увеличение нескольких групп лимфоузлов. Похудел на 6 кг. Некоторые лимфоузлы нагнаивались, вскрывались самостоятельно.

Эпиданамнез: ведет беспорядочную половую жизнь.

В настоящее время - на шее слева имеется абсцесс, требующий хирургического вмешательства. Отмечается полилимфаденопатия, афтозный стоматит.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ истории болезни ВИЧ-инфекцией.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

-Фамилия, имя, возраст больного.

-Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).

-Клинический диагноз.

-Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.

-Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов. Показания к антиретровирусной терапии.

-Лечение (дать оценку эффективности терапии).

-Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.

-Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.

-План дальнейшего обследования и лечения больного.

-Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какова история открытия ВИЧ? Перечислите основные этапы изучения ВИЧ-инфекции. Обозначьте роль зарубежных и отечественных ученых в изучении данного заболевания.
2. Дайте краткую характеристику ВИЧ: происхождение, таксономическое положение, особенности строения, факторы вирулентности. Укажите особенности генома вируса (структурные и регуляторные гены). Расскажите об изменчивости ВИЧ, разнообразии его типов и субтипов, неоднородности их распространения по географическому, эпидемиологическому (пути передачи) и временному признакам. Охарактеризуйте тропность ВИЧ к определенным клеткам. Опишите репликативный цикл вируса, механизм губительного действия ВИЧ на клетки. Какова чувствительность ВИЧ к неблагоприятным факторам внешней среды? Укажите особенности культивирования вируса.
3. Приведите эпидемиологическую характеристику ВИЧ-инфекции: эффективные и неэффективные пути передачи ВИЧ, актуальность каждого из них на современном этапе распространения ВИЧ-инфекции; группы риска по заражению ВИЧ; характеристика пандемии ВИЧ-инфекции; эпидемиологические черты ВИЧ-инфекции в России и Кировской области (основные этапы развития, причины дальнейшего распространения).
4. Опишите патогенез ВИЧ-инфекции: характер влияния ВИЧ на иммунную систему человека; механизмы развития иммунодефицита; причины снижения уровня CD4 клеток; последствия вызванной ВИЧ иммунной недостаточности; причины и особенности поражения нервной системы.
5. Перечислите причины неэффективности иммунного ответа макроорганизма на ВИЧ; факторы “ускользания” вируса от иммунного “надзора”; механизм неуклонного прогрессирования болезни.
6. Охарактеризуйте существующие варианты клинических классификаций ВИЧ-инфекции: ВОЗ, США, Россия. Укажите недостатки и преимущества зарубежных классификаций. Перечислите основные преимущества отечественной версии клинической классификации заболевания.
7. Опишите клинику ВИЧ-инфекции по стадиям: приведите перечень СПИД-индикаторных заболеваний I и II группы; обозначьте причины их развития, клиническую картину каждого из двенадцати СПИД-маркерных состояний I группы.
8. Укажите особенности диагностики ВИЧ-инфекции в России: этапность; скрининговый (ИФА) и подтверждающий тесты (иммунный блоттинг); интерпретация полученных результатов на первом и втором этапах; диагностический алгоритм. Опишите принципы медицинского освидетельствования на ВИЧ в России (добровольность и бесплатность). Приведите категории лиц, подлежащих обязательному обследованию на ВИЧ в нашей стране.
9. Перечислите принципы лечения ВИЧ-инфекции; группы противовирусных препаратов (нуклеозидные и нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы); показания к началу этиотропного лечения. Расшифруйте понятия о базисной терапии, “вирусной нагрузки”.
10. Опишите сущность профилактических и лечебных мероприятий относительно вторичных заболеваний (оппортунистических инфекций, опухолей, аутоиммунных эффектов, поражения нервной системы и др.). Как осуществляется контроль эффективности проводимого лечения? Какова тактика ведения ВИЧ-инфицированных в зависимости от стадии заболевания? Укажите основные трудности лечения больных ВИЧ-инфекцией в России.
11. Дайте характеристику основных направлений профилактики ВИЧ-инфекции в настоящее время; приоритетность неспецифических мер профилактики ВИЧ-инфекции (простота, экономическая доступность); здоровый образ жизни – залог здоровья общества. Опишите социальные аспекты ВИЧ-инфекции. Обозначьте перспективы создания вакцин против СПИДа (основные достижения и трудности).
12. Дайте краткую характеристику существующим нормативно-методическим документам по ВИЧ-инфекции, действующим на территории России и регламентирующим лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия относительно данного заболевания (федеральные законы, приказы, постановления, инструкции и т.д.).

13. Что такое Центр по профилактике и борьбе со СПИДом? Каковы его задачи, специфика функционирования? Перечислите принципы диспансеризации ВИЧ-инфицированных: место проведения, длительность, кратность контрольных врачебных осмотров, общеклинических лабораторно-инструментальных, иммунологических и специфических исследования (ИФА, иммунный блоттинг).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Иммунная супрессия при ВИЧ – инфекции обусловлена:

- а) прямое цитопатическое действие вируса
- б) образование синцитиев между инфицированными и здоровыми клетками
- в) деструкция зараженных клеток аутоантителами
- г) цитоллиз иммуноцитов под действием CD
- д) воздействие вируса на CD 8-положительные клетки

2. Укажите путь проникновения ВИЧ в головной мозг:

- а) периваскулярно
- б) периневрально
- в) гематогенно
- г) лимфогенно
- д) внутри фагоцитов

3. Укажите год начала эпидемии ВИЧ – инфекции в России:

- а) 1996
- б) 1997
- в) 1998
- г) 1999
- д) 2000

4. Укажите основные факторы риска заражения ВИЧ в России в настоящее время:

- а) половой гетеросексуальный контакт
- б) половой гомосексуальный контакт
- в) парентеральные медицинские вмешательства
- г) употребление внутривенных наркотиков
- д) нанесение татуировок на тело

5. Наибольшую концентрацию ВИЧ содержат следующие биосубстраты:

- а) кровь
- б) сперма
- в) влагалищное содержимое
- г) ликвор
- д) грудное молоко

6. Поражение головного мозга при ВИЧ-инфекции чаще всего протекает по типу:

- а) серозного менингита
- б) гнойного арахноидита
- в) прогрессирующего подострого энцефалита
- г) неврита черепно-мозговых нервов
- д) парезов и/или параличей черепно-мозговых нервов

7. ВИЧ содержит следующие ферменты:

- а) обратная транскриптаза (ревертаза)
- б) РНКазы
- в) интегразы

- г) протеаза
- д) гелиаза

8. ВИЧ устойчив к следующим факторам внешней среды:

- а) кипячение в течении 1-5 мин.
- б) замораживание
- в) УФО
- г) ионизирующая радиация
- д) дезинфектанты в обычных концентрациях (3% перекиси водорода, 5% лизол, 0,2% гипохлорит натрия, 1% глютаралальдегид, 20% этанол, эфир, ацетон и др.)

9. Пути заражения ВИЧ:

- а) парентеральный
- б) половой
- в) вертикальный
- г) бытовой (при длительном контакте)
- д) трансмиссивный

10. ВИЧ- ассоциированные оппортунистические инфекции вызываются:

- а) вирусами
- б) бактериями
- в) грибами
- г) простейшими
- д) членистоногими

Ответы:

1 - абвг 2 - д 3 - а 4 - аг 5 - абв 6 - в 7 - бг 8 - бвгд 9 - абв 10 - абв

4) Решить ситуационную задачу

Пациентка, 32 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шаткую походку, двоение в глазах, повышение температуры до 39 °С, одышку, боль за грудиной при глотании.

Анамнез болезни: Диагноз ВИЧ-инфекция установлен 7 лет назад. За последнее время отмечается снижение массы тела на 13 кг. Получала ко-тримоксазол, флюконазол для профилактики оппортунистических инфекций. Исследования: CD4 — 29 клеток/мкл.; ОАК: Нв — 110 г/л.; в ликворе: цитоз — 18 клеток, лимфоцитов — 52 %, нейтрофилов — 48 %, белок — 0,99 г/л. ПЦР на токсоплазму Гондии — отр.; КТ-головного мозга: огромный очаг в задней черепной ямки. Предполагаемый диагноз? План лечения?

1. Сформулируйте диагноз.
2. План лечения.
3. Ожидаемые результаты на фоне лечения.
4. План наблюдения.
5. Прогноз.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -

2. . Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. 2015.СПб: СпецЛит.
3. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013,М:

Раздел 5. Инфекционные болезни наружных покровов.

Тема 5.1: Рожа. Столбняк.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по роже и столбняку, определить особенности патогенеза и клиники данных инфекций, научить выявлению ранних признаков тяжелого течения перечисленных заболеваний, противоэпидемическим мероприятиям, определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения

Задачи:

1. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике по роже и столбняку.
2. Рассмотреть противоэпидемические мероприятия.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение различных клинических форм и осложнений рожи и столбняка.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении по роже и столбняку.
- 2 Особенности эпидемиологического процесса при сибирской язве и бешенстве в России на современном этапе.
3. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при роже и столбняке.
4. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
5. Осложнения, причины смерти при роже и столбняке.
6. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза.
7. Принципы лечения больных рожей и столбняком.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожей и столбняком.
9. Диспансерное наблюдение при роже.
10. Специфическая профилактика столбняка.

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных рожей, столбняком, правильно размещать больных в стационаре.
2. Целенаправленно собирать анамнез у больного. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Выявить основные клинические признаки болезни.
4. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
5. Составить план обследования (бактериологическое, серологическое, микроскопическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.
6. Интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
7. Назначить адекватную терапию больному
8. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;

2. Клинико-anamnestическими обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием поражения кожных покровов;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Выявлением и описанием синдрома энцефалита;
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием синдрома лимфаденопатии;
10. Проведением дифференциального диагноза рожи с заболеваниями, сопровождающимися поражением кожных покровов и лимфатической системы: боррелиоз, эризипеллоид, сап, мелиоидоз, содоку, ящур.
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
13. Назначением адекватной терапии больным;
14. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Достижения медицинской науки в изучении рожи и столбняка. Особенности эпидемиологического процесса при данных инфекциях в России на современном этапе.
2. Таксономия и особенности возбудителей рожи, столбняка.
3. Патологические и патоморфологические изменения в организме при развитии и угрозе развития осложнений ООИ (ИТШ, ГВШ, комы, отёка лёгких, мозга, ДВС-синдрома)
4. Основные эпидемиологические закономерности при роже, столбняке.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при роже и столбняке.
6. Клиническая картина заболеваний, современную классификацию.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
8. Принципы лечения больных.
9. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
10. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
11. Профилактика инфекций.

2. Практическая работа.

Цель работы: в результате обследования пациента с рожей сформулировать предположительный диагноз согласно существующей современной клинической классификации, провести дифференциальную диагностику с тромбофлебитом, дерматитом, экземой, опоясывающим герпесом, эризипеллоидом, рубромикозом, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с рожистым воспалением, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными, имеющим подобные симптомы, эритему, уточнить наличие травм, сопутствующих заболеваний.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: лихорадку, эритему, лимфаденопатию. Осмотреть ротоглотку, пропальпировать лимфоузлы, проверить менингеальные и очаговые симптомы, провести аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), бактериологические и серологические методы исследования.

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведённого диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной М., 55 лет, заболел 2 дня назад, 8.10, около 16 часов, когда появились головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли, температура повысилась до 40,2°C, была однократная рвота. Вызвал «скорую помощь», врач поставил диагноз «грипп» и назначил обильное питье, жаропонижающие препараты, полоскание горла. Утром состояние не улучшилось, температура 40,0°C, в левой голени появилось чувство распирания, интенсивные боли, к вечеру - покраснение левой голени, а затем тыла стопы. Несколько позже на пораженной поверхности появились пузыри с прозрачным содержимым. «Скорой помощью» доставлен в инфекционную больницу.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, вялый. Кожные покровы бледные, горячие. Температура тела 39,9°C. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. На коже левой голени и тыла стопы эритема с четкими границами, неровными краями, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, болезненная. Голень, голеностопный сустав отечны. На тыле стопы и на латеральной поверхности голеностопного сустава пузыри размером 1,5*2,0 см, напряженные, заполненные прозрачным содержимым. Ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 104 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Из анамнеза жизни: подобное заболевание с одинаковой локализацией повторяется ежегодно осенью.

В общем анализе крови: Hг-4,1* /л, Hb-134г/л, ЦП-0,95, Leu-19,1*10 /л, п/я-22%, с/я-43%, м-4%, л-31%, э-0%, СОЭ-34 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенного цвета, мутная, отн. плотность – 1015, белок – 0,176 г/л, глюкоза (-), лей – 4-7 в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Оцените общий анализ крови и мочи, назначьте дополнительные методы обследования.
4. Дайте рекомендации по госпитализации в специализированное отделение. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. Профилактика рецидивов.
6. Диспансерное наблюдение.

Эталон

Рожа левой голени и стопы, эритематозно-буллезная форма, рецидивирующее течение, средней степени тяжести.

Обоснование: острое начало, анамнез (подобное заболевание с одинаковой локализацией повторяется ежегодно осенью), клинико-лабораторные изменения:

- Экзантема: на левой голени и тыле стопы эритема с четкими границами, неровными краями, кожа напряжена, лоснится, при пальпации горячая, болезненная. Голень, голеностопный сустав отечны. На тыле стопы и на латеральной поверхности голеностопного сустава пузыри размером 1,5*2,0 см, напряженные, заполненные прозрачным содержимым.
- Синдром интоксикационно-воспалительный: головная боль, общая слабость, озноб, мышечные боли, температура до 40,2°C, однократная рвота. Тахикардия до 104 в мин. В

ОАК: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. В ОАМ: мутная, протеинурия (белок – 0,176г/л), лейкоцитурия (лей – 4-7 в п/зр).

- фоновые сопутствующие состояния: ороговение кожи стоп, деформация ногтей, трещины между пальцами.

2. В первую очередь необходимо исключить абсцесс, флегмону, нагноившуюся гематому, тромбоз флебит (флебит), дерматит, экзему, эризипелоид, узловатую эритему.

3. В ОАК: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. В ОАМ: мутная, протеинурия (белок – 0,176г/л), лейкоцитурия (лей – 4-7 в п/зр). Необходимо назначить ЭКГ, кровь на АСЛ-О.

4. Больному показана терапия в хирургическом стационаре. Антибактериальная терапия: цефазолин 1,0*3 р/сут или линкомицин 0,6*3 р/сут в течение 8-10 дней.

Патогенетическая терапия:

Sol.NaCl 0,9%-200,0 + пентоксифиллин 5,0 №10

Sol.NaCl 0,9%-200,0 + никотиновая к-та 1%-5,0 №10

Нерапин 5тыс. ед в/в кап №10

Sol.Glucosae 5% + актовегин 10,0 №10

Детралекс 1 кап. х 3 раза в день

Диакارب по 1 таб утром, 5 дней

Симптоматическая терапия: нестероидные противовоспалительные препараты: бутадион по 0,15 х 3 раза в сутки или найз по 1 таб. х 2 раза в день в течение 10-15 дней, витаминотерапия.

Местное лечение: при наличии неповрежденных пузырей их осторожно надрезают у одного из краев и после выхода экссудата на очаг воспаления накладывают повязки с 0,1%-ным раствором риванола или 0,02%-ного раствора фурацилина, меняя их несколько раз в течение дня. Тугое бинтование недопустимо. При наличии обширных мокнущих эрозий на месте вскрытых пузырей местное лечение начинается с марганцевых ванн для конечностей с последующим наложением перечисленных выше повязок.

Физиолечение: УФО на область очага воспаления №5 при нормальной температуре.

5. При сезонных рецидивах показано профилактическое внутримышечное введение бициллина-5 - 1,5 млн ЕД или ретарпена (benzathine benzylpenicillin) - 2,4 млн ЕД. Препарат начинают вводить за месяц до начала сезона заболеваемости у данного больного с интервалом в 3 недели на протяжении 3-4 месяцев ежегодно.

6. Данный больной относится ко 2 диспансерной группе: 1) регулярный врачебный осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев; 2) ежегодное лабораторное обследование перед сезоном рецидива; 3) профилактическое сезонное введение бициллина-5 или ретарпена по схеме или курсовое профилактическое лечение антибиотиками и химиопрепаратами продленного действия; 4) при наличии соответствующих показаний - санация очагов хронической ЛОР-инфекции, лечение сопутствующих хронических заболеваний кожи и др. Диспансерное наблюдение больных этой группы целесообразно на протяжении двух сезонов (лет) при условии отсутствия рецидивов.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной А., 37 лет, инженер. Утром проснулся с чувством слабости, недомогания, потливости. К вечеру отмечал повышение температуры до 37,6оС, затруднение при жевании пищи, напряжение мышц лица при разговоре, в дальнейшем – нарушение глотания (поперхивание пищей), сильные мышечные боли в спине, груди, животе, верхних и нижних конечностях. При включении яркого света появлялись судорожные подергивания конечностей.

Эпиданамнез: 2 дня назад при работе на садово-огородном участке получил глубокую рану правой кисти, самостоятельно промыл ее водой с мылом, обработал йодом, за медицинской помощью не обращался. Контакт с инфекционными больными отрицает. Дома держит собаку.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура 38оС. Мышцы тела в гипертонусе, голова запрокинута назад с дугообразным выгибанием позвоночника. Кожные покровы влажные. Тризм жевательных мускулатуры, на лице - сардоническая улыбка. Дыхание в легких везикулярное. ЧДД 25 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 ударов в минуту,

АД 110/60 мм рт. ст. Живот напряжен, при пальпации – болезненное сокращение мышц.

В общем анализе крови: Ег-4,1* /л, Нв-134г/л, ЦП-0,95, Leu-9,7*10 /л, п/я-5%, с/я-62%, м-2%, л-31%, э-0%, СОЭ-12 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенного цвета, прозрачная, отн. плотность – 1015, белок – 0,033 г/л, глюкозы нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр.в пределах нормы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы экстренные профилактические мероприятия?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
4. Каким возбудителем вызвано заболевание?
5. Назначьте лечение.

Задача №2.

Больной К., 53 года поступил в инфекционную больницу 5 июня с жалобами на повышение температуры тела до 37,20С, головную боль, «покраснение» в правой подмышечной области.

Заболел 24.05, когда заметил красное пятно в месте укуса насекомого 2х2 см. Обратился к участковому терапевту, был поставлен диагноз: «аллергическая реакция на укус насекомого», назначен супрастин по 1 таб. 3 раза в день. Положительного эффекта от лечения не было, размер пятна увеличивался.

Из анамнеза известно, что 23 мая в лесу был факт укуса какого-то насекомого в правую подмышечную область. Клещ был удален самостоятельно. Профилактика клещевого энцефалита и лайм-боррелиоза не проводилась.

Из анамнеза жизни: выяснено, что больной страдает гипертонической болезнью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. В правой подмышечной области в месте присасывания клеща кольцевидная эритема размером 10х7 см с четкими, ровными краями, зудит. При пальпации определяются лимфатические узлы справа размером до 1,5 см, безболезненные. В ротоглотке гиперемии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено, пульс 60 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Край печени по краю реберной дуги, безболезненный. Стул, диурез в норме.

Лабораторно: ОАК: Нв 134 г/л; Эр 4,1х10¹²/л; ЦП 1,0; Лей 5,4х10⁹/л; ПЯ 8%; СЯ 65%; Э 2%; Лимф 28%; Мон 5%; СОЭ 20 мм/час.

Вопросы:

- 1.Поставьте и обоснуйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Лечебная тактика?
4. Мероприятия в очаге.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ истории болезни с рожей.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.

-Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные факторы, предрасполагающие к возникновению рожистого воспаления?
2. Расскажите о патогенезе, классификации, осложнениях, методах лечения и профилактики рожистого воспаления.
3. Опишите механизмы и возникновение симптомов и осложнений, принципы и методы интенсивной терапии при столбняке.
4. Опишите профилактическую, лечебно-профилактическую помощь в связи с риском рецидивов рожи.
5. Выделите особенности эпидемиологии, патогенеза, клинической картины рожи, столбняка.
6. Определите дифференциальный диагноз при инфекционных заболеваниях кожи.
7. Перечислите возможные изменения результатов неспецифической и специфической лабораторной диагностики инфекционной патологии кожи.
8. Перечислите принципы лечения, основные группы лекарственных средств, применяющиеся в терапии инфекционных заболеваний наружных покровов.
9. Выделите меры профилактики столбняка.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Участвуют в развитии рожистого воспаления следующие микроорганизмы:
 - А) β -гемолитический стрептококк группы А (*streptococcus pyogenes*);
 - Б) *staphylococcus aureus*;
 - В) β -гемолитические стрептококки групп В,С,Г;
 - Г) грамотрицательные бактерии (эшерихии, протей);
 - Д) анаэробы.
2. Какие клинические признаки свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе и вероятности раннего рецидива рожистого воспаления?
 - А) пастозность и пигментация кожи;
 - Б) плотные сухие корки на месте булл;
 - В) длительное увеличение и болезненность лимфатических узлов;
 - Г) инфильтрация кожи, сохранение лимфостаза;
 - Д) длительный субфебрилитет.
3. Последствия рожи:
 - А) абсцесс;
 - Б) флегмона;
 - В) стойкий лимфостаз (лимфатический отек, лимфедема);
 - Г) вторичная слоновость (фибредема).
 - Д) рубцы
4. В период ранней реконвалесценции рожистого воспаления рекомендуется:
 - А) парафино- и озокеритолечение;
 - Б) лазеротерапия в инфракрасном диапазоне;
 - В) электрофорез с лидазой;
 - Г) радоновые ванны;
 - Д) инсоляция.

5. Возбудитель столбняка, *Clostridium tetani*:

- А) облигатный анаэроб;
- Б) факультативный анаэроб;
- В) облигатный аэроб;
- Г) спорообразующий;
- Д) грамотрицательный.

6. Перечислите меры экстренной профилактики столбняка:

- А) первичная хирургическая обработка ран;
- Б) ушивание ран;
- В) гетерогенная противостолбнячная сыворотка 3000 МЕ;
- Г) высокоактивный противостолбнячный иммуноглобулин человека 300 МЕ;
- Д) гетерогенная противостолбнячная сыворотка 300 МЕ.

7. Патогномоничная триада симптомов при столбняке:

- А) тризм;
- Б) сардоническая улыбка;
- В) дисфагия;
- Г) опистотонус;
- Д) гидрофобия.

8. Особенности поражения нервной системы при столбняке:

- А) блок тормозящего действия вставочных нейронов на мотонейроны в двигательных клетках передних рогов спинного мозга;
- Б) нарушение слияния синаптических пузырьков и синаптической мембраны;
- В) блокада нейронов ретикулярной формации;
- Г) активация парасимпатической нервной системы;
- Д) активация симпатической нервной системы.

9. Особенности поражения мышечной системы при столбняке:

- А) тоническое напряжение мышц;
- Б) возможность движений сохраняется только в кистях и стопах;
- В) выраженные мышечные боли;
- Г) возможны генерализованные тонические судороги;
- Д) возможны генерализованные клонические судороги.

Ответы:

1 - АБВГ 2 – ВГД 3 – ВГ 4 – АБВГ 5 – АГ 6 - АВГ 7 – АБВ 8 – АВД 9 - АБВГ

4) Решить ситуационную задачу

Пациентка В., 39 лет, жалобы на чувство напряжение и судорожное сокращение жевательных мышц. Заболела остро: При осмотре сознание сохранено. Страдальческое выражение лица. Тонус мышц постоянно повышен, ригидность мышц затылка. На этом фоне периодически возникают клонические судороги. Больная выгибается на кровати. При пальпации живота отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. План обследования. Какие характерные изменения лабораторных показателей подтверждают диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
2. Клинические рекомендации Росминздрава <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/rubricator/adults>
3. Санитарные правила и нормы - <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi> -

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / А.П.Казанцев, В.А.Казанцев (руководство для врачей). - М: МИА, 2013. - 496 с.

Раздел 5. Инфекционные болезни наружных покровов.

Тема 5.2: Сибирская язва. Бешенство.

Цель занятия: способствовать формированию умений и знаний по сибирской язве и бешенству, определить особенности патогенеза и клиники данных инфекций, научить выявлению ранних признаков тяжелого течения перечисленных заболеваний, противоэпидемическим мероприятиям, определить программу лечебных мероприятий, правила выписки и диспансерного наблюдения

Задачи:

1. Изучить современные знания об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике по сибирской язве и бешенству
2. Рассмотреть противоэпидемические мероприятия.
3. Обучить обследованию больных, использованию клинических данных, данных лабораторного и инструментального обследования.
4. Обучить выделению симптомов в синдромы, обоснованию и постановке нозологического диагноза согласно современной классификации.
5. Сформировать способность самостоятельно поставить диагноз и провести дифференциальный диагноз заболеваний, провести лечение различных клинических форм и осложнений сибирской язвы и бешенства.
6. Сформировать практические навыки оказания экстренной помощи при осложнениях заболеваний.

Аспирант должен знать:

1. Достижения медицинской науки в изучении по сибирской язве и бешенству.
- 2 Особенности эпидемиологического процесса при сибирской язве и бешенстве в России на современном этапе.
3. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при сибирской язве и бешенстве.
4. Клиническую картину заболеваний, современную классификацию.
5. Осложнения, причины смерти при сибирской язве и бешенстве.
6. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза.
7. Принципы лечения больных сибирской язвой, бешенства.
8. Правила выписки и диспансерное наблюдение реконвалесцентов сибирской язвы.
9. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
10. Профилактику сибирской язвы, бешенства.

Аспирант должен уметь:

1. Соблюдать основные правила поведения у постели больных сибирской язвой, бешенства, правильно размещать больных в стационаре.
2. Целенаправленно собирать анамнез у больного. Выяснить эпидемиологические данные.
3. Выявить основные клинические признаки болезни.
4. Отразить данные анамнеза и объективного осмотра в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза
5. Составить план обследования (бактериологическое, серологическое, микроскопическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза.

6. Интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации.
7. Назначить адекватную терапию больному
8. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге (выявление источника, установление путей передачи и круга контактных, специфическая профилактика).

Аспирант должен владеть:

1. Сбором целенаправленного эпидемиологического анамнеза;
2. Клинико-anamнестическим обследованием инфекционного больного (с трактовкой результатов по дням болезни);
3. Выявлением и описанием поражения кожных покровов;
4. Выявлением и описанием изменений в ротоглотке;
5. Выявлением и описанием изменений состояния периферических лимфоузлов;
6. Выявлением и описанием синдрома энцефалита;
7. Оценкой характера и типа лихорадочной реакции;
8. Выявлением и оценкой гепатолиенального синдрома;
9. Выявлением и описанием синдрома лимфаденопатии;
10. Проведением дифференциального диагноза важнейших синдромов инфекционного заболевания (поражение кожных покровов, поражение ротоглотки, лимфаденопатия, лихорадка, гепатоспленомегалия, диарея, менингеальный и энцефалитический синдромы);
11. Формулировкой клинического диагноза;
12. Составлением плана лабораторного и инструментального обследования больного для установления нозологического диагноза и определения тяжести состояния;
13. Назначением адекватной терапии больным;
14. Определением показаний для проведения интенсивной и реанимационной терапии инфекционным больным.

Самостоятельная аудиторная работа аспирантов по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Достижения медицинской науки в изучении сибирской язвы и бешенства. Особенности эпидемиологического процесса при данных инфекциях в России на современном этапе.
2. Таксономия и особенности возбудителей чумы, туляремии.
3. Патологические и патоморфологические изменения в организме при развитии и угрозе развития осложнений ООИ (ИТШ, ГВШ, комы, отёка лёгких, мозга, ДВС-синдрома)
4. Основные эпидемиологические закономерности при сибирской язве и бешенстве.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при сибирской язве и бешенстве.
6. Клиническая картина заболеваний, современную классификацию.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
8. Принципы лечения больных.
9. Правила выписки и диспансерное наблюдение.
10. Сроки карантинных мероприятий, накладываемых на контактных лиц.
11. Профилактика инфекций.

2. Практическая работа.

Цель работы: в результате обследования пациента с явлениями энцефалита, заподозрить этиологический диагноз, сформулировать предположительный диагноз согласно существующей современной клинической классификации, провести дифференциальную диагностику заболеваний, протекающих с энцефалитом, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с энцефалитом, выявить жалобы.
2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными, имеющим подобные симптомы или с высоко лихорадящим больным, уточнить прививочный анамнез, выезжал ли за пределы региона.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, головную

боль, гидрофобию, аэрофобию. Осмотреть ротоглотку, пропальпировать лимфоузлы, проверить менингеальные и очаговые симптомы, координационные пробы, провести аускультацию легких и сердца, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.

4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования, ЭКГ

Результаты: оформляются в рабочей тетради в виде истории болезни и дневника курации.

Выводы: В результате проведенного диагностического поиска выставляется заключительный диагноз и назначается адекватная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Прочитайте задачу.
2. Выделите симптомы и синдромы.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
6. Определите тактику лечения.
7. Опишите критерии выписки и диспансерное наблюдение.
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Клиническая задача

Больной К., 27 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти.

Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации.

Эпиданамнез: больной постоянно живет в Москве. Никуда не выезжал. Работает скорняком в кооперативе. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
5. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
6. Укажите правила выписки больного.

Эталон

1. Клинический диагноз и его обоснование:

Сибирская язва, карбункулезная форма, средняя степень Тяжести.

Диагноз поставлен на основании синдрома интоксикации, местных проявлений — безболезненная язва, быстро покрывшаяся черной коркой, выраженный отёк, регионарный лимфаденит. Эпид. Анамнез: работает скорняком.

2. Госпитализация показана по клиническим и эпид.показаниям.

3. ОАК, ОАМ, ЭКГ, RW, РНГА с сибиреязвенным антигеном, РА, бактериологический метод, реакция кольцепреципитации по Асколи.

4. Дифференциальная диагностика проводится с рожей, клещевым боррелиозом, флегмоной, эризипелойдом.

5. Лечение. Режим I, Диета № 13

- Цефтриабол 2г.-2 р/с, или клафоран 2 г- 2 р/с +амикацин 1,2 г/сут в.в. 7 дней
- при выраженной инфильтрации- НПВС (мовалис 0,15 в сут 10 дн.)
- Дезинтоксикационная терапия (гемодез, физ. Раствор, вит С до 1 г.сут)
- Иммунокорректирующая терапия (метилурацил, полиоксидоний, нуклеинат натрия)

6.Выписка после клинического выздоровления.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной А., 39 лет, рыбак, 2 недели назад ночевал на берегу реки и был укушен в левую ногу неизвестной собакой, которая убежала. Рану промыл речной водой и перевязал носовым платком. По приезду домой за медицинской помощью не обращался. Два дня назад в области укуса обнаружил припухлость и гиперемию. Появились боль и зуд по всей ноге. Обратился за медицинской помощью.

Жалобы на головную боль, тошноту, снижение аппетита, невыносимость яркого света, чувство тревоги. Повышение температуры тела до 37,90С. В месте укуса определяется отек мягких тканей, гиперемия и повышение температуры. При попытке медсестры промыть рану резко оттолкнул сосуд с водой.

Объективно: беспокоен, старается находиться в тени. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, зрачки расширены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту. АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Показатели общих анализов крови и мочи в пределах нормы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Каковы экстренные профилактические мероприятия?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
4. Каким возбудителем вызвано заболевание?

Задача №2.

Больной П., 28 лет, к вечеру 20.09. почувствовал слабость, быструю утомляемость. В ночь на 21.09. появилась тошнота, рвота, чувство "распирания" в эпигастральной области. Утром появились "туман", "сетка" перед глазами (не мог определить время на наручных часах), выросла слабость.

При обращении к врачу: температура тела 36,8°С. Пульс 86 ударов в минуту. АД 150/85 мм рт. ст. Со стороны сердца и лёгких патологических изменений не выявлено. Двусторонний птоз. Зрачки широкие, реакция зрачков на свет вялая, аккомодация и конвергенция нарушены. Голос с носовым оттенком, рвотный рефлекс снижен. Выраженная сухость слизистых ротовой полости. Живот умеренно вздут. Перистальтика прослушивается, стула не было.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$, лейкоциты $8,7 \times 10^9$, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 1%, лимфоциты 30%, моноциты 3%, СОЭ 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1017, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – единич. в п. зр., лейкоциты 1-2 в п. зр., эритроциты – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте обследование для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
4. Определите тактику лечения.
5. Критерии выписки.

4. Задания для групповой работы

- 1) Провести анализ истории болезни с сибирской язвой.

Рекомендации аспиранту к докладу больного на клиническом обходе.

- Фамилия, имя, возраст больного.
- Дата поступления пациента в инфекционное отделение (продолжительность пребывания в стационаре на момент доклада).
- Клинический диагноз.
- Начало и развитие заболевания. Из анамнеза отразить основные моменты, имеющие отношение к развитию настоящего заболевания.
- Состояние при поступлении. Интерпретация общеклинических и специальных методов исследования с выделением основных симптомов и синдромов.
- Лечение (дать оценку эффективности терапии).
- Состояние на момент курации больного по системам, описать локальный статус.
- Выделить осложнения и сопутствующие заболевания, отягощающие состояние больного.
- План дальнейшего обследования и лечения больного.
- Доклад аспиранта должен сопровождаться демонстрацией иллюстративного материала (температурный лист, кривая артериального давления, анализы в динамике, методы лабораторного исследования и т.д.).

Самостоятельная внеаудиторная работа аспирантов по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные морфологические и биохимические свойства возбудителей сибирской язвы, бешенства, их свойства, факторы патогенности.
2. Укажите источники инфекции при сибирской язве, бешенстве.
3. Перечислите пути и факторы передачи указанных инфекций.
4. Какова сущность патофизиологических и патоморфологических изменений в органах и тканях, возникающих при сибирской язве, бешенстве?
5. Укажите основные клинические периоды сибирской язвы, бешенства и их продолжительность.
6. Укажите основные клинические симптомы продромального периода при данных инфекциях.
7. Дайте характеристику клинических симптомов сибирской язвы, бешенства в периоде разгара.
8. В чем заключаются клинико-эпидемиологические особенности сибирской язвы на современном этапе?
9. Назовите критерии тяжести состояния при сибирской язве, бешенстве.
10. Определите круг заболеваний, протекающих с энцефалитом.
11. Опишите специфические осложнения, характерные для сибирской язвы.
12. Дайте характеристику методов лабораторной диагностики при сибирской язве, бешенстве. Укажите сроки забора материала для бактериологического и серологического обследования больного, экспресс-методы.
13. Укажите принципы лечения сибирской язвы, бешенства в современных условиях.
14. Правила выписки из стационара.
15. Перечислите основные мероприятия в очаге сибирской язвы, бешенства.
16. Назовите методы экстренной, специфической и неспецифической профилактики бешенства.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве:
 - а) 1-2 дня
 - б) 2-3 дня
 - в) 3-5 дней
 - г) 5-10 дней

2. Назовите характерные эпидемиологические признаки сибирской язвы:
 - а) заражение возможно при выделке шкур
 - б) контакт с лихорадящими больными

- в) посещение заброшенных скотомогильников
- г) завшивленность

3. Назовите наиболее характерный симптом для кожной формы сибирской язвы:

- а) обильная розеолезная сыпь на коже
- б) разлитая гиперемия вокруг карбункула
- в) воспаление волосяного фолликула
- г) безболезненный карбункул

4. Для диагностики сибирской язвы применяют:

- а) бактериоскопический метод
- б) проба Бюрне
- в) бактериологический метод
- г) проба Райта

5. В лечении больных сибирской язвой используются:

- а) антибиотики
- б) сульфаниламиды
- в) бактериофаг
- г) специфический иммуноглобулин

6. Укажите препараты специфической профилактики бешенства и особенности их введения:

- а) Антирабическая культуральная концентрированная очищенная инактивированная сухая вакцина (КОКАВ) по 1 мл в 0,3,7,14, 30 и 90 сутки в дельтовидную мышцу
- б) Антирабическая мозговая вакцина по 1 мл в 0,3,7,14, 30 и 90 сутки в дельтовидную мышцу
- в) Антирабический гетерологичный иммуноглобулин 40 МЕ/кг вокруг и вглубь ран
- г) Антирабический гомологичный иммуноглобулин 20 МЕ/кг вокруг и вглубь ран

Ответы:

1 - а 2 – аб 3 – г 4 – бв 5 – а 6 - авг

4) Решить ситуационную задачу

Пациент Ф., 40 лет, доставлен в приемный покой инфекционной больницы по скорой помощи. В анамнезе: со слов жены несколько дней отмечались изменение поведения, появились повышенная раздражительность, тревожное состояние, бессонница. Эпиданамнез: 3 недели тому назад был на охоте, убил волка, при снятии шкуры слегка поранил руку. При осмотре температура тела 37,4. Беспокоен. При попытке питья беспокойство усиливалось, появлялась агрессия, боль при глотании, одышка, рвота. В последующем даже вид воды или упоминания о ней вызывали резкое беспокойство больного и явления ларингоспазма. При осмотре на левой кисти небольшой рубчик на месте бывшей раны. В области рубчика больной отмечает легкое жжение и зуд.

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. План ведения. Лабораторные методы подтверждения диагноза
3. Лечебная тактика.
4. Методы профилактики заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Инфекционные болезни: нац. Руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1104 с.

Дополнительная:

1. Антибактериальные препараты в клинической практике [Электронный ресурс] / Под ред. С.Н.

- Козлова, Р.С. Козлова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418352.html>
2. Антибактериальные препараты в клинической практике. Под ред. С.Н. Козлова, Р.С. Козлова. 2017.М: ГЭОТАР-Медиа.
 3. Тропические болезни и медицина болезней путешественников./ А.М. Бронштейн. 2016.М: ГЭОТАР-Медиа. Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин.
 4. Вирусные болезни человека: монография / Ю.В. Лобзин Ю. В. Лобзин, Е. С. Белозеров, Т. В. Беляева, В. М. Волжанин. 2015.СПб: СпецЛит.
 5. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. А.П.Казанцев, В.А.Казанцев. 2013,М: МИА.

Составитель:

д.м.н., профессор, зав. кафедрой М.С. Григорович

Зав. кафедрой М.С. Григорович

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения промежуточной аттестации аспирантов
по дисциплине «Инфекционные болезни»**

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина
Профиль – Инфекционные болезни
Форма обучения очная

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/зачтено	Хорошо/зачтено	Отлично/зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1 способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях						
Знать	Не знает основные методы научно-исследовательской деятельности	Не в полном объеме знает основные методы научно-исследовательской деятельности, допускает существенные ошибки	Знает основные методы научно-исследовательской деятельности, допускает ошибки	Знает основные методы научно-исследовательской деятельности,	Тест, доклад (литературный обзор по теме исследования)	Собеседование
Уметь	Не умеет выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах; критически оценивать любую поступающую информацию, вне зависимости от источника; избегать автоматического применения стандартных формул и приемов при решении задач.	Частично освоено умение выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах; критически оценивать любую поступающую информацию, вне зависимости от источника; избегать автоматического применения стандартных формул и приемов при решении задач.	Правильно выделяет и систематизирует основные идеи в научных текстах; критически оценивает любую поступающую информацию, вне зависимости от источника; избегает автоматического применения стандартных формул и приемов при решении задач, допускает ошибки	Самостоятельно выделяет и систематизирует основные идеи в научных текстах; критически оценивает любую поступающую информацию, вне зависимости от источника; избегает автоматического применения стандартных формул и приемов при решении задач	Тест, доклад (литературный обзор по теме исследования)	Собеседование

Вла- деть	Не владеет навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования; навыками методов и средств решения задач исследования.	Не полностью владеет навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования; навыками методов и средств решения задач исследования.	Способен использовать навыки сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования; навыки методов и средств решения задач исследования.	Владеет навыками сбора, обработки, анализа и систематизации информации по теме исследования; навыками методов и средств решения задач исследования.	доклад (литературный обзор по теме исследования)	Собеседование
ПК-1 способность и готовность к научному анализу свойств возбудителей и их взаимодействия с организмом человека, иммунологических, патоморфологических, биохимических, патофизиологических изменений в организме в процессе болезни, лечения и развития постинфекционного иммунитета						
Знать	Фрагментарные знания основных вопросов этиологии, патогенеза и патоморфологии инфекционных заболеваний	Общие, но не структурированные знания основных вопросов этиологии, патогенеза и патоморфологии инфекционных заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных вопросов этиологии, патогенеза и патоморфологии инфекционных заболеваний	Сформированные систематические знания основных вопросов этиологии, патогенеза и патоморфологии инфекционных заболеваний	Тест, решение ситуационных задач	Собеседование
Уметь	Частично освоенное умение получать информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; организовывать и проводить профилактические прививки	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение получать информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; организовывать и проводить профилактические прививки	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; организовывать и проводить профилактические прививки	Сформированное умение получать информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания; организовывать и проводить профилактические прививки	Тест, решение ситуационных задач	Тест, Собеседование
Вла- деть	Фрагментарное применение навыков планирования и анализа работы инфекционной службы; проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий	В целом успешное, но не систематическое применение навыков планирования и анализа работы инфекционной службы; проведения профилактических и	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков планирования и анализа работы инфекционной службы; проведения профилактических и	Успешное и систематическое применение навыков планирования и анализа работы инфекционной службы; проведения профилактических и	решение ситуационных задач	собеседование

		противоэпидеми-ческих меро-приятий	противоэпидеми-ческих меро-приятий	противоэпидеми-ческих меро-приятий		
ПК-2 способность и готовность к изучению клинических проявлений инфекционного процесса, повреждения и нарушения функции различных органов и систем, особенностей течения заболевания во всех возрастных группах, в различных условиях окружающей среды и в сочетании с другими болезнями						
Знать	Фрагментарные знания клинической симптоматики, особенностей течения, прогноза инфекционных заболеваний	Общие, но не структурированные знания клинической симптоматики, особенностей течения, прогноза инфекционных заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинической симптоматики, особенностей течения, прогноза инфекционных заболеваний	Сформированные систематические знания клинической симптоматики, особенностей течения, прогноза инфекционных заболеваний	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия, направить извещение в соответствующую СЭС; оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия, направить извещение в соответствующую СЭС; оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия, направить извещение в соответствующую СЭС; оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий	Сформированное умение осуществить раннее выявление и диагностику инфекционных болезней, провести необходимые противоэпидемические мероприятия, направить извещение в соответствующую СЭС; оценить тяжесть состояния больного, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков выделения и интерпретации основных синдромов инфекционных заболеваний, определения нозологической формы заболевания; выполнения диагностических	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выделения и интерпретации основных синдромов инфекционных заболеваний, определения нозологической формы заболевания; вы-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выделения и интерпретации основных синдромов инфекционных заболеваний, определения нозологической формы за-	Успешное и систематическое применение навыков выделения и интерпретации основных синдромов инфекционных заболеваний, определения нозологической формы заболевания; выполнения диагностических	решение ситуационных задач	собеседование, прием практических навыков

	процедур в клинике инфекционных болезней	полнения диагностических процедур в клинике инфекционных болезней	болевания; выполнения диагностических процедур в клинике инфекционных болезней	процедур в клинике инфекционных болезней		
ПК-3 способность и готовность к разработке, внедрению и совершенствованию методов диагностики инфекционных болезней с использованием клинических, микробиологических, генетических, иммунологических, биохимических, инструментальных и других методов исследования, дифференциальной диагностики с другими болезнями инфекционной и неинфекционной природы, лечения инфекционных болезней и реабилитации						
Знать	Фрагментарные знания диагностической значимости, показаний и противопоказаний клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования; принципов проведения фармакотерапии	Общие, но не структурированные знания диагностической значимости, показаний и противопоказаний клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования; принципов проведения фармакотерапии	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания диагностической значимости, показаний и противопоказаний клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования; принципов проведения фармакотерапии	Сформированные систематические знания диагностической значимости, показаний и противопоказаний клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования; принципов проведения фармакотерапии	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков
Уметь	Частично освоенное умение определить необходимость специальных методов исследования; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; осуществлять диспансерное наблюдение реконвалесцентов	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определить необходимость специальных методов исследования; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; осуществлять диспансерное	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение определить необходимость специальных методов исследования; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; осуществлять диспансерное	Сформированное умение определить необходимость специальных методов исследования; провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного; назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; осуществлять диспансерное наблюдение реконвалесцентов	Тест, решение ситуационных задач	Тест, собеседование, прием практических навыков

		наблюдение реконвалесцентов	наблюдение реконвалесцентов			
Вла- деть	Фрагментарное применение навыков современной диагностики, эффективного и адекватного лечения, реабилитации больных с инфекционной патологией	В целом успешное, но не систематическое применение навыков современной диагностики, эффективного и адекватного лечения, реабилитации больных с инфекционной патологией	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков современной диагностики, эффективного и адекватного лечения, реабилитации больных с инфекционной патологией	Успешное и систематическое применение навыков современной диагностики, эффективного и адекватного лечения, реабилитации больных с инфекционной патологией	решение ситуационных задач	собеседование, прием практических навыков

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

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

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
УК-1	<p>Примерные вопросы к зачету, экзамену (Общая часть с № 1 по № 25, методологические основы диагноза № 1 по № 14 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <p><i>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</i></p> <p>1 уровень:</p> <p>1. Назначение пробиотиков при проведении антибактериальной терапии с позиций доказательной медицины предпочтительно</p> <p>А. с момента приема первой дозы антибиотика*</p> <p>Б. при комбинации двух антибактериальных препаратов</p> <p>В. после антибактериальной терапии</p> <p>Г. при развитии диарейного синдрома</p> <p>2. Согласно данным доказательной медицины скрининги целесообразно проводить:</p> <p>а) только для выявления неинфекционных заболеваний;</p> <p>б) для всех состояний, угрожающих жизни и здоровью;</p> <p>в) для всех состояний, угрожающих жизни и здоровью, и в любом возрасте;</p> <p>г) для состояний, угрожающих жизни и здоровью, и в возрастном периоде с наибольшей заболеваемостью искомой болезнью*.</p> <p>3. Скрининговым методом, направленным на выявление колоректального рака является исследование:</p> <p>а) кала на скрытую кровь иммунохимическим методом;*</p> <p>б) кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена);</p> <p>в) ректороманоскопия;</p> <p>г) колоноскопия.</p> <p>4. Приоритетные группы пациентов для углубленной диспансеризации:</p> <p>а) молодые люди, перенесшие новую коронавирусную инфекцию в тяжелой форме;</p> <p>б) лица, перенесшие новую коронавирусную инфекцию любой тяжести, имеющие два хронических неинфекционных заболевания;*</p> <p>в) лица, перенесшие острую коронавирусную инфекцию, которая потребовала госпитализации;</p> <p>г) лица, получавшие в период лечения антикоагулянты прямого действия.</p> <p>5. Согласно данным доказательной медицины беременным женщинам показано проведение вакцинации против</p>

- а) гриппа*
- б) кори
- в) краснухи
- г) дифтерии

6. Анализ результатов научных публикаций подтверждает, что методом первичной профилактики папилломавирусной инфекции и рака шейки матки является

- а) вакцинопрофилактика*
- б) постановка на диспансерный учет
- в) профилактический осмотр
- г) ранняя диагностика заболеваний.

7. Анализ исследований, включающих верификацию возбудителя заболевания, показывает, что в подавляющем большинстве случаев этиологическим фактором острого бронхита на современном этапе является:

- а) вирусная инфекция;*
- б) бактериальная инфекция;
- в) грибковая инфекция;
- г) аллергические агенты.

8. Анализ исследований, включающих верификацию возбудителя заболевания, показывает, что основным возбудителем внебольничной пневмонии на современном этапе является:

- а) *P. aeruginosa*;
- б) *M. pneumoniae*;
- в) *K. pneumoniae*;
- г) *S. Pneumoniae**.

9. Анализ исследований, включающих верификацию возбудителя заболевания, показывает, что наиболее частый возбудитель фарингита на современном этапе - это:

- а) дифтерийная палочка;
- б) бета-гемолитический стрептококк группы А;
- в) хламидии;
- г) вирусы*.

10. Согласно современным данным анемии при хронических заболеваниях характеризуются:

- а) ретикулоцитозом и билирубинемией;
- б) гипохромией и микроцитозом
- в) повышением сывороточного ферритина*;
- г) гиперхромией и макроцитозом.

2 **уровень:**

1. Установите соответствие: К каждой характеристике болевого абдоминального синдрома подберите наиболее подходящий ответ:

- 1) Интенсивные, мучительные боли, возникающие мгновенно
- 2) Быстро возникающие (в течение нескольких минут) интенсивные боли
- 3) Постепенно возникающая, постоянная боль (может длиться часами)
- 4) Интермиттирующая и коликообразная боль (может длиться часами)

- а) Перфоративная язва
- б) Острый панкреатит
- в) Острый аппендицит
- г) Механическая тонкокишечная непроходимость

Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4) - г.

2. Установите соответствие между видом нефропатии и этиологическими факторами

- 1) Гломерулонефрит
- 2) Вторичный (АА-) амилоидоз
- 3) Острый тубулоинтерстициальный нефрит

- а) Стрептококк, ВИЧ, Вирусы гепатитов В и С
- б) Микобактерия (бацилла Коха)
- в) Лептоспиры

Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в.

<p>3. Установите соответствие между видом поражения почек и лекарственными средствами, которые могут их вызывать</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Гломерулонефрит 2) Острый тубулоинтерстициальный нефрит 3) Хронический тубулоинтерстициальный нефит 4) Острый канальцевый некроз <ol style="list-style-type: none"> а) Д-пеницилламин б) Нестероидные противовоспалительные препараты, Анальгетики, Антибиотики пенициллинового ряда в) Нестероидные противовоспалительные препараты, Анальгетики г) Аминогликозиды <p>Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4) - г.</p> <p>4. Установите соответствие между клиническим синдромом и его типичными осложнениями</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нефротический синдром 2) Остронефритический синдром 3) Хроническая почечная недостаточность <ol style="list-style-type: none"> а) Тромбозы вен или артерий, Гиповолемический шок б) Острая левожелудочковая недостаточность в) Метаболический ацидоз, Анемия <p>Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в.</p> <p>5. Установите соответствие между характеристикой и видом анемии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нормохромная 2) Гиперхромная 3) Гипохромная <ol style="list-style-type: none"> а) апластическая анемия, гемолитическая анемия б) В12-дефицитная анемия в) железодефицитная анемия <p>Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в.</p> <p>3 уровень:</p> <p>1. Женщина 59 лет предъявляет жалобы на боли в правой поясничной области жгучего характера, слабость, повышение температуры до 38°C, плохой сон. На коже в области поясницы справа – множественные пузырьки. Выберите правильный ответ: Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз: а) *герпетическая инфекция б) рожа в) клещевой боррелиоз</p> <p>Вопрос 2. Определите степень тяжести заболевания: г) лёгкая д) *средняя е) тяжёлая</p> <p>Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации: а) да б) *нет</p> <p>2. Ребенок 5-ти лет. Мать предъявляет жалобы на зуд в области заднего прохода, раздражительность, плохой сон ребенка. Выберите правильный ответ: Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз: а) *энтеробиоз б) аскаридоз в) экзема</p> <p>Вопрос 2. Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование а) *микроскопия соскоба с перианальных складок б) микроскопия кала в) обнаружение специфических антител в сыворотке крови</p> <p>Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации: а) да б) *нет</p>
--

	<p>3. Больная С., 27. лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней. Из анамнеза – три недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°С. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина в назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота. Выберите правильный ответ:</p> <p>Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз:</p> <p>а) *ГЛПС б) Лептоспироз в) Грипп</p> <p>Вопрос 2. Предположите степень тяжести заболевания:</p> <p>а) лёгкая б) *средняя в) тяжёлая</p> <p>Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации:</p> <p>а) *да б) нет</p> <p>Примерные задания для написания (и защиты) докладов/ рефератов Оформить литературный обзор отечественных и зарубежных публикаций по утвержденной теме научного исследования, глубина поиска 10 лет.</p>
<p>ПК-1</p>	<p>Примерные вопросы к зачету, экзамену (Все вопросы специальной части (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <p><i>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</i></p> <p>1 уровень:</p> <p>1. Возбудителем рожи является:</p> <p>А) стафилококк Б) клебсиелла В) бета-гемолитический стрептококк* Г) пневмококк Д) энтерококк</p> <p>2. Возбудитель брюшного тифа относится:</p> <p>А) к вирусам Б) к риккетсиям В) к хламидиям Г) к бактериям* Д) к микоплазмам</p> <p>3. Возбудитель ботулизма:</p> <p>А) является аэробом Б) размножается в пищевых продуктах при отсутствии доступа воздуха* В) размножается в почве Г) может размножаться в воде Д) размножается в пищевых продуктах при создании аэробных условий</p> <p>4. Пищевые токсикоинфекции:</p> <p>А) вызываются условно – патогенной флорой* Б) вызываются патогенными микробами кишечной группы В) характеризуются отсутствием интоксикационного синдрома* Г) характеризуются тем, что источником являются инфицированные пищевые продукты* Д) токсинообразование происходит в организме человека</p> <p>5. Ведущим звеном патогенеза холеры является:</p> <p>А) вибрионемия Б) токсемия</p>

- В) гиповолемия*
- Г) гипоксемия
- Д) печеночно–клеточная недостаточность

6. ВИЧ-инфекция передается следующим путем:

- А) контактно-бытовым
- Б) водным
- В) алиментарным
- Г) половым*
- Д) воздушно-капельным

7. Для специфической диагностики ботулизма применяют:

- А) бактериологическое исследование
- Б) копрологическое исследование
- В) реакцию нейтрализации токсина в мышцах*
- Г) исследование цереброспинальной жидкости
- Д) реакцию непрямой гемагглютинации

8. Путь передачи инфекции при ВГЕ:

- А) водный*
- Б) парентеральный
- В) половой
- Г) через укус комаром
- Д) воздушно-пылевой

9. Признаками цитолиза являются:

- А) повышение билирубина и щелочной фосфатазы
- Б) снижение протромбинового индекса и повышение АлАТ
- В) повышение тимоловой и снижение сулемовой проб
- Г) повышение билирубина и гамма-глобулинов
- Д) повышение АЛТ и АСТ*

10. При нетяжелых ОРВИ и острых кишечных расстройствах вакцину можно вводить

- а) сразу после нормализации температуры тела;*
- б) через неделю после полного выздоровления;
- в) через 2 недели после полного выздоровления
- г) на фоне проявлений заболевания и субфебрилитета.

2 уровень:

1. ПОДБЕРИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ПАРЫ «ФАКТОР ПЕРЕДАЧИ – ЗАБОЛЕВАНИЕ»:

- | | |
|--|---------------|
| 1) недостаточно термически обработанная рыба | а) иерсиниоз |
| 2) консервированные грибы | б) гепатит А |
| 3) сырой свиной фарш | в) ботулизм |
| 4) молоко | г) описторхоз |
| 5) немывтые фрукты | д) шигеллез |

Эталон: 1-г, 2-в, 3-а, 4-д, 5-б

2. Найдите соответствие между вероятными возбудителями и условиями возникновения внебольничной пневмонии, развившейся на фоне 1)ХОБЛ 2)гриппа 3)бронхоэктазов 4)алкоголизма

- а) Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa
- б) Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus
- в) Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus
- г) Klebsiella pneumoniae, анаэробы

Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4)– г.

3. Установите соответствие между видом инструментального исследования и ограничениями его применения ПК-9

- 1) Ультразвуковое исследование почек
- 2) Обзорная рентгенография почек и мочевых путей
- 3) Внутривенная (экскреторная) урография
- 4) Компьютерная томография почек с контрастированием

- а) Не имеет противопоказаний
- б) Противопоказано при беременности

- в) Противопоказано при почечной недостаточности,
г) Противопоказано при аллергии на препараты йода в анамнезе
Эталон 1) – а, 2) –б; 3) – б,в,г; 4) б, в, г .

4. Установите соответствие между клиническим значением и видом исследования:

- 1) Количественное исследование мочевого осадка
- 2) Исследование скорости клубочковой фильтрации
- 3) Исследование концентрационной функции почек

- а) Проба Нечипоренко,
 - б) Проба Амбурже
 - в) Проба Реберга
 - г) Проба Зимницкого.
- Эталон 1) –а, б, 2) –в, 3)- г.

5. Выберите соответствие между характером и цветом мокроты в зависимости от возбудителя

- 1) слизистая мокрота 2) мокрота ржавого цвета 3) мокрота цвета шоколада 4) мокрота гнойная, трудно-отделяемая, комковатая
- а) вирусное поражение
 - б) пневмококковая пневмония
 - в) клебсиеллезная пневмония
 - г) при хроническом бронхите.
- Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4) - г.

3 уровень:

1. Мужчина 55 лет, слесарь. Обратился к врачу с жалобами на одышку при одевании и раздевании и при незначительной физической нагрузке (затруднен выдох). По утрам кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, ночные приступы удушья 1- 2 раза, снимает беродуалом. Приступы удушья возникают на холодный воздух, запахи. Из анамнеза известно, что пациент курит более 36 лет. Не привит против гриппа и пневмококка. В анамнезе пневмония 1 раз в год. Обострения с выделением гнойной мокроты 3- 4 раза в год. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, с умеренным диффузным цианозом. В легких дыхание жесткое, ослабленное, в нижних отделах легких сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Сатурация кислорода- 86 %. ОФВ1- 33 %, проба с бронхолитиком +9 %., 150 мл. ФЛГ- усиление легочного рисунка, эмфизема легких, увеличение размеров сердца. Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз:

- ж) бронхиальная астма
- з) внебольничная пневмония
- и) *ХОБЛ
- к) хронический бронхит

Вопрос 2. Определите степень тяжести заболевания:

- л) лёгкая
- м) средняя
- н) *тяжёлая

Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации:

- в) *да
- г) Нет

2. Мужчина 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, недомогание. В 25 лет перенес тяжелую форму ГЛПС. Несколько лет назад при обследовании по линии РВК обнаружили белок в моче, повышение АД. Был диагностирован хронический гломерулонефрит. С того времени анализы мочи и АД не контролировал, не лечился. При осмотре выявлено повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, в общем анализе крови гемоглобин 78 г/л, в биохимическом анализе – креатинин 540 мкмоль/л, мочевины 27 ммоль/л. При УЗИ – уменьшение размеров почек. Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Ухудшение самочувствия больного вызвано:

- а) *прогрессированием хронической почечной недостаточности
- б) гипертоническим кризом
- в) активностью гломерулонефрита
- г) уменьшением размеров почек

Вопрос 2. Наиболее вероятной причиной анемии у данного больного является

- а) дефицит витаминов и микроэлементов
- б) язвы кишечника
- в) *снижение синтеза эритропоэтина

- г) гемолиз
- Вопрос 3. Лечение данного больного обязательно должно включать:
- а) этиотропную терапию
 - б) глюкокортикостероиды
 - в) цитостатики
 - г) *посиндромную терапию и подготовку к заместительной почечной терапии

3. Пациентка 23 лет обратилась к врачу-инфекционисту с жалобами на припухлость в области шеи и частые эпизоды ОРВИ, утомляемость, сердцебиение, головные боли. При осмотре эмоционально неустойчива. Отмечаются общий гипергидроз, красный дермографизм. Щитовидная железа 2 степени, экзофтальм, стойкая тахикардия. Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Сформулируйте предварительный диагноз:

- а) эндемический зоб*
- б) диффузный токсический зоб
- в) подострый тиреоидит
- г) гипотиреоз

Вопрос 2. Лабораторными исследованиями, позволяющими подтвердить диагноз, являются

- а) АКТГ, кортизол
- б) ФСГ и прогестерон
- в) ТТГ и тироксин
- г) ЛГ и эстрадиол

Вопрос 3. Пациентке показана терапия данного заболевания:

- а) седативная
- д) дезинтоксикационная
- е) общеукрепляющая
- ж) тиреостатическая

Примерные ситуационные задачи

Задача 1. Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C. При осмотре врачом «скорой помощи» отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД - 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно - звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - II ребро, левая - на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: НЬ - 112 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,83, Лейк - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 32%, э - 1%, л - 56%, м - 7%, СОЭ - 11 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Задание к задаче

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
3. Объясните механизм развития гипертермического синдрома у данного больного.
4. О какой этиологии заболевания можно думать в данном случае?
5. Какие лабораторные тесты могут подтвердить этиологию заболевания?
6. Какие предрасполагающие факторы играют роль в развитии гипертермического синдрома у детей раннего возраста?
7. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
8. Какова тактика ведения данного ребенка? План неотложных мероприятий?
9. Каким специалистам нужно показать данного ребенка?
10. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
11. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
12. Какие варианты гипертермического синдрома Вы знаете?

Эталон ответа

1. ОРВИ, гипертермический синдром.
2. Тяжесть состояния, обусловлена интоксикацией, одышкой (ЧД 54 при н 30-40), тахикардией.
3. Механизм развития гипертермического синдрома: эндотоксин -> ЛПС + CD4 -> МФ выделяет ФНО, ИЛ-1, 6, 8, O₂, H₂O₂, NO, ПГЕ₂, ФАТ, TR-A2. При избытке: гипотензия, ДВС, гипертермия, шок и смерть. Низкие концентрации – гибель МФ, умеренная лихорадка – стимуляция имм. С. Выздоровление. чувствительности к холодным R и – к тепловым (перестройка Ц терморегуляции. Во время лихорадки в спинномозг. Ж. ПГЕ₂ (спецмедиатор).
4. Этиология: инфекционная (на фоне ОРВИ).
5. ЛАБОР. тесты: бак. анализ мазка из ротоглотки и смыва из носоглотки. Имм. методы: на ИЛ-1, 6, 8, ПГЕ₂.
6. Предрасполагающие факторы: несовершенство терморегуляции: больше теплопродукции, резко ограниченная способность повышать теплоотдачу при перегревании и теплопродукцию при охлаждении (несократительный термогенез). Неспособность давать тип. лихорадку (слабая чувств. нейронов гипоталамуса к лейкоцитарному пирогену). Лихорадка при инфекциях за счёт стимуляции обмена. (повышение теплопродукции).
7. Дополнительные исследования: БАК-посев крови и мочи, копрограмма и посев кала на флору. Биохимия (ЦРБ и трансаминаза).
8. Тактика ведения: диета (доп. кол-во жидк. и легко усв. пища), физ. методы охлаждения, жаропонижающие (парацетамол 10-15 мг/кг, в/м анальгин 50% 5-10 мг/кг + димедрол 1 мл/год).
9. Ребёнка нужно показать ЛОР, невропатологу.
10. Осложнения: бронхит, судорожный синдром.
11. Диф. д.: неинфекц. лихорадка.
12. Вариант гипертермич. система: тепловой, солнечный удар, перегревание, злокачественная гипертермия, фебрильные судороги.

Задача 2. На прием к ВОП обратилась больная В., 38 лет, предъявляет жалобы на частый (до 20 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи; схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся после приема пищи и перед дефекацией, тенезмы, общую слабость, снижение веса; чувство песка в глазах, сухость и ломкость волос, ногтей. Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились вышеуказанные симптомы. С подозрением на дизентерию была доставлена в инфекционную больницу, где после обследования диагноз был отвергнут. В дальнейшем лечилась в гастроэнтерологическом отделении. После лечения состояние улучшалось, прекращались боли, понос, но стул оставался кашицеобразным 2-3 раза в сутки. За время заболевания отмечает похудание (на 10 кг), последние 2 года - сухость и ломкость волос, ногтей.

Состояние средней степени тяжести. Положение тела активное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Кожа сухая, тургор ее снижен. Дыхание везикулярное. Границы сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, никуда не проводится. Ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 100 в 1 мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный во всех отделах. При глубокой пальпации определяется урчание, сигмовидная кишка спазмирована, плотная, болезненная. Печень не увеличена.

Копрологическое исследование: испражнения типа «малинового желе», скопления эритроцитов, лейкоцитов, клеток кишечного эпителия.

Задание к задаче

1. Предварительный синдромальный диагноз.
2. Критерии тяжести. Факторы риска.
3. Тактика ведения пациента. Обследование.
4. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов.
5. Профилактика.

Задача 3. У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до 39,0С, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. - 4,2x10¹², Нв - 140 г/л, л - 12x10⁹, п - 2, с - 80, л - 12, м - 6, СОЭ - 38 мм/час. В мокроте МБТ не обнаружены.

Задание к задаче

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения пациента.

	<p>Задача 4. Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,40С.</p> <p>Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.</p> <p>Рентгенологически - наличие очагов полиморфного характера в обоих легких</p> <p>Анализ крови: э - 4,8x10¹²/л, Нв - 142 г/л, л - 9,2x10⁹/л, п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.</p> <p>В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.</p> <p style="text-align: center;"><u>Задание к задаче</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установить предварительный диагноз. 2. Наметить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определиться с тактикой ведения пациента.
ПК-2	<p>Примерные вопросы к зачету, экзамену (Все вопросы специальной части (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <p><i>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</i></p> <p>1 уровень:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент с инфекцией Covid-19 считается выздоровевшим при наличии однократного отрицательного результата исследования на РНК SARS-CoV-2 и следующих критериев Т тела _____ °С; SpO₂ на воздухе _____ %; <ol style="list-style-type: none"> А. < 37,2 °С; > 96%;* <ol style="list-style-type: none"> Б. ≤ 37,2 °С; > 95%; В. < 37,0 °С; ≥ 96%; Г. ≤ 37,0 °С; ≥ 95%; 2. Сыпь характерна: <ol style="list-style-type: none"> А) для гриппа Б) для холеры) для бешенства Г) для брюшного тифа* Д) для иерсиниоза* 3. Гепатолиенальный синдром наиболее типичен: <ol style="list-style-type: none"> А) для амебиоза Б) для малярии* В) для пищевых токсикоинфекций Г) для ботулизма Д) для клещевого энцефалита 4. При вирусных гепатитах мезенхимально–воспалительный синдром характеризуется повышением: <ol style="list-style-type: none"> А) активности АлАТ Б) активности АсАТ В) уровня альбуминов Г) тимоловой пробы* Д) уровня холестерина 5. Сыпной тиф характеризуется: <ol style="list-style-type: none"> А) постепенным началом болезни Б) высокой длительной лихорадкой* В) полиаденопатией Г) наличием гепатолиенального синдрома* Д) парезами, параличами 6. Гемолитическая желтуха характерна: <ol style="list-style-type: none"> А) для малярии* Б) для вирусного гепатита В) для псевдотуберкулеза Г) для псевдотуберкулеза Д) для инфекционного мононуклеоза

7. Отдаленным характерным последствием клещевого энцефалита является:

- А) деменция
- Б) атаксия
- В) слепота и снижение слуха
- Г) гидроцефалия
- Д) атрофические параличи мышц плечевого пояса*
шеи и верхних конечностей

8. Боли и болезненность икроножных мышц являются характерным симптомом:

- А) псевдотуберкулеза
- Б) лептоспироза*
- В) бруцеллеза
- Г) бешенства
- Д) столбняка

9. Для больных брюшным тифом характерной жалобой является:

- А) головная боль*
- Б) боль в пояснице
- В) боль в мышцах
- Г) боль в суставах
- Д) боль в горле

10. Поражение головного мозга при ВИЧ-инфекции чаще всего протекает по типу:

- а) серозного менингита
- б) гнойного арахноидита
- в) прогрессивного подострого энцефалита*
- г) неврита черепно-мозговых нервов
- д) парезов и/или параличей черепно-мозговых нервов

2 уровень:

1. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА (1) И СЫПНОГО ТИФА (2):

- а) возбуждение, гиперемия лица и шеи, розеолезно-петехиальная сыпь, гипотония, тахикардия
 - б) адинамия, бледность кожных покровов, язык с отпечатками зубов, относительная брадикардия
- Эталон: 1-б, 2-а

2. Установите соответствие между видом нефропатии и факторами риска её развития

- 1) Нарушения оттока мочи, Катетеризация мочевого пузыря
- 2) Ревматоидный артрит в анамнезе
- 3) Многолетнее злоупотребление анальгетиками
- 4) Лакунарная ангина

- а) Острый пиелонефрит
 - б) Вторичный (АА-) амилоидоз
 - в) Хронический тубулоинтерстициальный нефрит
 - г) Острый гломерулонефрит
- Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4) – г.

3. Установите соответствие между клиническим синдромом и его признаками

- 1) Нефротический синдром
 - 2) Остронефритический синдром
 - 3) Синдром дисфункции канальцев
- а) Массивная протеинурия, Гипоальбуминемия, Отёки
 - б) Отёки, Артериальная гипертензия, Олигурия
 - в) Полиурия
- Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в.

4. Установите соответствие между лекарственным препаратом и противопоказаниями к его применению

- 1) Почечная недостаточность, Тяжелый нефротический синдром
- 2) Почечная недостаточность, Тяжелый нефротический синдром, Гиперкалиемия
- 3) Почечная недостаточность, Гиперкалиемия
- 4) Тяжелый нефротический синдром, Венозный тромбоз
- 5) Лейкопения

- а) Кеторол
 - б) Гентамицин
 - в) Эналаприл
 - г) Фуросемид
 - д) Циклофосфан
- Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4)– г, 5)–д.

5. Установите соответствие между аббревиатурой и её характеристикой ПК - 9

- 1) НСТ
- 2) MCV;
- 3) MCH
- 4) MCHC
- 5) RDW

- а) гематокрит
 - б) средний объём эритроцита;
 - в) среднее содержание гемоглобина в эритроците
 - г) среднее содержание гемоглобина во всех эритроцитах
 - д) ширина распределения эритроцитов по объёму
- Эталон 1) –а, 2) –б, 3) –в, 4)– г, 5)–д.

3 уровень:

1. Пациент Л., 29 лет, работает учителем. Обратился к терапевту с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад. Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Температура тела 37,4°. Перкуторно легочный звук, зон притуплений нет. Аускультативно дыхание жесткое, крепитация ниже угла лопатки справа. ЧД 24 в мин. Sat O₂ -91%. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей. Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Вероятный диагноз:

- а) периферический рак лёгкого
- б) *внебольничная пневмония
- в) острый бронхит
- г) экссудативный плеврит

Вопрос 2. Является ли пациент временно нетрудоспособным:

- а) *да
- б) нет

Вопрос 3. Имеются ли показания для стационарного лечения:

- а) *да
- б) нет

2. Больной Д., 29 лет, пришел на прием к участковому терапевту по поводу жалоб на одышку при ходьбе, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, малопродуктивный кашель. Из анамнеза: впервые одышку отмечал в 16 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя она проходила самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появилась одышка после физической нагрузки. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с проведением ремонтных работ дома: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель. Во время последнего приступа появилось чувство удушья. Больной вызывал «скорую помощь», приступ был купирован, рекомендовали обратиться к участковому терапевту. Перенесенные заболевания: корь, пневмония 2 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери – экзема. Объективно: состояние больного удовлетворительное, одышка при ходьбе, возбужден. Кожные покровы обычной окраски. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания до 26 в минуту. При аускультации: выдох удлинен, в легких дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Предварительный диагноз:

- а) *бронхиальная астма
- б) хроническая обструктивная болезнь лёгких
- в) острая пневмония
- г) отек легких

Вопрос 2. Является ли пациент временно нетрудоспособным:

- а) *да
- б) нет

Вопрос 3. Имеются ли показания для стационарного лечения:

- а) *да
- б) нет

3. У студентки 20 лет через 2 недели после перенесенной ангины появились кардиалгии, сердцебиение, одышка при выполнении повседневных бытовых нагрузок, нарастающая слабость, субфебрилитет. При объективном исследовании - цианоз губ, расширение границ относительной тупости сердца, ослабление тонов сердца, I тон на верхушке глухой, систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, диффузное нарушение реполяризации. В клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз

Выберите правильный ответ:

Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз:

- а) кардиомиопатия
- б) стенокардия
- в) *миокардит

Вопрос 2. Экспертиза трудоспособности:

- а) трудоспособна
- б) *нетрудоспособна, выдать справку формы N 095/у
- в) нетрудоспособна, выдать листок нетрудоспособности

Вопрос 3. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации:

- а) *да
- б) нет

Примерные ситуационные задачи

Задача 1. Больной И., 39 лет, работник мясокомбината, заболел остро 9.11.: появились головная боль, слабость, сильный озноб, повысилась температура тела до 39,6°C. Отмечал выраженные боли в мышцах, особенно икроножных, боли в поясничной области, стал меньше мочиться. С диагнозом «острый пиелонефрит» наблюдался врачом поликлиники, принимал 5-НОК, бисептол. Однако высокая температура не снижалась и в течение последующих 5 дней сохранялась на уровне 38°-39°C. 13.11. заметил желтуху.

Вызванный повторно участковый врач установил: состояние тяжелое, температура тела 39,8°C. Лицо гиперемировано, одутловато. Склеры инъецированы. На слизистых оболочках конъюнктивы мелкие кровоизлияния. Кожа и склеры ярко желтого цвета. На коже грудной клетки видна петехиальная сыпь. Язык сухой, обложен грязным налетом. В легких застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 130 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 3 см ниже правой реберной дуги, болезненная. Пальпируется край селезенки. Со слов больного – в течение дня не мочился. Менингеальные симптомы отрицательные.

Больной был направлен в инфекционный стационар с подозрением на острый вирусный гепатит.

С приемной отделения стационара проведено срочное обследование больного: лейкоциты в периферической крови – 15·10⁹/л; гемоглобин -100 г/л; СОЭ -35 мм/ч.

Билирубин крови – 250 мкмоль/л, (прямой 100 мкмоль/л); АЛАТ – 2,5 ммоль/л; мочевины – 65 ммоль/л; креатинин – 0,8 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок 0,33 г/л; эритроциты 50 в поле зрения; единичные гиалиновые и зернистые цилиндры.

1. Укажите показания к госпитализации больного.
2. Какое лабораторное обследование больного требуется для верификации диагноза?
3. Назначьте лечение.
4. Укажите имеющиеся и возможные осложнения
5. Укажите вероятный источник и механизмы заражения, пути передачи возбудителя, а также группу инфекционных болезней, к которой относится данный случай.
6. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.

Задача 2. Вызов на дом ВОП. Пациент П., 25 лет, 5-й день болезни. Врач-интерн, работал в различных отделениях инфекционной больницы. После нескольких дней работы в отделении воздушно-капельных инфекций, почувствовал недомогание, слабость, головную боль, повысилась температура тела до 38,0°C, появилось першение в горле, сухой кашель, заложенность носа, слезотечение. На второй день, насморк усилился, кашель стал более резким, отрывистым, покраснели и опухли веки, появилась светобоязнь.

Больной поставил себе диагноз «грипп». Лечился симптоматическими средствами.

3-4 день состояние почти без перемен, температура тела держалась на уровне 37,8 – 38,5°C, сохранялись катаральные явления. Отделяемое из носа и конъюнктив стало гнойным. 21.03. утром заметил сыпь на лице в виде пятнисто-папулезных элементов без зуда. Лицо одутловато, гиперемировано. На коже лица, за ушами, на шее и верхних отделах грудной клетки умеренно выраженная пятнисто-папулезная сыпь.

Отдельные элементы видны и на туловище. На ногах сыпи нет. Отчетливо определяются увеличенные, мягкие, болезненные при пальпации затылочные, задне- и переднешейные лимфатические узлы. В зеве разлитая гиперемия, миндалины незначительно увеличены, без налетов. На слизистой оболочке внутренней поверхности щеки слева обнаружены единичные мелкие элементы белесоватого вида, напоминающие манную крупу. В легких хрипов нет. Тоны сердца ясные, чистые. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Из анамнеза известно, что в школьные годы никаких прививок не получал в связи с противопоказаниями. Ветряной оспой, краснухой, корью, эпидемическим паротитом не болел.

1. Выделите ведущие синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов. Назовите возможные осложнения заболевания.
3. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
4. Укажите к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
5. Составьте план обследования
6. Назовите показания к госпитализации больного. Назначьте лечение.

Задача 3. Больная Е., 56 лет, заболела остро – появились умеренные боли в горле, усиливающиеся при глотании, повысилась температура тела до 38,1°C, почувствовала слабость, недомогание. К врачу не обращалась. Лечилась домашними средствами: полоскала горло домашними средствами. В последующие два дня температура держалась на уровне 37,5-38,2°C, боли в горле сохранялись. На 4-й день болезни narosла слабость, появились сердцебиение, одышка, затруднение при глотании. Больная заметила, что шея увеличилась в размерах. К середине дня температура тела достигла 39,8°C.

в анамнезе частые ангины, ОРВИ, гипертоническую болезнь 2 стадии в сочетании с ИБС

Вызвала участкового врача. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,5°C, сознание ясное. Лицо бледное. Язык обложен, влажный. Кожа чистая. Определяется отек шейной клетчатки, доходящий до первой шейной складки. Пальпируются увеличенные чувствительные подчелюстные лимфатические узлы. Голос звучный. В зеве разлитая умеренная гиперемия. Миндалины отечные, увеличены в размерах до 3 степени. На миндалинах, обеих дужках, на основании язычка имеются плотные серовато-белые с гладкой поверхностью налеты. Шпателем их снять не удалось. Дыхание свободное, в легких – везикулярное. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Выслушивается отчетливый систолический шум на основании сердца. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Диурез достаточный. Поколачивание по пояснице безболезненно.

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите, если есть осложнения заболевания.
3. Решите вопрос о госпитализации.
4. Составьте план обследования больной.
5. Назначьте лечение.
6. К какой группе инфекционных болезней относится данный случай? Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге заболевания

Задача 4. Больной М., 35 лет, заболел остро: появились слабость, тошнота, боли в эпигастральной области, 3 раза была рвота пищей, повторный обильный жидкий стул калового характера без патологических примесей. Через 3 часа его состояние ухудшилось: рвота продолжалась (до 7 раз), стул участился до 10 раз и стал водянистым, пенистым. Нарosла общая слабость, появились сухость во рту и жажда, головокружение. Температура тела повысилась до 38,5°C. Боли в животе усилились и имели распирающий характер. Появились судорожные сокращения в икроножных мышцах. Больной был осмотрен ВОП/СВ. Объективный статус: состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, бледный. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Пульс 116 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 90/55 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный в эпигастральной, околопупочной и правой подвздошной областях. Перитонеальных симптомов нет. Не мочился с утра. Стул водянистый, обильный, зеленого цвета, без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что больной накануне заболевания был в гостях, употреблял алкоголь в умеренных количествах, различные закуски, заливное мясо, салаты. Слышал, что у кого-то из гостей тоже был жидкий стул, но подробностей не знает.

Больной состоит на учете по поводу хронического гастрита с пониженной секреторной функцией.

1. Выделите ведущие синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите патогенез основных синдромов. Назовите осложнения заболевания, если они есть.
3. Имеется ли необходимость в проведении дифференциального диагноза с другими инфекционными формами, если имеется – то с какими?
4. Укажите, к какой группе инфекционных болезней относится данный случай, а также вероятный источник, механизмы заражения и пути передачи возбудителя. Перечислите противоэпидемические

	<p>мероприятия в очаге инфекции.</p> <p>5. Назовите показания к госпитализации больного.</p> <p>6. Составьте план обследования больного.</p> <p>7. Назначьте лечение.</p> <p>Примерный перечень практических навыков. (с №1 по №15 (полный перечень навыков – см. п. 2.2))</p>
<p>ПК-3</p>	<p>Примерные вопросы к зачету, экзамену (Все вопросы специальной части (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p>
	<p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</p> <p>1 уровень:</p> <p>1. Рентгенография и/или КТ выполняются в амбулаторных условиях после выписки из стационара через _____ дней или при необходимости</p> <p>А. 28 - 60 *</p> <p>Б. 15 - 25</p> <p>В. 10 - 14</p> <p>Г. 7 - 10</p> <p>2. Примерный объем уплотненной легочной ткани в обоих легких по «Эмпирической» визуальной шкале при стадии КТ2 соответствует _____%</p> <p>А. 25-50*</p> <p>Б. 35-40</p> <p>В. 50-75</p> <p>Г. 15-25</p> <p>3. Следует рассматривать как подозрительный на COVID-19 случай при наличии</p> <p>А. любого острого респираторного заболевания *</p> <p>Б. положительного результата ПЦР на наличие РНК SARS-CoV-2</p> <p>В. тесных контактов с больным COVID-19</p> <p>Г. профессиональных контактов с подтвержденными случаями COVID-19</p> <p>4. После перенесенного в прошлом острого ВГВ обнаруживаются:</p> <p>А) Anti-HBc IgM</p> <p>Б) Anti-HBc IgG*</p> <p>В) Anti-HBe IgG*</p> <p>Г) Anti-HCV IgG</p> <p>Д) HBe Ag</p> <p>5. Пациент без хронических заболеваний в анамнезе, со средним сердечно-сосудистым риском, перенесший COVID-19 средней степени тяжести подлежит диспансерному наблюдению:</p> <p>а) в I группе здоровья;</p> <p>б) во II группе здоровья;</p> <p>в) в IIIa группе здоровья;</p> <p>г) в IIIб группе здоровья*.</p> <p>6. Наиболее информативным методом диагностики менингококкцемии является:</p> <p>А) бактериологическое исследование носоглоточной слизи</p> <p>Б) бактериологическое исследование ликвора</p> <p>В) бактериологическое исследование крови*</p> <p>Г) общий анализ крови</p> <p>Д) клинический анализ спинномозговой жидкости</p> <p>7. В соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения срок взятия пациента с хроническим гепатитом В на диспансерный учет у врача-инфекциониста после установления диагноза составляет:</p> <p>а) 1 рабочий день;</p> <p>б) 3 рабочих дня;*</p> <p>в) 1 неделя;</p> <p>г) 1 месяц.</p> <p>8. Для предварительной диагностики ВИЧ-инфекции в медицинской практике применяют:</p>

А) обнаружение АТ методом ИФА*

Б) вирусологические методы

В) РСК

Г) биопробу

Д) иммунный блот

9. Для больных брюшным тифом характерной жалобой является:

А) головная боль*

Б) боль в пояснице

В) боль в мышцах

Г) боль в суставах

Д) боль в горле

10. Для специфической диагностики ботулизма применяют:

А) бактериологическое исследование

Б) копрологическое исследование

В) реакцию нейтрализации токсина в мышцах*

Г) исследование цереброспинальной жидкости

Д) реакцию непрямой гемагглютинации

2 уровень:

1. СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С (1) И ГЕПАТИТА В (2):

а) НВsAg, анти-НВс IgM, НВеAg,

б) анти-НСV core IgM

Эталон: 1-б, 2-а

2. ОСНОВНОЙ МЕТОД СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ТРИХОЦЕФАЛЕЗЕ (1) И ТОКСОКАРОЗЕ (2):

а) серологическое исследование

б) паразитологическое исследование фекалий

Эталон: 1-б, 2-а

3. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В (1) И С (2):

а) ламивудин, энтекавир

б) даклатавир, софосбувир

Эталон: 1-а, 2-б

4. Установите соответствие между понятиями: 1) Базовые реанимационные мероприятия и 2) Расширенные реанимационные мероприятия

а) обеспечение проходимости дыхательных путей

б) непрямой массаж сердца

в) проводятся как лицами с медицинским образованием, так и без него

г) выполняются только медицинскими работниками

д) включают в себя инвазивные и специальные методики

Эталон 1) – а,б,в, 2)- г), д).

5. Установите соответствие между лекарственным средством и железом, содержащимся в нём

1) Fe(III)

2) Fe(II)

а) «Мальтофер»,

б) «Феррум Лек»,

в) «Венофер»

г) «Сорбифер Дурулес»,

д) «Тотема»

Эталон 1) – а,б,в, 2)- г), д).

3 уровень:

1. Больной 56 лет, по профессии заготовитель, часто бывает в командировках в Средней Азии. Жалуются на учащенный стул со слизью и кровью, схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру. Болен около 4-х месяцев. Первые две недели стул был полужидкий, 1-2 раза в сутки, со слизью, затем нормализовался. Однако через неделю стул вновь участился, периодически в нем появлялась кровь. Последнее обострение началось 3 дня назад. Общее состояние больного удовлетворительное,

температура 37,2°C. При пальпации живота отмечается болезненность слепой и восходящей кишок. Стул кашицеобразный, с примесью комков слизи, окрашенных в розовый цвет.

Вопрос 1. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. хроническая дизентерия
- Б. балантидиаз
- В. Амебиаз*
- Г. неспецифический язвенный колит
- Д. рак толстой кишки

Вопрос 2. Предположите степень тяжести заболевания:

- а) лёгкая
- б) *средняя
- в) тяжёлая

Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации:

- а) *да
- б) Нет

2. Больной Г., 28 лет. Болен 8 дней. Беспокоят слабость, недомогание, высокая температура тела. Эффекта от приема сульфаниламидов и жаропонижающих средств не было. Состояние ухудшалось. К 8 дню болезни температура повысилась до 39,4°C. Больной бледен, адинамичен, субиктеричность ладоней, стоп, губы сухие, на коже живота и по боковым поверхностям груди розеолезная сыпь (8 элементов), пульс 82 в 1 мин., АД 105/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Вопрос 1. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. вирусный гепатит
- Б. лептоспироз
- В. сепсис
- Г. брюшной тиф*
- Д. малярия

Вопрос 2. Предположите степень тяжести заболевания:

- г) лёгкая
- д) *средняя
- е) тяжёлая

Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации:

- в) *да
- г) Нет

3. Больной К., 30 лет, во время охоты разделывал тушку ондатры. Через 3 дня внезапно повысилась температура до 40 градусов, появился озноб, головная боль, боль в мышцах, слабость. На коже левого предплечья появился пузырек, наполненный гнойно-кровянистым содержимым на твердом основании красно-багрового цвета. Затем, через 2-3 дня, образовалась язва, дно которой покрылось темным струпом. Отмечалась резкая болезненность. В левой паховой области увеличился лимфатический узел до размеров куриного яйца, резко болезненный, кожа над ним багрово-красного цвета, синюшная. Температура все дни высокая.

Вопрос 1. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. сибирская язва
- Б. чума*
- В. бруцеллез
- Г. туляремия
- Д. лептоспироз

Вопрос 2. Предположите степень тяжести заболевания:

- ж) лёгкая
- з) *средняя
- и) тяжёлая

Вопрос 3. Имеются ли у пациента показания для госпитализации:

- д) *да
- е) Нет

Примерные ситуационные задачи

Задача 1. Двое сотрудников мебельной фабрики отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39° С, в связи с чем был госпитализирован по скорой помощи. Задания:

1. Назовите предполагаемых возбудителей, которые могли стать причиной заболевания.

	<p>2. Составьте дифдиагностический ряд и проведите дифференциальную диагностику.</p> <p>3. Каким путем заразился указанный больной и почему?</p> <p>4. Проводится ли специфическая профилактика и терапия данной группы заболеваний?</p> <p>Задача 2. На приеме врача-инфекциониста больной ребенок, 3 лет, из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания. Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведите диагностический поиск, дифференциальный диагноз, 2. Назовите опорные диагностические критерии заболевания и факторы риска, 3. Определите тактику ведения пациента 4. Определите лечебную тактику, представьте характеристику основных лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения и профилактики. <p>Задача 3. У работницы по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование. Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите род возбудителя сибирской язвы? 2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного? 3. Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции? 4. Что служит исследуемым материалом от данного больного? 5. Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы? <p>Задача 4. В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых. Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровянистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жареную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы». Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни? 2. Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы? 3. Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ? 4. Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается? 5. Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных? <p>Примерный перечень практических навыков. (с № 16 по № 35 (полный перечень навыков – см. п. 2.2))</p>
--	--

Критерии оценки зачетного и экзаменационного собеседования:

Критерии оценки экзаменационного собеседования

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки зачетного собеседования:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;

«не зачтено» - 70 баллов и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач:

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и

осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на ½ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

Критерии оценки практических навыков:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки доклада (литературного обзора по теме исследования):

«зачтено» – обучающийся представил актуальность тематики, раскрыл основное содержание заявленной темы, сделал заключение/выводы, вытекающие из обсуждаемой проблематики, представил список используемой литературы с количеством источников не менее 20, глубиной поиска 5-7 лет, включающий зарубежные и отечественные работы.

«не зачтено» - обучающийся не выполнил основные требования к структуре и содержанию доклада (не представил актуальность тематики, не раскрыл основное содержание заявленной темы, не сформулировал адекватно обсуждаемой тематике заключение/выводы, не представил список используемой литературы в соответствии с заявленными требованиями).

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1. Введение в клинику инфекционных болезней

1. Содержание и задачи науки об инфекционных болезнях, ее связь с другими медицинскими дисциплинами.

2. Основные этапы научного изучения инфекционных болезней.

3. Экология. Общее понятие. Основные направления. Медицинская экология. Вопросы этиологии, эпидемиологии и клиники инфекционных болезней в аспекте экологических проблем. Социально-философские проблемы экологии. В.И. Вернадский и его вклад в развитие экологии.

4. Значение окружающей среды для здоровья всего населения. Задачи медицинской науки в деле повышения эффективности мер по охране природы и оздоровлению окружающей среды.

5. Связь алкоголизма и наркомании с заболеваемостью и тяжестью течения инфекционных болезней.

6. Вклад отечественных и зарубежных ученых в разработку проблем патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики инфекционных болезней.

7. Состояние заболеваемости инфекционными болезнями в мире.

8. Экономическая оценка ущерба, наносимого инфекционными болезнями, и эффективности противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий.

9. Эпидемический процесс, его составные части и движущие силы. Понятие об эпидемическом очаге. Понятие о карантинных инфекционных болезнях. Учение о природной очаговости Е.Н. Павловского.

10. Показания, способы и виды дезинфекции. Дезинсекция. Дератизация.

11. Противоэпидемическая работа в поликлинике и на участке.

12. Характеристика различного рода возбудителей (простейшие, бактерии, спирохеты, риккетсии, вирусы, грибки, прионы), особенности их патогенного действия, понятие о токсинах.

13. Закономерности течения инфекционных болезней. Суть понятий «инфекция», «инфекционный процесс», «инфекционная болезнь». Типы инфекционного процесса. Общие закономерности развития патологического процесса при инфекционных болезнях у взрослых и детей. Сущность и особенности инфекционных болезней.

14. Периоды инфекционных болезней и их значение для противоэпидемических мероприятий, диагностики и лечения. Исходы болезни.

15. Классификация инфекционных болезней. Естественноисторическая классификация Л.В. Громашевского. Принципы клинических классификаций отдельных нозологических форм. Эволюция инфекционных болезней. Госпитальные инфекции. Болезни, вызванные условно-патогенной флорой. Понятие об оппортунистических инфекциях, колонизационной резистентности.

16. Прикладная, клиническая иммунология. Ее связь с иммунитетом и роль в патогенезе инфекционных болезней.

17. Неспецифическая резистентность инфекционной патологии системы комплемента.

18. Специфическая иммунологическая реактивность. Факторы гуморального и клеточного иммунитета; местный иммунитет. Иммунодефицитные состояния. Вторичная недостаточность иммунной системы. Ее причины и диагностика. Аллергия и аллергические болезни. Аутоиммунные заболевания. Характеристика антиинфекционного иммунитета.

19. Методы иммунодиагностики инфекционных заболеваний. Экспресс-диагностика на основании обнаружения антигена возбудителя в субстратах, выделенных от больных. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакция торможения гемагглютинации (РТГА), реакция преципитации (РП), реакция связывания комплемента, иммуноферментный анализ (ИФА), радиоиммунный анализ (РИА), реакция иммунного блотинга. Моноклональные антигены. Искусственные антигены. Применение методов генной инженерии в диагностике инфекционных заболеваний (ПЦР – полимеразная цепная реакция).

20. Специфическая профилактика инфекционных болезней. Средства для создания пассивного иммунитета. Показания и противопоказания к их применению, способы введения в организм. Осложнения. Календарь прививок. Понятие о «холодовой цепи».

21. Клинические и эпидемиологические показания для госпитализации инфекционных больных.

22. Особенности выявления и транспортировки инфекционных больных. Устройство и режим инфекционных больниц и отделений. Госпитальные инфекции и их предупреждение. Кабинет последующих наблюдений. Кабинет инфекционных заболеваний в поликлинике. Его задачи и функции. Роль поликлинической сети в выявлении, лечении и диспансеризации инфекционных больных. Тактика врача при выявлении случаев заболевания особо опасными (конвенционными) болезнями. Диспансерное наблюдение за инфекционными больными.

23. Биотерроризм. Использование возбудителей инфекционных заболеваний для целей биотерроризма.

24. Принципы и методы диагностики инфекционных болезней и лечение инфекционных больных

2. Методологические основы диагноза.

1. Клинические, эпидемиологические, инструментальные, лабораторные (микробиологические, вирусологические и т.п.) методы диагностики и их клиническая интерпретация. Система адаптации организма (на молекулярном, клеточном, органном и организменном уровнях).

2. Значение гемостаза в патогенезе инфекционных болезней. ДВС-синдром. Принципы коррекции нарушений в системе гемостаза. Лекарственные препараты, применяемые в терапии этих нарушений.

3. Клинико-патогенетическое значение нарушений микроциркуляции при инфекционных болезнях. Принципы коррекции и лечения микроциркуляторных нарушений.

4. Роль ферментных систем, аденилатциклазной системы и простогландинов в патогенезе инфекционных болезней.

5. Особенности патогенеза и клинической картины инфекционных болезней, связанных с возрастом больных: у грудных детей, новорожденных, пожилых лиц и стариков.
6. Острая дыхательная недостаточность. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Острая сердечная недостаточность. Понятие. Острая левожелудочковая, острая правожелудочковая, тотальная сердечная недостаточность. Принципы терапии.
8. Острая почечная недостаточность. Преренальная, ренальная, постренальная. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Кома. Клиника. Диагноз. Общие принципы лечения и ухода. Печеночная кома, гипоксическая, диабетическая комы.
10. Шок. Понятие. Виды шоков (геморрагический, кардиогенный, анафилактический, инфекционно-токсический), Принципы терапии разных видов шоков.
11. Основные принципы комплексного лечения инфекционных больных.
Значение режима, ухода и диетотерапии. Воздействие на возбудителей болезней и их токсины. Антибиотики. Сульфаниламиды. Нитрофурановые препараты. Хинолоны. Другие химиопрепараты. Резистентность возбудителей к химиопрепаратам. Фаги. Сыворотки. Гаммаглобулины. Противовирусные препараты. Интерфероны. Принципы этиотропной терапии. Дезинтоксикационная терапия. Сорбционная терапия. Понятие о гемо- и энтеросорбции. Их виды и области применения. Иммуно-терапия. Показания и противопоказания к ее применению. Средства неспецифической стимуляции организма.
12. Осложнения, связанные с лечением. Токсико-аллергические реакции. Сывороточная болезнь. Дисбактериоз. Дисбиоз.
13. Регидратационная терапия. Сущность. Показания и схемы парентеральной и оральной регидратации. Особенности инфузионной терапии детей раннего возраста.
14. Плазмоферез. Гипербарическая оксигенация. Лазеротерапия.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

1. Кишечные инфекционные болезни и вирусные гепатиты

1. *Брюшной тиф и паратифы.* Этиология – формы возбудителя и их значение в патогенезе болезни. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Начальные признаки болезни. Симптомы разгара болезни. Изменения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной систем. Характер сыпи, сроки ее появления. Картина крови. Типы температурных кривых. Осложнения болезни. Ранние признаки осложнений. Рецидивы. Особенности течения брюшного тифа у привитых. Диагноз и методы его лабораторного подтверждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы болезни. Хроническое бактерионосительство.
2. *Паратифы А и В.* Этиология, эпидемиология и клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
3. *Пищевые токсикоинфекции.* Этиология. Роль условно-патогенных микробов, особенности эпидемического процесса. Патогенез и патологоанатомическая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
4. *Сальмонеллезы.* Этиологическая структура и ее особенности в нашей стране. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Клиника. Особенности течения сальмонеллеза, вызванного «госпитальным» штаммом у детей. Диагноз, дифференциальный диагноз, методы лабораторного подтверждения диагноза. Лечение. Особенности лечения генерализованных форм. Профилактика.
5. *Ботулизм.* Этиология. Особенности эпидемиологии. Патогенез. Варианты клинического течения. Осложнения. Сравнительная ценность биологического, бактериологического и серологических методов подтверждения диагноза. Лечение специфическое и патогенетическое. Принципы реанимационной терапии. Профилактика.
6. *Дизентерия.* Этиология. Классификация возбудителей дизентерии. Эпидемиология. Патогенез. Патологоанатомические изменения в кишечнике. Клиника. Симптомы разгара болезни. Клиническая классификация. Течение болезни. Особенности клинического течения болезни в зависимости от вида возбудителя у взрослых и детей раннего возраста. Хроническая дизентерия. Диагноз. Ме-

тоды лабораторного и инструментального подтверждения диагноза. Эндоскопические методы исследования при дизентерии. Дифференциальный диагноз. Дифференциальная диагностика дизентерии и неспецифического язвенного колита. Лечение. Принципы этиотропной терапии. Патогенетические и симптоматические средства. Особенности течения хронической дизентерии. Правила выписки. Профилактика.

7. *Холера*. Этиология. Биотипы возбудителя. Важнейшие биологические свойства возбудителей. Эндемические очаги холеры в мире. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Нарушение водно-электролитного баланса. Клиника. Клиническая классификация. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Метод ускоренной лабораторной диагностики болезни. Лечение. Роль патогенетической терапии. Этиотропная терапия. Осложнения. Исходы. Правила выписки переболевших холерой. Бактерионосительство. Противоэпидемические мероприятия. Противоэпидемические мероприятия. Организация медицинской помощи в очаге. Холерный госпиталь.

8. *НАГ-инфекция*. Этиология. Клиника. Диагноз. Лечение.

9. *Эшерихиозы*. Энтеропатогенные, энтеротоксигенные, энтероинвазивные, энтероадгезивные и энтерогеморрагические кишечные палочки. Источники и пути заражения. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

10. *Кампилобактериоз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.

11. *Иерсиниоз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Клиническая картина гастроинтестинальной, абдоминальной, генерализованной, вторично-очаговой форм болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторные методы диагностики (бактериологический, серологические). Лечение больных различными формами заболевания. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.

12. *Псевдотуберкулез*. Этиология. Эпидемиология. Клиническая классификация псевдотуберкулеза. Клиническая картина различных клинических форм и вариантов болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение больных различными формами болезни. Этиотропная и патогенетическая терапия. Профилактика.

13. *Амебиаз*. Этиология. Стадии развития амебы. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Кишечный и внекишечный амебиаз. Осложнения кишечного амебиаза. Амебные абсцессы печени и легких. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Цистоносительство. Профилактика.

14. *Балантидиаз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

15. *Лямблиоз*. Этиология. Морфологические и биологические особенности лямблий. Современные теории патогенеза. Клиника. Частота носительства и заболеваемости лямблиозом. Диагностика. Лечение. Профилактика.

16. *Токсоплазмоз*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Формы приобретенного токсоплазмоза. Диагноз. Лечение. Профилактика. Особенности течения у больных ВИЧ-инфекцией.

17. *Гельминтозы*. Роль гельминтов в патологии человека. Систематика гельминтов. Эпидемиологическая классификация гельминтозов. Геогельминты, биогельминты. Гельминты, передаваемые контактным путем. Роль гельминтов как проводников микробной флоры. Иммуитет при гельминтозах. Борьба с гельминтозами. Механизм действия гельминтов на организм больных. Клиническая классификация гельминтозов. Класс нематод (аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез). Биология гельминтов. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Класс цестод (дифиллоботриоз, тениоз, тениаринхоз, гименолепидоз, эхонококкоз и альвеококкоз). Особенности биологии. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Класс трематод (описторхоз, клонорхоз, фасциолез). Возбудители и их биология – окончательные, промежуточные и дополнительные хозяева. Пути передачи и механизм заражения. Патогенез. Клиника. Клинические формы. Особенности течения острой и хронической фаз болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика. Шистосомозы. Этиология. Ареал распространения. Эпидемиология. Клиника, формы и течение болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Филяриотозы. Этиология. Ареал распространения. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение.

18. *Лептоспироз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Проявления начального периода и разгара болезни. Особенности течения желтушных и безжелтушных форм. Лептоспирозный

менингит. Диагноз и лабораторные методы подтверждения диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

19. *Бруцеллез*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Клиническая классификация. Клиническая картина острого бруцеллеза. Клиника хронического бруцеллеза и его последствий. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Терапия этиотропная, патогенетическая и симптоматическая. Показания к иммунотерапии и ее способы. Диспансерное наблюдение. Прогноз. Профилактика.

20. *Вирусные гепатиты*. Этиологическая структура. Клинико-лабораторные особенности вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е, G, TTV. Пути их передачи, методы профилактики. Вирусный гепатит А. Этиология. Эпидемиология. Особенности патогенеза. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Вирусный гепатит В. Этиология. Эпидемиология. Особенности патогенеза. Клиника. Исходы. Затяжные и хронические формы. Острая и подострая дистрофия печени. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Вирусный гепатит дельта. Этиология. Особенности патогенеза. Клиника. Исходы. Лечение. Профилактика. Вирусный гепатит Е. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Особенности течения у беременных. Лечение. Профилактика. Вирусный гепатит С. Этиология. Эпидемиология. Клиническая картина. Исходы. Гепатоцеллюлярная карцинома. Факторы, способствующие прогрессированию болезни. Сочетание хронического ВГС и ВИЧ-инфекции. Вирусный гепатит G. Этиология. Эпидемиология. Особенности клиники. Вирусный гепатит TTV. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов. Значение и интерпретация исследований маркеров вирусных гепатитов. Значение количественного определения вируса (ПЦР) в клинике. Критерии выздоровления. Диспансерное наблюдение за переболевшими.

21. *Вирусные энтериты*. Ротавирусный гастроэнтерит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Лечение. Вирусный энтерит со смешанным механизмом передачи инфекции (коронавирусы, норовирусы, астровирусы, калицевирусы). Эпидемиология. Клиника. Лечение.

22. *Болезни, вызываемые энтеровирусами*. Полиомиелит. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические варианты течения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Терапия. Принципы искусственной вентиляции легких. Использование физиотерапевтических методов лечения. Исходы. Профилактика. Роль отечественных ученых в разработке методов специфической профилактики. Болезни, вызываемые вирусами группы Коксаки. Этиология. Эпидемиология. Формы болезни и их клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Лечение. Болезни, вызываемые вирусами группы ЕСНО. Этиология. Эпидемиология. Формы болезни и их клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Лечение.

2. Инфекционные болезни дыхательных путей

1. Новая коронавирусная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска и группы риска по неблагоприятным исходам и осложнениям. Патогенез. Особенности клинического течения. Критерии тяжести. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

2. *Тонзиллиты*. Общее понятие. Этиология. Эпидемиология. Тонзиллофарингит как ведущий синдром и как один из симптомов при ряде различных заболеваний. Клиническая картина различных по этиологии ангин. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы лабораторной диагностики и их использование. Осложнения. Особенности терапии. Прогноз. Профилактика.

3. *Грипп*. Международный контроль и прогнозирование эпидемий. Этиология. Изменчивость антигенной структуры вирусов гриппа. Патологическая анатомия. Клиническая характеристика неосложненного гриппа. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лабораторная диагностика. Методы экспресс-диагностики. Лечение гриппа и его осложнений. Режим и уход за больным. Принципы интенсивной терапии при тяжелых формах гриппа. Профилактическая ценность вакцин, сывороток, препаратов интерферона. Организация противоэпидемических мероприятий в поликлинике и на участке.

4. *Парагрипп*. Этиология. Патогенез. Особенности клинического течения. Дифференциальная диагностика. Лечение.

5. Острые респираторные заболевания, вызываемые респираторно-синцитиальным вирусом. Клиническая характеристика. Диагностика. Лечение, профилактика.
6. Острые респираторные заболевания, вызываемые риновирусами. Клиническая характеристика. Диагностика. Лечение, профилактика.
7. *Аденовирусная инфекция*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Основные клинические формы болезни. Осложнения. Диагноз. Использование методов люминисцентной риноцистоскопии и иммунофлюоресценции. Лечение. Профилактика.
8. *Корь*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Иммунитет. Клиника и течение болезни. Особенности ее у взрослых. Проблема персистенции вируса. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
9. *Краснуха*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммунитет. Клиника и течение болезни. Осложнения. Краснуха у беременных. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
10. *Эпидемический паротит*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Иммунитет. Клинические варианты течения болезни. Особенности у взрослых. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
11. *Ветряная оспа*. Этиология. Патогенез. Иммунитет. Клиника. Характер сыпи и особенность ее развития. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
12. *Оспа обезьян*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз. Лечение. Профилактика.
13. *Хламидиозы*. Орнитоз. Пситтакоз. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Варианты клинического течения. Диагноз и лабораторные методы подтверждения его. Лечение. Профилактика.
14. *Хламидийная инфекция*. Этиология. Эпидемиология. Клинические формы болезни. Диагноз. Лечение. Профилактика.
15. *Инфекционный мононуклеоз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Показания для применения антибиотиков и кортикостероидов. Прогноз. Профилактика.
16. *Легионеллез*. Этиология. Экология возбудителя и эпидемиология. Основные клинические формы болезни. Клиника острых респираторных заболеваний. Клиника пневмоний. Место легионеллез в проблеме внутрибольничных инфекций. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лабораторная диагностика. Лечение.
17. *Микопlasма-инфекция*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
18. *Менингококковая инфекция*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиническая классификация. Локализованные и генерализованные формы. Особенности течения болезни, вызываемой менингококком группы В. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. Профилактика.
19. *Менингиты другой этиологии*. Гнойные и серозные менингиты в плане дифференциальной диагностики. Особенности менингоэнцефалитов грибковой этиологии. Краткая клиническая характеристика. Лечение.
20. *Дифтерия*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Клинические варианты течения. Осложнения дифтерии. Круп. Особенности современной дифтерии у взрослых. Диагноз и лабораторное подтверждение его. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
21. *Скарлатина*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Особенности течения болезни у взрослых. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
22. *Коклюш*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Особенности коклюша у взрослых. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
23. *Пневмоцистоз*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности течения у больных ВИЧ-инфекцией.

3. Трансмиссивные инфекционные болезни

1. *Эпидемический сыпной тиф и болезнь Брилля*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Особенности течения болезни у повторно болеющих (болезнь Брилля) и у привитых. Основы ранней диагностики и ее эпидемиологическое значение. Лабораторные методы подтверждения диагноза. Лечение. Осложнения. Прогноз. Профилактика.
2. *Пятнистая лихорадка Скалистых гор*. Этиология. Эпидемиология. Ареал заболеваемости. Патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Прогноз. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
3. *Марсельская лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Ареал заболеваемости. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
4. *Клещевой энцефалит Северной Азии*. Этиология. Эпидемиология. Распространенность природных очагов в странах СНГ. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика
5. *Везикулярный или осповидный риккетсиоз*. Этиология. Эпидемиология. Ареал заболеваемости. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
6. *Лихорадка цуцугамуши*. Этиология. Эпидемиология. Ареал заболеваемости. Патогенез. Клиника. Рецидивы. Диагноз и его лабораторное подтверждение. Лечение. Профилактика.
7. *Волынская или пятидневная лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
8. *Чума*. Этиология. Распространение в мире. Эпидемиология. Патогенез чумы у человека. Патологическая анатомия. Клиника. Клинические формы и их характеристика. Течение болезни. Прогноз, исходы. Диагноз и методы лабораторного подтверждения. Правила забора инфекционного материала и его транспортировка в лабораторию. Дифференциальный диагноз. Лечение. Правила выписки. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Организация лечебной помощи. Организация госпиталя. Режим работы.
9. *Туляремия*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Клинические формы болезни. Их характеристика. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
10. *Европейский (вшивый) возвратный тиф*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и особенности иммунитета. Клиника и течение болезни. Осложнения. Диагноз и его лабораторное подтверждение. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
11. *Клещевой возвратный тиф*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Сходство и различия с европейским (вшивым) возвратным тифом. Лабораторная диагностика. Лечение и профилактика.
12. *Боррелиозы. Болезнь Лайма*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика.
13. *Малярия*. Этиология. Виды и штаммы, циклы развития малярийных плазмодиев человека и их географическое распространение. Эпидемиология. Патогенез. Особенности патогенеза тропической малярии. Иммунитет. Клиника. Клиническая характеристика четырехдневной, трехдневной, тропической, овалемалярии. Рецидивы. Паразитонительство. Злокачественные формы болезни. Малярия у беременных и детей. Диагностика с использованием лабораторных методов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Химиорезистентность возбудителей малярии и ее практическое значение. Лечение малярийной комы. Лекарственная болезнь при лечении противомалярийными препаратами. Прогноз. Основные принципы борьбы с малярией. Профилактика.
14. *Трипаносомоз африканский (сонная болезнь)*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Локализация трипаносом у человека. Клиника. Особенности лабораторной диагностики. Паразитонительство. Дифференциальный диагноз. Лечение на разных фазах болезни. Профилактика.
15. *Трипаносомоз американский (болезнь Шагаса)*. Этиология. Особенности морфологии возбудителя в зависимости от локализации в организме человека. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Острая стадия. Хроническая стадия. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
16. *Висцеральный лейшманиоз*. Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Патогенез. Стадии развития паразита. Клиника. Особенности эпидемиологии и клинического течения. Осложнения. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Особенности эпидемиологии и клиники при ВИЧ-инфекции.

17. *Желтая лихорадка*. Этиология. Ареал распространения. Желтая лихорадка населенных пунктов и джунглей. Патогенез и патологическая анатомия. Иммунитет. Клиника. Фазы и формы болезни. Осложнения. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
18. *Москитная лихорадка (лихорадка паппатачи)*. Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Патогенез. Клиника. Распознавание и лечение. Профилактика.
19. *Геморрагические лихорадки*.
Общая характеристика болезней, объединенных термином «геморрагические лихорадки».
20. *Геморрагический нефрозо-нефрит (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом)*. Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Особенности периода реконвалесценции. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
21. *Омская геморрагическая лихорадка и Киасанурская лесная болезнь*. Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Характеристика геморрагического синдрома. Диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
22. *Крымская геморрагическая лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Ареал распространения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз геморрагических лихорадок. Лечение. Профилактика.
23. *Марбургская лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение. Противоэпидемические мероприятия.
24. *Лихорадка Эбола*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальная диагностика геморрагических лихорадок. Лечение. Противоэпидемические мероприятия.
25. *Лихорадка Ласса*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лечение. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
26. *Аргентинская геморрагическая лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
27. *Боливийская геморрагическая лихорадка*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
28. *Лихорадка Денге*. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
29. *Лимфоцитарный хориоменингит*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Формы болезни. Диагноз. Лечение. Профилактика.
30. *Энцефалиты*. Общая клиническая характеристика энцефалитов, их основные проявления. Первичные и вторичные энцефалиты.
31. *Весенне-летний клещевой энцефалит (таежный)*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Особенности клинического течения. Диагностика. Специфическое и неспецифическое лечение. Профилактика.
32. *Летне-осенний энцефалит (японский)*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Диагностика и лечение. Исходы. Профилактика.
33. *ВИЧ-инфекция*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Стадии заболевания. Клиника. Диагностика. Профилактика. Принципы лечения. Показания для назначения противоретровирусной терапии. Вторичные заболевания, оппортунистические болезни.

4. Инфекционные болезни наружных покровов

1. *Рожь*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Разновидности рожистого воспаления. Распознавание. Лечение. Исходы болезни. Прогноз. Профилактика.
2. *Столбняк*. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Осложнения. Диагноз и дифференциальный диагноз. Особенности ухода. Лечение. Принципы интенсивной и реанимационной терапии. Прогноз. Профилактика.
3. *Сибирская язва*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Иммунитет. Клиника. Формы сибирской язвы. Диагноз и его лабораторное подтверждение. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.
4. *Бешенство*. Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника при течения болезни. Диагноз и дифференциальный диагноз. Исход. Профилактика. Антирабические прививки. Л. Пастер и его роль в разработке методов прививок.

5. *Сип.* Этиология. Эпидемиология. Восприимчивость человека. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Диагноз. Лабораторное и аллергологическое подтверждение диагноза. Лечение. Прогноз. Особенности ухода за больными. Профилактика.
6. *Мелиоидоз.* Этиология. Эпидемиология. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника. Варианты клинического течения. Исходы. Диагноз. Лечение. Профилактика.
7. *Содоку.* Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
8. *Ящур.* Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Начальные признаки заболевания. Характер и локализация высыпаний. Течение и исход. Распознавание. Лечение. Профилактика.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1.Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации аспирантов регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех аспирантов, осваивающих дисциплину. В случае, если аспирант не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1

Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40
Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому аспиранту, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания аспирант должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Аспиранту выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Аспиранту предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска аспиранта к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование аспирант к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения аспирантом умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации аспирантов регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех аспирантов, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии по дисциплине, или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Методика проведения приема практических навыков:

Преподаватель подбирает для аспиранта пациента и дает (45 минут) для сбора эпид. анамнеза, анамнеза жизни, болезни, объективного осмотра, для формулировки предварительного диагноза, выработки плана обследования и лечения.

По истечении 45 минут преподаватель оценивает выполненную работу аспиранта: выделенные синдромы выделены, методику выявления симптомов, диагноз с обоснованием, дифференциальный диагноз, назначенное обследование и лечение.

Преподавателем предоставляются аспиранту для оценки данные лабораторных и инструментальных методов исследования пациента, определяется необходимость уточнения диагноза, дополнительных методов исследования пациента, корректировки лечения.

Аспирант должен определить, критерии выписки из стационара, диспансерное наблюдение.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска аспиранта к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков аспирант к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета) либо в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация

проводится в форме экзамена). Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», при промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные/экзаменационные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.4.Методика написания доклада

Целью процедуры текущего контроля по дисциплине, проводимой в форме написания доклада, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации аспирантов регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2017 № 74-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех аспирантов, осваивающих дисциплины. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в соответствии с утвержденным расписанием. Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график для аспирантов при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину, как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов представляет собой блок требований, сформулированных тезисно списком в виде основных положений, которые должны быть раскрыты в ходе подготовки доклада/реферата и оформляется в виде оценочного чек-листа. На основе данного чек-листа формируются печатные бланки для индивидуального оценивания. Количество основных требований/положений, их вид (открытые или закрытые) в бланке оценочного листа определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждый аспирант получает индивидуальное задание по выполнению доклада и знакомится с требованиями оценочного листа. После получения индивидуального задания обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции подготовить ответ в виде печатной версии доклада в установленное преподавателем время. На печатную версию доклада каждого аспиранта, принимающего участие в процедуре, преподаватель оформляет бланк индивидуального оценочного листа. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Результат подготовки доклада оценивается в ходе текущего контроля оценками «зачтено», «не зачтено».

Составитель:

д.м.н., доцент, зав. кафедрой М.С. Григорович

Зав. кафедрой М.С. Григорович